



Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le  
Politiche Sociali - CNR

# Monografie

2007



## I sistemi europei di protezione sociale alla fine degli anni Novanta. Un tentativo di messa in prospettiva

Andrea (Salvatore Antonio) Barbieri

### What is IRPPS?

**IRPPS** is an Interdisciplinary Research Institute that conducts studies on demographic and migration issues, welfare systems and social policies, on policies regarding science, technology and higher education, on the relations between science and society, as well as on the creation of, access to and dissemination of knowledge and information technology.

[www.irpps.cnr.it](http://www.irpps.cnr.it)

I sistemi europei di protezione sociale alla fine degli anni Novanta : un tentativo di messa in prospettiva / Andrea (Salvatore Antonio) Barbieri. - Roma: IRPPS, 2007. (*IRPPS Monografie*)

ISBN: 978-88-906439-9-6 (online)

IRPPS Editoria Elettronica: <http://www.irpps.cnr.it/e-pub/ojs/>

**Andrea (Salvatore Antonio) Barbieri** è dirigente di ricerca presso l'Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali (e-mail: [a.barbieri@irpps.cnr.it](mailto:a.barbieri@irpps.cnr.it)).



Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali - CNR  
Via Palestro, 32 - 00185 Roma  
<http://www.irpps.cnr.it/it>

## Indice

### **Introduzione**

#### **Cap. I - La costruzione storica degli «Stati sociali»**

##### *a. L'emergere dei Welfare State (fine XIX secolo - 1940)*

1. Un pioniere: la Germania
2. Dalle *Poor Laws* alle assicurazioni sociali: la Gran Bretagna
3. Tra assistenza e assicurazione: la Francia
4. La protezione sociale universalistica: i Paesi scandinavi

##### *b. Stabilizzazione e crescita degli «Stati sociali» (1940-1970)*

1. Beveridge o Bismarck?
2. Gli «Stati sociali» durante i *Trente Glorieuses*
3. La costruzione del *welfare state* nei paesi dell'Europa del Sud

#### **Cap. II - L'organizzazione istituzionale degli «Stati sociali»**

##### *a. Diritti sociali e forme di prestazione*

1. La copertura dei rischi sociali
2. Forme di prestazione diversificate

##### *b. La protezione sociale complementare*

1. La mutualità
2. La protezione dell'impresa
3. Le associazioni

##### *c. La gestione dei sistemi di protezione sociale*

1. Il finanziamento dei sistemi di protezione sociale
2. Stato e/o parti sociali: i gestori dello Stato sociale

#### **Cap. III - Donne, famiglie e «Stati sociali»**

##### *a. La diversità delle politiche per la famiglia*

1. Il sostegno economico alle famiglie con figli
2. Maternità, educazione e cura dei figli
- b. *Differenti modelli familiari di «Stati sociali»*
  1. Politiche non esplicite e predominanza del modello di sostegno di famiglia maschile (Germania, Regno Unito, Europa del Sud)
  2. Favorire le famiglie, le madri e le lavoratrici (la Francia)
  3. Una politica di eguaglianza tra gli uomini e le donne (la Scandinavia)
- c. *Una valutazione delle politiche per le famiglie: l'occupazione delle donne e la riduzione della povertà infantile*
  1. I modelli di occupazione delle donne
  2. La lotta contro la povertà infantile

#### **Cap. IV - Le politiche di lotta contro la disoccupazione, la povertà e l'esclusione**

##### *a. L'assicurazione contro la disoccupazione e dispositivi di assistenza*

1. I regimi di assicurazione contro la disoccupazione
2. Povertà ed esclusione: le politiche del Reddito Minimo

##### *b. Dalle politiche passive alle politiche attive*

1. I paesi nordici e «l'orientamento verso il lavoro»
2. L'attivazione nel resto dell'Europa

#### **Cap. V - «Stati sociali» in ricomposizione**

##### *a. Le nuove sfide per gli «Stati sociali»*

1. Le trasformazioni dell'ambiente economico e sociale
2. I problemi specifici per gli «Stati sociali»

##### *b. Le riforme del decennio degli anni Novanta*

1. Una protezione sociale meno generosa
2. L'introduzione di meccanismi del mercato nella protezione sociale: la regolazione dei sistemi sanitari
3. Gli «Stati sociali» tra conservazione e ricomposizione

## ***Conclusioni***

Bibliografia

Appendici

1. I tre regimi di protezione sociale secondo G. Esping-Andersen
2. Le caratteristiche istituzionali degli «Stati sociali»

## **Abstract**

Questo *progress* prova a tracciare una sintetica comparazione dei sistemi europei di protezione sociale: pur senza avere l'esplicito obiettivo di meglio comprendere le specificità dei singoli casi nazionali prova, alla luce delle singole esperienze dei differenti paesi, a mettere in prospettiva attraverso tematiche ricorrenti nei singoli casi nazionali e nei differenti modelli i sistemi di protezione sociale dell'Italia e degli altri paesi europei.

Il *progress* mira anche a meglio conoscere e comprendere i sistemi di protezione sociale dei paesi europei nelle loro divergenze e nelle loro convergenze. Nel *progress* vengono affrontate cinque macro-tematiche: (a) *la costruzione storica degli «Stati sociali»*, (b) *la loro organizzazione istituzionale*, (c) *le politiche per la famiglia e il ruolo delle donne*, (d) *le politiche di lotta contro la disoccupazione, la povertà e l'esclusione*, (e) *le ricomposizioni in corso dei differenti sistemi di protezione sociale*.

## Introduzione

Il *progress* tenta una sintetica analisi della letteratura europea sui temi della protezione sociale. Non si propone né come un tentativo supplementare di tracciare una tipologia di «Stati sociali» né come una esposizione esaustiva delle caratteristiche dei regimi di protezione sociale europei. Tenta, bensì, - in primo luogo - attraverso alcune grandi tematiche di comprendere meglio i sistemi di protezione sociale dei paesi europei, le loro divergenze e le loro convergenze.

La sintesi è lontana dall'essere esaustiva: le scelte tematiche sono state fatte privilegiando alcuni aspetti - centrali o innovatori, quali il ruolo della famiglia e delle politiche per la famiglia, particolarmente discriminanti, o l'approccio in termini di genere, lasciando a lato altri temi, come ad esempio i sistemi di pensionamento.

Aggiungiamo, infine, che le informazioni fornite in questo *progress* dipendono, evidentemente, da quelle contenute nella letteratura utilizzata, e testimoniano sia delle scelte di ricerca degli autori sia dello sviluppo delle ricerche nazionali sulla protezione sociale. La dimensione storica, ad esempio, è ben presente nelle letterature francese, tedesca e britannica, mentre è piuttosto assente in quella scandinava - se non attraverso le analisi di genere sulla costruzione dei sistemi di protezione sociale. Inoltre, le questioni relative alla sanità e all'organizzazione delle cure sanitarie sono poco affrontate dalla letteratura scandinava mentre le ritroviamo negli altri paesi europei.

Il *progress* non mira quindi ad una comparazione perfettamente simmetrica dei regimi europei di protezione sociale: un tale indirizzo tuttavia non esclude l'utilizzo puntuale della letteratura per chiarire questi aspetti.

Le prime ricerche comparative dei sistemi di protezione sociale sono state avviate a partire

dai primi anni Sessanta<sup>1</sup> in risposta al «nuovo e crescente ruolo giocato dagli Stati nel secondo dopoguerra nella soddisfazione dei bisogni» (Ostner 2001, p. 154). Esse si basavano all'epoca quasi totalmente sulla comparazione dei totali delle spese pubbliche. Il livello delle spese pubbliche era in effetti considerato come il miglior indicatore dello sforzo degli Stati in favore del benessere sociale, e i paesi erano classificati su una scala del benessere «facendo risaltare il legame tra il livello di sviluppo economico e il livello di sviluppo sociale» (Merrien 1996). Questo tipo di analisi incrementalista è stata oggi sostituita dall'analisi tipologica che, raggruppando i regimi in categorie idealtipiche, permette di mettere in evidenza dei modelli di *welfare*, di condurre una riflessione sulle convergenze e sulle divergenze e di procedere alla ricerca delle cause (*ibidem*). Le ricerche del sociologo svedese Gösta Esping-Andersen<sup>2</sup> hanno rivestito un ruolo centrale in questo nuovo orientamento dei lavori comparativi. Richiamandosi alla tipologia tracciata da Richard Titmuss<sup>3</sup>, e centrando l'analisi intorno al concetto di *demercantilizzazione* risalente a Karl Polanyi<sup>4</sup>, Esping-Andersen ha individuato tre regimi di protezione sociale<sup>5</sup>.

Il primo è il «regime liberale»: e si caratterizza per il suo debole livello di *demercantilizzazione* e per la grande dipendenza degli individui nei confronti del mercato per assicurare i loro redditi primari e di protezione sociale (Palier 2001, p. 36). La protezione sociale vi è soprattutto residuale: i redditi di sostituzione e/o supplenza sono poco elevati, le prestazioni sono principalmente orientate verso dei gruppi mirati e «attribuite il più delle volte strettamente in funzione dei bisogni» (Ostner Lessenich 1996, p. 184). Le prestazioni erogate sotto condizione del possesso di specifici requisiti legati al reddito e ai mezzi sono numerose.

All'opposto si trova il regime «socialdemocratico», caratterizzato da un elevato livello di *demercantilizzazione*. Questo regime, associato ai paesi scandinavi, si dà come obiettivo quello di «assicurare l'equità, la coesione e l'omogeneità dei gruppi sociali all'interno di una

---

<sup>1</sup> Si può far risalire l'idea di comparare i sistemi di protezione sociale molto indietro nel tempo, sino al momento della nascita degli «Stati sociali» (Palier Daniel 2001, p. 17).

<sup>2</sup> Esping-Andersen, G. (1990).

<sup>3</sup> Titmuss, R. (1958).

<sup>4</sup> Polanyi, K. (1944), *The Great Transformation. The Political and Economics Origins of Our Time*, Boston, Beacon Press, tr. it. *La Grande Trasformazione*, Torino, Einaudi, 1974. La «demercantilizzazione» (*decommodification*) designa il processo di liberazione o di indipendenza degli individui di fronte alle forze del mercato del lavoro. La demercantilizzazione del lavoro è una funzione comune a tutti i sistemi di protezione sociale, ma essa raggiunge un livello differente a seconda dei regimi.

<sup>5</sup> Cfr. appendice 1.

grande 'classe media'. Offre una protezione sociale universalistica e le prestazioni erogate sotto forma di servizi gratuiti o di prestazioni monetarie sono elevate» (Palier 2001, p. 36).

Il terzo regime di protezione sociale è il regime «conservatore-corporativista», associato ai paesi continentali. La sua finalità è meno quella di ridurre le ineguaglianze quanto di assicurare il mantenimento e la conservazione del reddito dei lavoratori nel caso si produca un rischio sociale. I diritti sociali e il livello di protezione sociale dipendono «dalle *performance* del mercato del lavoro e dalla situazione nell'occupazione» (*ibidem*). Le prestazioni sono relativamente generose e offrono agli assicurati sociali una certa indipendenza nei confronti del mercato. La dipendenza tuttavia sussiste indirettamente poiché i diritti sociali sono legati all'occupazione.

La classificazione di Esping-Andersen permette di «cogliere le logiche dominanti proprie ad ogni sistema di protezione sociale e che ritroviamo all'opera nei differenti paesi» (*ibidem*, p. 38). Essa resta, tuttavia, idealtipica ed è stata molto discussa (Merrien 1997, p. 90 e segg.). Oggi ci si accorda a riconoscere in Europa «quattro famiglie istituzionali» e relativamente omogenee di protezione sociale<sup>6</sup> (Palier 2001, p. 36; Commission européenne 1995).

I paesi nordici rientrano nella prima famiglia: «La protezione sociale vi è un diritto di tutti i cittadini, lo Stato sociale fornisce numerosi servizi gratuiti, la gran parte delle prestazioni sono forfetarie e di un importo elevato, versato automaticamente in caso di comparsa di un bisogno sociale» (Palier 2001, p. 36). Questi sistemi di protezione sociale sono essenzialmente finanziati dall'imposta e le amministrazioni locali giocano un grande ruolo nella loro gestione.

La seconda famiglia raggruppa i paesi anglosassoni (Gran Bretagna, Irlanda). La protezione sociale funziona egualmente secondo il principio dell'universalità, ma solo i servizi sanitari nazionali sono realmente universalistici (*idem*, p. 39). Le prestazioni, erogate dal sistema pubblico dell'assicurazione sociale, sono forfetarie e il loro livello è molto più basso rispetto a quello dei paesi nordici. Le prestazioni sotto condizione del possesso di specifici requisiti legati al reddito e ai mezzi sono rilevanti e riguardano le persone che non hanno potuto versare sufficientemente la loro quota (contribuzione sociale) all'assicurazione

---

<sup>6</sup> Cfr. appendice 2. I quattro paragrafi successivi riprendono le analisi di Palier (2001, pp. 38-40).



sociale. La protezione sociale è essenzialmente finanziata attraverso gli introiti fiscali e il sistema è fortemente centralizzato.

I paesi del centro del continente europeo (Germania, Francia, Benelux, Austria) rientrano nella terza famiglia. Le prestazioni sono contributive e il loro ammontare è, il più delle volte, proporzionale al livello del salario dell'assicurato. Una rete di sicurezza sociale esiste tuttavia per le persone che non sono (o che non lo sono più) coperte dalle assicurazioni sociali. Il finanziamento della protezione sociale si basa essenzialmente sui contributi sociali versati dagli imprenditori e dai lavoratori. Contrariamente ai paesi nordici o anglosassoni la gestione del sistema non è assicurata direttamente dallo Stato bensì dalle parti sociali (rappresentanti degli imprenditori e dei lavoratori).

L'ultima famiglia è rappresentata dai paesi del Sud dell'Europa (Spagna, Italia, Grecia, Portogallo). Questi paesi presentano un sistema misto di protezione sociale, che combina delle prestazioni contributive e proporzionali al reddito (assicurazioni sociali) e delle prestazioni a vocazione universalistica (servizi sanitari nazionali). Presentano, inoltre, dei tratti specifici: i sistemi di protezione sociale vi sono molto frammentati ed eterogenei, alcune professioni (funzionari statali e/o parastatali) sono meglio *coperte* rispetto ad altri; la messa in essere di una rete di sicurezza sociale che garantisca un reddito minimo vi è di recente istituzione<sup>7</sup> e il sistema di protezione sociale funziona spesso in maniera particolaristica, vale a dire clientelare - segnatamente in Italia («distribuzione talvolta clientelare delle prestazioni, frodi nelle prestazioni come nei finanziamenti») (*ibidem*, pp. 39-40; Ferrera 1997, pp. 19-20; Fargion 2001, p. 231)

Le caratteristiche di queste quattro famiglie europee di protezione sociale saranno approfondite nel corso del nostro lavoro, che si divide in cinque capitoli. Il primo presenta la costruzione storica degli «Stati sociali»; segue poi una esposizione dell'organizzazione istituzionale dei sistemi europei di protezione sociale che affronta le differenti formule di prestazione e di gestione. Il terzo capitolo è dedicato alla questione delle politiche per la famiglia e del ruolo delle donne nei differenti «Stati sociali». Il quarto capitolo analizza le politiche di lotta contro la disoccupazione, la povertà e l'esclusione, mentre il quinto ed

---

<sup>7</sup> 7 Salvo che per la Grecia dove non esiste un sistema di reddito minimo.

ultimo capitolo tratta delle ricomposizioni oggi in corso d'opera nei differenti sistemi di protezione sociale.

## Capitolo I

### La costruzione storica degli «Stati sociali»

La conoscenza della costruzione storica degli «Stati sociali» si rivela necessaria se si vuole comprendere l'architettura dei contemporanei sistemi di protezione sociale. In effetti, se gli Stati si sono spesso confrontati con gli stessi tipi di problemi, la loro formulazione e le trade seguite per affrontarli sono stati differenti e incidono ancora pesantemente sulle attuali configurazioni.

Possiamo distinguere tre grandi periodi nella storia dei *welfare states* (Merrien 1997, pp. 13-16). La prima, che inizia alla fine del XIX secolo, è la fase di nascita e di edificazione, spesso conflittuale: i paesi europei adottano delle legislazioni di protezione sociale, ma con dei ritmi differenti e secondo delle modalità differenziate. Il secondo periodo si estende dalla fine della Seconda Guerra Mondiale agli anni Settanta. Esso corrisponde all'età dell'oro degli «Stati sociali» (*golden age of welfare capitalism*): le controversie si attenuano e la protezione sociale tende a generalizzarsi in tutti gli strati della popolazione. La terza fase, che qui però non affronteremo, è quella della stagnazione o della «crisi degli Stati sociali» (Palier 2002, p.30, p. 45). I sistemi di protezione sociale si devono confrontare sia con una crisi economica, fonte di difficoltà finanziarie, che - contemporaneamente - con delle trasformazioni della «struttura dei rischi e dei bisogni sociali» (Esping-Andersen 2001, p. 77).

#### a. *L'emergere dei Welfare States* (fine XIX secolo - 1940)

La fase della nascita dei *welfare states* è connessa ad una nuova tecnica di protezione sociale: l'assicurazione sociale. Il primo paese ad aver introdotto questo sistema è la Germania. Anche la Gran Bretagna l'adotta, mentre la Francia si caratterizza per i complessi rapporti che legano l'assicurazione con l'assistenza. La Svezia si distingue per l'adozione di una legislazione di assicurazione sociale universalistica.

#### 1. Un pioniere: la Germania

Con le leggi del 1883 (assicurazione malattia), del 1884 (assicurazione contro gli infortuni) e del 1889 (vecchiaia-invalidità) la Germania ha svolto un ruolo pionieristico nell'avvento dell'assicurazione sociale in Europa (Ritter 2001, p. 9). L'impero germanico appariva, in effetti, come il primo paese a mettere in campo questa nuova forma di protezione sociale e il modello tedesco è servito da riferimento a numerosi paesi europei, essendo considerato come una strada da imitare (Svezia, Norvegia, Paesi Bassi, ...) o, al contrario, da rigettare (Francia)<sup>8</sup>.

L'introduzione dell'assicurazione sociale da parte del Cancelliere Bismarck è da imputare a molteplici fattori. Occorre, in primo luogo, menzionare - ma il fenomeno è comune alla maggior parte dei paesi europei - l'acuirsi della *questione sociale*, legata allo sviluppo dell'industrializzazione e dell'urbanizzazione, e caratterizzata da un proletariato industriale minacciato da un crescente rischio di impoverimento (Ritter 2001, p. 8). Più specificatamente al caso tedesco bisogna citare la tradizione, fortemente ancorata, della «riforma dall'alto» come anche la debolezza, comparativamente ad altri paesi dell'Europa, del liberalismo politico ed economico (Ritter 1996, p. 34; Ritter 2001, p. 9). Va tenuta in conto anche la volontà di contrastare la socialdemocrazia attraverso la concessione di vantaggi sociali alla classe operaia. La legge sull'assicurazione sociale, che veniva votata poco tempo dopo le leggi antisocialiste, appariva in effetti come un mezzo per «disinnescare la bomba rivoluzionaria posta nella società imperiale» (Abelshausen 1996, p. 126); in sintesi, si apparenta ad «una assicurazione contro le rivoluzioni sociali e politiche» (Ritter 1996, p. 38). Essa costituisce anche una risposta alla forte mobilità degli operai, mobilità resa necessaria dallo sviluppo delle costruzioni ferroviarie e dall'industria pesante: «negli anni Ottanta il volume migratorio delle città con più di 50.000 abitanti rappresenta in media annua un quarto della loro popolazione» (Abelshausen 1996, p. 127). In breve, i dispositivi tradizionali di assistenza (casse di solidarietà, associazioni di beneficenza municipali, istituzioni di patronato e istituzioni caritatevoli religiose e/o confessionali) non riuscivano più a far fronte a queste migrazioni di massa.

Più fondamentalmente, l'istituzione delle assicurazioni sociali si integrava in un vasto

---

<sup>8</sup> Merrien (1997, p. 17); Olsson Hort (2001, p. 50). Sulla posizione francese nei confronti delle assicurazioni tedesche cfr. Kott (1996, p. 43).

progetto alternativo al liberalismo economico, inseparabile dall'organizzazione dello Stato, della società e dell'economia. Come afferma Werner Abelshauser, per Bismarck, «l'introduzione dell'assicurazione sociale era da mettere in stretta relazione con il tentativo di offrire, attraverso la creazione di comitati autogestiti di tipo corporativo, di consigli e di associazioni professionali industriali, di modelli anti-parlamentari, nell'ottica di una nuova organizzazione della rappresentanza degli interessi in seno allo Stato» (Abelshauser 1996, p. 127). Essa costituiva un mezzo per favorire una nuova rappresentanza degli interessi operai e «doveva servire da base ad una futura rappresentanza popolare che, al luogo e posto o in più del Reichstag, diventerebbe una istanza consultiva determinante per i legislatori»<sup>9</sup>. Le autorità del Reich vedevano in questa organizzazione comparativa il mezzo per costruire o per riunire una comunità nazionale fondata sull'armonia. Così, nel discorso di Guillaume (primo annuncio dell'assicurazione sociale), questa è presentata sia come «una risposta ai nemici interni» (vale a dire i socialdemocratici) sia come «una volontà di costruire la comunità nazionale armoniosa fondata sull'esistenza o la costituzione di «corpi intermedi» dei quali lo Stato sarebbe il solo garante possibile» (Kott 1996, p. 44).

Questa doppia concezione comunitaria e statale impregna l'organizzazione delle prime assicurazioni sociali. L'obbligo di *affiliazione* riguarda essenzialmente gli operai «visti come le categorie più colpite dalla dissoluzione dei quadri sociali tradizionali» (Kott 1996, p. 45). Ugualmente, i principi dell'autogestione e della «comunità di mestiere» sono a fondamento dell'organizzazione delle assicurazioni malattia e infortuni (*ibidem*). L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro è anche gestita da organismi che raggruppano le imprese di uno stesso settore industriale, nei quali la rappresentanza degli imprenditori è preponderante (Kott 1996, p. 43; Ritter 1996, p. 29). Al contrario, le rappresentanze operaie dominano le casse dell'assicurazione malattia<sup>10</sup>. «In questo quadro, l'autogestione non ha una vocazione democratica», partecipa alla «costruzione di una armonia nel quadro idealizzato della comunità di mestiere» (Kott 1996, p. 45). Occorre tuttavia sottolineare che, nella sua messa in

---

<sup>9</sup> Hans Rohtfels (1927), *Theodor Lohman und die Kampffahre der staatlichen Sozialpolitik*, citato in Abelshauser (1996, p. 127). Ricordiamo che questa idea non è stata messa in pratica.

<sup>10</sup> Essi possedevano i due terzi dei voti: le casse dell'assicurazione malattia servirono soprattutto da luogo di espressione ed influenza alla socialdemocrazia (Kott 1996, p. 50). L'influenza esercitata attraverso i lavoratori, gli impiegati e lo Stato è legata alla loro partecipazione rispettiva nel finanziamento degli organismi dell'assicurazione malattia (Ritter 1996, p. 29).

pratica, l'autogestione diventerà rapidamente sia un luogo di espressione e di risoluzione dei conflitti sociali che, contemporaneamente, un luogo di apprendimento della democrazia sociale (*ibidem*, pp. 49-51; Hudemann, 2001: 225).

Sino dalla sua messa in essere l'assicurazione sociale tedesca conteneva già le grandi caratteristiche del sistema attuale: «obbligo legale; gestione dei regimi attraverso delle istituzioni autonome nelle quali sono rappresentati gli imprenditori e gli assicurati; diritti alle prestazioni in funzione dei contributi e proporzionalità di questi al salario; ripartizione del finanziamento tra gli assicurati, gli imprenditori e lo Stato» (Reynaud 1995, p. 222).

Dopo le dimissioni di Bismarck, nel 1890, le ulteriori evoluzioni dell'assicurazione sociale riguarderanno essenzialmente la messa in essere di un regime di assicurazione pensionistica specifica per gli impiegati nel 1911, così come la creazione di una assicurazione obbligatoria per la disoccupazione nel 1927 (*ibidem*, p. 223; Ritter 2001, p. 11).

## 2. Dalle *Poor Laws* alle assicurazioni sociali: la Gran Bretagna

Quando, nel 1980-1911, la Gran Bretagna istituì un regime pubblico di pensioni di vecchiaia e l'assicurazione sociale già possedeva un dispositivo nazionale di assistenza per i poveri regolato dalle *Poor Laws*. Queste ultime hanno svolto un ruolo fondamentale nella costruzione del *welfare state* britannico<sup>11</sup>. Secondo E. Reynaud, possiamo in effetti leggere «la storia della costruzione dello Stato sociale nel regno Unito come la tensione tra i tentativi per uscire dalle leggi sui poveri e la persistenza di mentalità e di procedure ad esse legate» (Reynaud 1995, p. 234).

Le *Poor Laws* risalgono all'epoca Elisabettiana: quella del 1601 imponeva delle imposte locali obbligatorie per venire in aiuto ai poveri. L'assistenza, gestita in seno alle parrocchie, rivestiva due forme: l'*Outdoor relief* (aiuto monetario, dono di vestiti o di cibo) e l'*Indoor relief* (ricovero nell'ospizio della parrocchia) (MiRe 1999, p. 180). Questo sistema era relativamente ben adatto ai bisogni di una economia di mercato agricolo, lo era molto meno nel quadro di una economia urbanizzata e instabile, più diversificata (Southall, 1995, p. 68): le

---

<sup>11</sup> François-Xavier Merrien considera che «l'esistenza delle *Poor Laws* e/o di tradizioni corporative e professionali forti hanno tracciato i quadri della riflessione e orientato in maniera decisiva l'orientamento delle soluzioni nazionali» (Merrien 1997, p. 16).

*Poor Laws* erano considerate come un ostacolo alla mobilità della manodopera e inadeguate nel fare fronte alla crescente povertà nelle città e nelle campagne (MiRe 1998, p. 181). Così la legge venne emendata nel 1843. La *New Poor Law* si diede come obiettivo di uniformare e controllare le attività delle parrocchie: queste erano ormai raggruppate in *unions* e poste sotto l'amministrazione di *boards of guardians*. Riguardando esclusivamente l'assistenza solo le persone anziane, i malati e gli handicappati potevano beneficiare dell'*Outdoor relief*: gli indigenti validi non potevano adire ad alcuna altra forma di assistenza che quella erogata nelle *workhouse*. Il principio di funzionamento delle *workhouse* era quello, dissuasivo, della *less eligibility*, che affermava che le condizioni di vita all'interno dell'istituzione non fossero eguali o più vantaggiose di quelle che dominavano all'esterno. In nessun caso la povertà doveva essere una situazione più invidiabile di quella del «lavoratore che provvedeva ai suoi propri bisogni» (MiRe 1998, p. 143 e p. 182).

E', in parte, in reazione contro il carattere stigmatizzante delle *Poor Laws*, ma anche in ragione della loro inadeguatezza alle situazioni di povertà che vennero adottate, sotto i governi liberali di Asquith e di Lloyd George, le leggi del 1880 e del 1911 (Merrien 1997, p. 18).

La prima, l'*Old Age Pensions Act*, stabiliva un regime nazionale delle pensioni di vecchiaia finanziato, in gran parte, dall'imposta. Le prestazioni erano versate a partire dai 70 anni e sotto condizione del possesso di specifici requisiti legati al reddito (Reynaud 1995, p. 234). La seconda, il *National Insurance Act* del 1911, istituiva sia una assicurazione malattia che una assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione. Essa introduceva, soprattutto, la logica contributiva nel sistema della protezione sociale britannico. La Gran Bretagna, non avendo all'epoca seguito, in materia di vecchiaia, il modello tedesco delle assicurazioni sociali<sup>12</sup>, vi si ispirava per stabilire un regime di protezione dalla malattia e di protezione dalla disoccupazione. Esiste tuttavia una differenza fondamentale tra i due dispositivi. Contrariamente al sistema tedesco, il sistema britannico non stabiliva una contribuzione proporzionale al reddito, ma prevedeva una contribuzione uniforme per i lavoratori (Merrien

---

<sup>12</sup> Nel 1925 un regime contributivo di pensione di vecchiaia viene ad aggiungersi al sistema del 1908. Riguardava gli operai come i salariati i cui redditi si situavano al di sotto di un certo plafond e che avessero compiuto i 65 anni (Reynaud 1995, p. 234; Johnson 2001, p. 200).

1997, pp. 17-18). Non si mirava alla conservazione del livello di vita ma alla prevenzione dal bisogno (*ibidem*, p. 18).

### 3. Tra assistenza e assicurazione: la Francia

Da un punto di vista strettamente cronologico e comparativamente ad altri paesi europei, la Francia si caratterizza per un «certo ritardo» nell'adozione del sistema delle assicurazioni sociali (Korpi 1995, p. 23; Renard 1995a, p. 105). In effetti, è solo nel biennio 1928-1930 che nasce un dispositivo obbligatorio, che copriva i rischi di malattia, invalidità e vecchiaia<sup>13</sup>.

Il carattere tardivo dell'introduzione delle assicurazioni sociali non basta per mascherare «una particolarità istituzionale della costruzione del sistema di protezione sociale francese»: la messa in essere, a partire dal 1880, di un dispositivo di *Assistance publique nationale* che perdurerà anche dopo la creazione delle assicurazioni sociali con le leggi del biennio 1928-1930 (Renard 1995a, pp. 105-106).

Quattro leggi incarnano questa politica di assistenza pubblica: quella del 1893 sull'assistenza sanitaria gratuita (*assistance médicale gratuite*), quella del 1905 sull'assistenza ai vecchi, ai malati e agli incurabili (*assistance aux vieillards, aux infirmes et aux incurables*), e quelle del 1913 sulla assistenza alle donne in gravidanza (*assistance aux femmes en couches*) e sull'assistenza alle famiglie numerose (*assistance aux familles nombreuses*). Questa legislazione non costituisce un prolungamento delle forme tradizionali di beneficenza o di assistenza: esse rappresentano, al contrario, una nuova politica della protezione sociale (Renard 1995a, p. 106). Contrariamente alle *Poor Laws* questa nuova politica della protezione sociale non mira a «rispondere a delle situazioni di povertà, fornendo dei mezzi di sussistenza a degli indigenti definiti in funzione di un criterio di reddito»; essa intende coprire «dei rischi particolari e specificati in ogni ciascuna legge: la malattia, la vecchiaia, la famiglia» (*ibidem*).

Di conseguenza si indirizza a degli individui «privi di reddito nei confronti dei rischi in questione», vale a dire a «degli individui che provvedono ai loro bisogni sino ad incidenti e imprevisti che non possono assumersi» (Bec 1999, p. 139). I suoi beneficiari sono così, per una gran parte, dei lavoratori regolari - operai, contadini, piccoli artigiani e commercianti -

---

<sup>13</sup> Nel 1945 per la generalizzazione delle assicurazioni sociali con la messa in essere della *Sécurité sociale* (Palier 2002, p. 33).



che sono «provvisoriamente nel bisogno di dover affrontare i rischi della vita» (Bec 1999, p. 40; Renard 1995a, p. 106).

Questa forma di protezione sociale specifica della Francia si spiega essenzialmente per alcuni fattori politici. Come sottolinea D. Renard «la politica dell'assistenza pubblica intrapresa a partire dal 1880 si iscrive essenzialmente nei quadri delle politiche di affermazione della *République* ed ha, almeno ai suoi inizi, per principale obiettivo la lotta contro la Chiesa cattolica, allora molto presente nelle istituzioni della protezione sociale, e la ridefinizione dei rapporti tra pubblico e privato in questo settore in corso di ricomposizione» (Renard 1995a, p. 107). Essa si fonda anche sull'idea di solidarietà che, teorizzata dal radical-socialista Léon Bourgeois sotto il concetto di solidarismo, costituisce lo zoccolo intellettuale del *welfare state* francese. Il solidarismo, che si fonda su «una visione contrattualista dei rapporti sociali» e su un «imperativo morale di giustizia sociale», postula l'idea di una «dipendenza reciproca degli individui» in senso alla società (Messu 1999, p. 126). Essa fonda l'intervento dello Stato nel settore sociale come fatto per correggere le ineguaglianze generate dai disfunzionamenti della società e ostacolo all'esercizio *uguale* della libertà (Lefaucheur 1999, p. 95). In questa prospettiva la politica di assistenza è pensata come una «compensazione di alcune ineguaglianze economiche che rischiano di ipotecare la libertà e l'eguaglianza (vale a dire due dei tre valori fondamentali della *République*) di alcuni cittadini» (Bec 1999, p. 140).

Il progetto politico di cui partecipa la politica dell'assistenza perde parte della sua efficacia con il consolidarsi del regime repubblicano, e tende ad imporsi l'assicurazione sociale (Renard 1995a, p. 107).

Essa appariva, all'epoca, come «una tecnica sociale sia nuova che meglio adatta alla situazione dei lavoratori il cui numero non cessava di crescere con la rivoluzione industriale» (Pelier 2001, p. 67). Un primo passo in questa direzione è compiuto con la legge del 1898 relativa agli infortuni sul lavoro, che impone ai datori di lavoro di assicurarsi contro gli infortuni che possono verificarsi nelle loro imprese (Prost 2001, p. 29). La prima legislazione di assicurazione obbligatoria francese è tuttavia quella del 1910 sulle pensioni operaie e contadine (*retraites ouvrières et paysannes*). Questa assoggettava obbligatoriamente i

lavoratori dipendenti la cui remunerazione annuale fosse inferiore a 3.000 franchi. L'età legale del pensionamento era fissata a 65 anni e le pensioni erano finanziate attraverso le quote dei beneficiari, dei loro datori di lavoro e attraverso una quota dello Stato. I lavoratori dipendenti i cui emolumenti erano compresi tra 3-5.000 franchi, i coltivatori, gli artigiani e i piccoli imprenditori potevano iscriversi ad un regime facoltativo finanziato attraverso le loro quote ed un debole contributo da parte dello Stato (Renard 1995a, p. 110; Pollet Dumons 1994, p. 387). Dopo la Prima Guerra Mondiale sia la reintegrazione dell'Alsazia-Lorena, dove vigevano le assicurazioni sociali tedesche, nel territorio nazionale francese sia per il fatto che l'idea via via sempre più condivisa della superiorità morale dell'assicurazione sull'assistenza (Palier 2002, pp. 67-68) porta, nel biennio 1928-1930, alla messa in essere di un sistema più vasto di assicurazioni sociali obbligatorie. Queste assicurazioni, che coprono i rischi malattia, invalidità e vecchiaia, sono obbligatorie per i lavoratori dipendenti il cui reddito è inferiore ad un dato plafond. Esse restano quindi, malgrado la logica contributiva, «nella tradizione delle normative della fine del XIX secolo riservate a quelli che non potevano prevedere e costituirsi una rendita da soli e che si devono obbligare ad essere «previdenti»» (Pollet 1998, p. 347). Le prestazioni sono finanziate attraverso una doppia contribuzione da parte dei lavoratori dipendenti e dagli imprenditori, lo Stato partecipa ugualmente a questo dispositivo (Renard 1995b, p. 22).

La messa in essere, tra il 1910 e il 1930, delle assicurazioni sociali non è però accompagnata dalla scomparsa dei dispositivi di assistenza pubblica. Meglio, le prestazioni concesse attraverso i dispositivi di assistenza e di assicurazione malattia e vecchiaia, teoricamente distinte, possono essere cumulate dai beneficiari, essendo questa possibilità spinta da numerose necessità tecniche e da difficoltà pratiche (Renard 1995a). Questa articolazione tra assistenza e assicurazione costituisce un «elemento chiave della storia della protezione sociale francese» (*ibidem*, p. 107).

#### 4. La protezione sociale universalistica: i Paesi scandinavi

Nei paesi scandinavi (Danimarca, Norvegia, Svezia e Finlandia) i sistemi di assicurazione sociale sono stati introdotti con ritmi variabili a seconda sia dei singoli paesi che dei rischi

coperti<sup>14</sup> (Abrahamson 1999a, p. 37). In Danimarca hanno costituito oggetto della protezione sociale prima la pensione (1891), poi la malattia (1892), gli infortuni sul lavoro (1898) e la disoccupazione (1907). In Svezia la protezione sociale ha prima riguardato la malattia (1981), gli infortuni sul lavoro (1901), la pensione (1913), mentre l'assicurazione sulla disoccupazione viene messa in essere nel 1934. In Norvegia vengono attivate prima delle assicurazioni sugli infortuni (1895) e sulla malattia (1909), mentre le assicurazioni pensione e disoccupazione sono state istituite rispettivamente nel 1936 e nel 1938. Infine, in Finlandia solo una assicurazione sugli infortuni era stata messa in essere prima della Prima Guerra Mondiale. La protezione contro la disoccupazione e la vecchiaia sono state istituite nel 1917 e nel 1937, occorrerà attendere il 1936 per vedere l'istituzione di una assicurazione malattia.

La protezione sociale dei paesi scandinavi si è indirizzata in due direzioni: quella del dispositivo sovvenzionato di tipo volontario e quella dell'assicurazione obbligatoria: A seconda dei periodi e dei rischi interessati i paesi hanno privilegiato l'uno o l'altro di questi orientamenti. Così, ad esempio, la protezione sociale danese ha prima assunto la forma del dispositivo sovvenzionato di tipo volontario per la malattia e la disoccupazione, mentre l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro era stata istituita sotto la forma di una contribuzione patronale. Dalla prima Guerra Mondiale in poi l'assicurazione contro gli infortuni veniva resa obbligatoria (1916) mentre nel 1933 l'assicurazione diventava semi-obbligatoria.

Lo stesso vale per la Svezia, la cui assicurazione contro gli infortuni era organizzata sulla base di una contribuzione padronale e l'assicurazione malattia sulla base di un dispositivo di tipo volontario sovvenzionato. L'assicurazione contro gli infortuni è diventata obbligatoria nel 1916. In Norvegia la protezione contro gli infortuni sul lavoro e a malattia era organizzata, sin dalla sua introduzione alla fine del XIX secolo, sotto la forma di assicurazioni obbligatorie. La disoccupazione ha prima costituito l'oggetto di un dispositivo di tipo volontario prima che l'assicurazione diventasse obbligatoria nel 1938. La Finlandia ha

---

<sup>14</sup> L'aspetto descrittivo e incompleto di questa parte è legato alla nostra mancanza di informazioni sull'evoluzione storica dei sistemi di protezione sociale scandinavi. I due primi paragrafi si basano su una tabella sintetica presente in Abrahamson (1999a, p. 37). Conseguentemente questi due paragrafi sono anche certamente soggetti a discussione per quanto riguarda i meccanismi e l'evoluzione dei dispositivi di protezione sociale.

ugualmente organizzato l'assicurazione contro gli infortuni in maniera obbligatoria<sup>15</sup> e la disoccupazione sulla base di un dispositivo sovvenzionato di tipo volontario.

Le assicurazioni sociali bismarckiane sembrano avere avuto una influenza sulla costituzione dei primi *welfare states* nordici. I riformatori sociali svedesi sono così presentati da Sven Olsson Hort come attenti, con «uno sguardo verso i cambiamenti che si producevano sul continente europeo e soprattutto sulla legislazione sociale innovatrice della Germania bismarckiana» (Olsson Hort 2001, p. 50). La legge norvegese sull'assicurazione malattia del 1909, che imponeva «la copertura obbligatoria di tutti gli operai e impiegati il cui reddito è inferiore ad un certo plafond» è di ispirazione bismarckiana (Sainsburry 1999, p. 165). Tuttavia questi paesi si sono rapidamente impegnati sulla via dell'assicurazione universalistica. Una delle spiegazioni di questa scelta risiede nell'importanza della categoria professionale dei coltivatori diretti e della sua alleanza con la classe operaia per ottenere dei «programmi di tipo universalistico destinati non solo agli operai dell'industria ma anche al mondo agricolo» (Korpi 1995, p. 22). La Svezia è il primo paese al mondo ad istituire questo tipo di protezione. Il regime dell'assicurazione pensione adottata nel 1913 copriva così tutti i cittadini, «cosa che ne faceva il primo regime di assicurazione nazionale al mondo, il primo regime pubblico di assicurazione vecchiaia universalistico dei tempi moderni» (Olsson Hort 2001, p. 52).

#### b. *Stabilizzazione e crescita degli «Stati sociali» (1940-1970)*

Dopo la Seconda Guerra Mondiale le politiche sociali prendono, poco a poco, la loro forma definitiva (Merrien 1998, p. 23). L'immediato secondo dopoguerra è, in effetti, contrassegnato da decisioni fondamentali quanto alle scelte organizzative dei sistemi di protezione sociale. Questi si sviluppano allora nel corso dei *Trente Glorieuses* e delle convergenze cominciano ad emergere «sulla base di reciproci prestiti» (*ibidem*, p. 13). I paesi del Sud che sino ad allora sembravano restare ai margini modernizzano anch'essi i loro sistemi di protezione sociale.

---

<sup>15</sup> Come anche l'assicurazione malattia ma siamo già nel 1963.

## 1. Beveridge o Bismarck?

Porre in questi termini la questione delle scelte fondamentali da effettuare da parte dei paesi europei per modernizzare i loro sistemi di protezione sociale alla fine della guerra può sembrare paradossale tanto la nascita del *welfare state* moderno è legato al nome di Beveridge (Merrien 1998, p. 23). Per questo l'alternativa sembra ben presente, anche se essa non è sempre esplicitata (Palier 2001, p. 103). In Germania i governanti alleati avevano, in un primo tempo, tentato di ricostruire il sistema di protezione sociale seguendo i principi del *Rapporto Beveridge* (Abelshauser 1966, p. 133; Ritter 2001, p. 13). In Francia il piano di *Sécurité sociale* (sicurezza sociale) del 1945 appare come un compromesso ambiguo tra degli «obiettivi puramente francesi», «i principi di azione di Beveridge» e «i metodi di Bismarck» (Palier 2002, p. 102).

Il fine ostentato del *Rapporto Beveridge, Social Insurance and Allied Services* pubblicato nel 1942, era di mettere «l'uomo al riparo dal bisogno» («to abolish want»), attraverso un sistema nazionale di assicurazioni sociali che coprissero l'insieme dei rischi sociali (Kerschen 1995, p. 135; Reynaud 1995, p. 235). Questo si inseriva nel quadro di una politica sociale più generale che inglobava la creazione di un servizio nazionale sanitario, una politica della piena occupazione e la creazione di prestazioni per la famiglia. Beveridge era un «entusiasta dell'assicurazione» e la dimensione contributiva era essenziale ai suoi occhi: essa era sia «il contrassegno e la sostanza della piena cittadinanza» (Harris 1995, p. 170 e p. 173). Beveridge si basava anche sulla popolarità nella pubblica opinione dell'assicurazione obbligatoria e il rigetto delle «quote di reddito» legate alla logica delle *Poor Laws*. D'altra parte egli pensava che gli assicurati dovevano essere «responsabili dell'equilibrio finanziario del regime dell'assicurazione sociale» (Kerschen 1995, p. 138). L'assoluta preferenza di Beveridge per l'assicurazione sociale non escludeva l'assistenza; tuttavia questa doveva costituire una parte minore del dispositivo della sicurezza sociale e diminuire «man mano che l'assicurazione sociale coprirà tutti i bisogni nei casi previsti dal piano» (*ibidem*, p. 139)

Il piano dell'assicurazione nazionale proposto da Beveridge si articolava intorno a tre principi: unità, universalità e uniformità (*ibidem*, p. 142 e segg.). Il primo riguarda

l'organizzazione della protezione sociale attraverso la creazione di un sistema unificato che riuniva l'insieme dei settori di prestazione e gestito da un organismo statale unico e centralizzato. Il secondo stabiliva che il piano della sicurezza sociale copre l'insieme della popolazione e dei rischi sociali. L'uniformità si intende sia quella delle contribuzioni che delle prestazioni: ognuno «deve versare lo stesso importo contributivo e in cambio riceverà lo stesso importo di prestazioni», entrambi di un basso tasso (Reynaud 1995, p. 236). Il *Piano Beveridge* era, infatti, concepito come un programma esteso ma minimale di protezione sociale destinato a coprire unicamente il bisogno alla sussistenza. Lasciava un largo spazio al risparmio personale e all'assicurazione volontaria per superare il livello delle prestazioni o coprire dei rischi particolari (Kerschen 1995, p. 13).

I principi del *Piano Beveridge* sono messi in applicazione dai governi laburisti al potere nel 1945. Il *National Insurance Act* del 1946 «unifica tutti i regimi di assicurazione esistenti che sono ormai gestiti dallo Stato» (Merrien 1997, p. 24). Il *National Health Service*, gratuito e aperto all'insieme dei cittadini, viene creato nello stesso anno. Gli assegni familiari vengono istituiti nel 1945; le *Poor Laws* sono abolite nel 1948 e sostituite con un «dispositivo unificato di assistenza» (MiRe 1999, p. 22; Reynaud 1995, p. 237).

Il piano francese della *Sécurité sociale* (1945-1946)<sup>16</sup> si dava due obiettivi: «l'integrazione sociale e l'emancipazione dei lavoratori dipendenti, da un lato, la crescita demografica della Francia», indispensabile alla fine della guerra, dall'altro lato (Palier 2002, p. 95). Esso si smarcava quindi dal *Piano Beveridge* che poneva al centro delle sue preoccupazioni l'abolizione del bisogno. Tuttavia si ritrova da ambo le parti la stessa preoccupazione di inscrivere il piano della sicurezza sociale «all'interno di un quadro di una politica economica d'insieme che miri e si fondi sulla piena occupazione» (*ibidem*, p. 97). Il piano francese della *Sécurité sociale* aveva anche per obiettivo di mobilitare la manodopera in vista della ricostruzione del paese: esso costituiva così «una contropartita allo sforzo di ricostruzione fermamente richiesto dalla massa dei lavoratori» (Kerschen 1995, p. 137). Questa dimensione

---

<sup>16</sup> Il piano francese della *Sécurité sociale* non è un rapporto o un documento unico di riferimento. E' costituito, da un lato, dalle «grandi opzioni dottrinali» enunciate nel momento della Liberazione (esposizione dei motivi nelle *ordonnances* del 1945 e discorso/programma di Pierre Laroque, uno dei padri fondatori della *Sécurité sociale*, pronunciato il 23 marzo 1945) e, dall'altro lato, dalle *ordonnances* del 1945 che dettano l'organizzazione della *Sécurité sociale* e le leggi e decreti di applicazione del 1946 (Kerschen 1995, pp. 128-129).

è essenziale per «comprendere la legittimità della sicurezza sociale in Francia»: elaborata dai dirigenti dell'alta burocrazia pubblica essa si costruisce politicamente «come un atto dovuto verso i lavoratori dipendenti, un diritto sociale acquisito» (Palier 2002, p. 100).

I padri fondatori della *Sécurité sociale* francese conoscevano le grandi opzioni del *Rapporto Beveridge* e il piano che essi elaborarono presenta, a questo riguardo, molteplici similitudini (Kerschen 1995; Palier 2002, pp. 73-92; *idem*, pp. 101-102). Vi si ritrova così il principio di unità attraverso la volontà di mettere in essere una cassa unica che gestisca l'insieme dei rischi sociali e finanziata attraverso una contribuzione unica. Esisteva lo stesso una reale volontà di coprire l'insieme della popolazione contro l'insieme dei fattori di insicurezza. Viceversa il principio di uniformità veniva rigettato a vantaggio di un sistema di contribuzioni e di prestazioni legati alla remunerazione antecedente. Si trattava così «di individualizzare al massimo le prestazioni offerte, di adattare il più esattamente alla situazione di ognuno»<sup>17</sup>. In queste condizioni le prestazioni assumevano la forma di «un reddito di sostituzione» (Kerschen 1995, p. 153). Occorre tuttavia notare che questa formula si applica realmente solo ai lavoratori dipendenti che percepivano dei redditi situati sotto ad un certo plafond. Per gli altri le prestazioni costituivano «un minimo senza rapporto reale con i redditi antecedenti» che poteva essere integrato attraverso delle prestazioni derivanti dalla previdenza *libera*. In questo senso il piano francese si riavvicina alla concezione beveridgiana del tasso minimo lasciando un campo di azione all'assicurazione volontaria (*ibidem*, p. 154).

Di contro il piano francese si distingue fondamentalmente dal piano britannico su un punto: le modalità di gestione della cassa. I fondatori della *Sécurité sociale* francese hanno chiaramente rifiutato il controllo diretto dello Stato preconizzato da Beveridge a vantaggio di una gestione da parte degli interessati (operai e impiegati). Questa posizione esprime una «forte sfiducia nei confronti dello Stato, per il fatto della sua mancanza di flessibilità e di capacità di adattamento, delle sue derive burocratiche e della sua logica puramente gestionale» (Palier 2002, p. 84). Essa corrisponde anche ad un «progetto positivo»: favorire sia la cooperazione tra le classi sociali che la partecipazione dei lavoratori alla gestione economica e sociale e la loro responsabilizzazione (*ibidem*, p. 86; Kerschen 1995, p. 147).

---

<sup>17</sup> Pierre Laroque citato in Palier 2001, p. 77.

Questa concezione ha per corollario un finanziamento esclusivo da parte delle contribuzioni sociali senza fare appello al bilancio dello Stato (Palier 2002, p. 87).

Le intenzioni iniziali degli ideatori del piano francese della *Sécurité sociale* non sono tutte state messe in pratica dalle leggi e decreti (*ordonnance*) del 1945 e 1946. Esistono delle eccezioni anche al principio di unità. Gli assegni familiari costituiscono, dalle origini, una branca separata della *Sécurité sociale*. Anche dei regimi particolari creati prima dell'introduzione delle assicurazioni sociali (minatori, ferrovieri, ...) sono conservati (Kerschen 1995, p. 145). Infine, la contribuzione unica ha lasciato campo a tre tipi di contribuzioni: «le contribuzioni delle assicurazioni sociali (pagate dai datori di lavoro e dai lavoratori dipendenti), una contribuzione degli assegni famigliari (a carico solo degli imprenditori) e una contribuzione per gli infortuni sul lavoro, che è variabile in funzione dell'importanza dei rischi di ogni impresa» (Palier 2002, p. 81). Anche il principio dell'universalità<sup>18</sup> ha sofferto di alcune eccezioni. Nel 1945 il rischio per la disoccupazione non era coperto. Inoltre i beneficiari della *Sécurité sociale* sono i lavoratori piuttosto che i cittadini - e più in particolare, nel 1945, i lavoratori dipendenti -, essendo i diritti alla protezione sociale legati al lavoro (Palier 2002, p. 75 e p. 101). Infatti, nella maggioranza dei casi citati, gli ideatori della *Sécurité sociale* hanno cercato di stabilire cosa fosse realizzabile ed essenziale, rinviando al prossimo futuro gli altri aspetti. «Nel 1945 si trattava soprattutto di razionalizzare, di unificare e di estendere un sistema di assicurazione sociale piuttosto che di mettere in essere un sistema di protezione universalistica. La coerenza istituzionale del piano francese della *Sécurité sociale* è senza dubbio da cercare meno dal lato di Beveridge che da quello di Bismarck» (*ibidem*, p. 103). B. Palier spiega anche che il sistema di protezione che si mette in essere dal 1945 «condivide le caratteristiche dei sistemi bismarckiani»: una debole penetrazione dello Stato nelle istituzioni della protezione sociale, la frammentazione del sistema (numerose casse, numerosi regimi), «un sistema compensatore di prima istanza» che privilegia la fornitura di prestazioni sociali in natura piuttosto che di servizi nel settore sociale, una redistribuzione orizzontale - dalla salute indirizzata verso le malattie, dai giovani verso i vecchi - piuttosto che verticale - dai ricchi verso i poveri attraverso l'imposta (*ibidem*,

---

<sup>18</sup> Precisiamo che il concetto di universalità non è utilizzato dal piano francese della *Sécurité sociale* (Palier 2002, p. 101).



pp. 104-105).

La Germania, come la Francia e la Gran Bretagna, si trova, all'indomani della Seconda Guerra Mondiale, nella necessità di ricostruire il suo sistema di protezione sociale. Le ragioni sono essenzialmente finanziarie. In effetti, se l'organizzazione tradizionale delle assicurazioni sociali venne preservata durante il Terzo Reich<sup>19</sup> gli attivi delle casse erano tuttavia stati utilizzati e interamente consumati per il «finanziamento discreto dello sforzo bellico» (Abelshauser 1996, p. 117). La situazione finanziaria delle casse era tanto più problematica all'indomani della guerra in quanto si imponevano delle nuove prestazioni - quali le spese impegnate in favore delle vittime della guerra, dei prigionieri liberati e degli internati civili rimpatriati. Per risparmiare le risorse i governi occupanti alleati avevano progettato di unificare le assicurazioni vecchiaia e malattia, seguendo i principi del *Rapporto Beveridge* (*ibidem*, p. 133). Tuttavia i loro piani si fermarono con la fine dell'amministrazione alleata e con il passaggio della responsabilità della riforma della protezione sociale ai dirigenti tedeschi.

Diverse alternative erano possibili all'epoca: istituire un programma di tipo beveridgiano di pensione minima garantita a tutti i cittadini, conservare e sviluppare lo Stato sociale bismarckiano oppure trasformarlo sulla base del modello dell'economia di mercato avanzato da Ludwig Erhard<sup>20</sup> e i neo-liberali tedeschi (*ibidem*, pp. 119-120). Applicato nella Germania occidentale dal 1948, il concetto di economia sociale di mercato mirava ad assicurare la stabilità dell'ordine socio-economico attraverso l'instaurazione di un quadro istituzionale che garantisse una effettiva concorrenza. Questo concetto non comportava, in senso stretto, un programma dettagliato di trasformazione del sistema dell'assicurazione sociale (Ritter 1996, p. 35); tuttavia, contribuendo a rinnovare gli approcci nel settore della protezione sociale, offriva una reale «filosofia della protezione sociale» (Abelshauser 1966, p. 115).

L'economia sociale di mercato si caratterizzava per il ruolo nuovo e centrale attribuito allo Stato nella vita economica. Contrariamente al liberalismo classico i neo-liberali tedeschi raccomandavano in effetti «un primato dello Stato sull'economia al fine di garantire il buon

---

<sup>19</sup> Benché si sia dovuto «adattare alla politica nazista». Cfr, su questo punto Ritter 2001, p. 13

<sup>20</sup> Nel 1948 Ludwig Erhard è il responsabile della politica economica della «Bizona»; nel 1949 diventa Ministro dell'Economia della Repubblica Federale di Germania.

funzionamento della concorrenza e, più ancora, per costringere le regole del gioco dell'economia di mercato al bene comune» (*ibidem*, p. 117). Da questa regolazione doveva discendere sia la prosperità che una ripartizione più equa dei frutti di questa prosperità. Il mercato e la politica di regolazione pubblica erano anche considerati come i soli mezzi adatti allo sviluppo delle politiche sociali. In alcuni casi queste ultime non dovevano «utilizzare delle modalità di intervento suscettibili di distruggere l'equilibrio di mercato» (*idem*). Le sole misure ammesse erano quindi quelle che incoraggiavano «l'accesso alla proprietà nel settore della casa, delle azioni o delle piccole imprese private», ma non la «costituzione di un patrimonio sociale» per mezzo delle assicurazioni sociali. In tal modo lo sviluppo dello Stato sociale bismarckiano non faceva parte delle politiche dell'economia sociale di mercato. Erhard e i suoi sostenitori riconoscevano certo il postulato dello Stato sociale inserito nella legge fondamentale del 1949, ma non erano disposti a favorirne lo sviluppo. «L'economia sociale di mercato porta in sé una promessa di sicurezza materiale» (*idem*, p. 120). «Una politica economica espansiva, fondata su elevati ritmi di crescita ed una forte concorrenza dei prezzi, era per Erhard sinonimo di una politica sociale sia buona che direttamente efficace, perché questi due elementi assicuravano sia una maggiore prosperità che una più equa ripartizione di questa prosperità».

Alle rotture strutturali la Germania ha preferito, in sintesi, la strada della continuità, come testimonia la grande riforma dell'assicurazione pensione del 1957. Numerose sono le ragioni in favore del perseguimento e del miglioramento del sistema di politica sociale bismarckiano.

In primo luogo, è emerso in breve tempo che l'obiettivo della «prosperità per tutti» non manteneva tutte le sue promesse: dagli anni Cinquanta, la tendenza ad una ripartizione non equa del reddito e delle ricchezze era già pienamente percepibile. In più, i settori classici della politica sociale continuano a svilupparsi, il livello del patrimonio sociale supera largamente quello del patrimonio costituito dalle famiglie. Aggiungiamo a questo il primato dei valori filosofici, quali quello dell'importanza dell'individuo, la dignità, la solidarietà, il concetto del dovere sulle riflessioni macro e micro economiche, così come la buona situazione delle riserve delle casse dello Stato federale che autorizzavano largamente un interventismo sociale

statale per correggere le imperfezioni del mercato. La riforma del 1957 afferma definitivamente «il primato del principio della politica sociale su quello della perequazione sociale calcolata secondo i parametri dell'economia di mercato» (Abelshausen 1966, p. 133). Questa riforma mirava a migliorare la situazione dei pensionati titolari di pensioni minime, i «dimenticati dal miracolo economico» e a rompere così il circolo infernale che associava vecchiaia e povertà (*ibidem*, p. 134 e p. 138; Ritter 2001, p. 14). Le pensioni sono così rivalutate di circa il 60% e sono successivamente indicizzate sui salari. Soprattutto il calcolo delle prestazioni è concepito in maniera tale che sia garantito ai beneficiari il livello di vita raggiunto durante il periodo di attività (Reynaud 1995, p. 224). La riforma del 1957 allarga anche gli obiettivi del sistema dell'assicurazione sociale (Ritter 2001, p. 14): le pensioni, concepite all'origine come un semplice complemento di reddito, diventano dei veri salari di sostituzione, «una compensazione integrale del reddito attivo» (Abelshausen 1996, p. 138 e p. 141).

## 2. Gli «Stati sociali» durante i *Trente Glorieuses*

Nell'arco di tempo che va dal 1950 al 1975 gli «Stati sociali» proseguirono la loro crescita e il loro sviluppo. Le evoluzioni, in primo luogo, sono sensibili al livello finanziario. Per l'Europa dell'Ovest le spese delle assicurazioni sociali, collettive ed obbligatorie, passano così, in media, dal 9,3% del prodotto interno lordo (pil) nel 1950 al 19,2% nel 1974, mentre le spese sociali (nel senso largo, e che includono le spese per l'abitazione e per l'educazione) passano dal 10-20% del pil al 25-33% del pil, a seconda dei singoli paesi (Palier 2002, p. 30). La crescita delle spese è stata particolarmente rapida nei paesi scandinavi, soprattutto in Svezia e in Danimarca. Per questi due paesi le spese per la protezione sociale sono, rispettivamente, cresciute del 16% e del 15,9% tra il 1961 e il 1981; in Francia la crescita delle spese è stata del 10,4% (Abrahamson 1999a, p. 38).

La progressione delle spese è legata alle misure assunte dai differenti paesi per consolidare e sviluppare il loro sistema di protezione sociale. Nei paesi dell'Europa continentale, nei quali la protezione sociale è legata all'occupazione, gli sforzi tendono prioritariamente verso la generalizzazione. In Germania il sistema dell'assicurazione sociale è esteso ad un numero via

via rilevante di lavoratori indipendenti, come a dei gruppi particolari quali quelli delle persone handicappate e gli studenti (Ritter 2001, p. 14). In Francia include, in primo luogo e a partire dal 1948, le «categorie professionali dallo statuto incerto» (studenti, scrittori non salariati, militari di carriera, ...), poi i lavoratori autonomi e gli agricoltori, prima di coprire – nel quadriennio 1974-78 – le persone allontanate dal lavoro<sup>21</sup> (Palier 2002, pp. 111-119). Nel 1958 la copertura dei rischi si allarga con la creazione di una assicurazione sulla disoccupazione. Nel corso degli anni Sessanta l'accento viene messo sulle misure che mirano ad aumentare il livello e la generosità delle prestazioni: il tasso di rimborso delle spese sanitarie migliora mentre le pensioni conoscono la loro «età dell'oro» negli anni Settanta<sup>22</sup> (*ibidem*, pp. 126-127). L'obiettivo di questo insieme di iniziative è di offrire a tutta la popolazione una protezione sociale «la più completa possibile» (*ibidem*, p. 107). Ma è a proposito della Svezia che possiamo parlare di «compiutezza dello Stato sociale» (Merrien 1997, p. 25). Gli Quaranta e Cinquanta sono caratterizzate dall'instaurazione del principio dell'universalità nei trasferimenti sociali, completati poi dalle prestazioni legate al lavoro e al reddito (Kosonen 1999, p. 459; Korpi 1995, p. 22; Palme 2001, p. 58). E' soprattutto la Svezia che mette, alla fine degli anni Sessanta, l'idea di giustizia sociale al centro delle sue preoccupazioni: «le condizioni per beneficiare delle prestazioni sono considerevolmente estese, i livelli dei redditi di sostituzione vengono elevati, i servizi sociali vengono sviluppati. Nel 1971 è, infine, introdotta una imposta sul reddito fortemente progressiva dagli effetti redistributivi innegabili» (Marrien 1997, p. 25). La Svezia costituisce anche «un modello di Stato sociale redistributore», che appare «come un ideale di conciliazione dei principi dell'economia di mercato e di giustizia sociale» (*ibidem*).

Lo sviluppo degli «Stati sociali» passa anche attraverso la riduzione delle lacune dei sistemi di protezione sociale. Nei sistemi fondati sulle assicurazioni sociali sono implementati programmi di assistenza per coprire le persone non protette o insufficientemente protette. In Francia l'aiuto sociale viene così a sostituire, nel 1953, le politiche dell'assistenza, mentre negli anni Settanta sono create nuove prestazioni – sotto la condizione del possesso di

---

<sup>21</sup> Per una cronologia dell'espansione del sistema francese di protezione sociale tra il 1946 e il 1978 cfr. Palier 2002, pp. 109-111

<sup>22</sup> Il livello delle prestazioni migliora anche in Germania. Su questo punto cfr. i grafici riportati da Walter Korpi sull'evoluzione dei tassi di sostituzione netta delle differenti prestazioni (Korpi 1995, pp. 38-53).

specifici requisiti legati al reddito e ai mezzi<sup>23</sup> (Palier 2002, pp. 129-130). In Germania l'aiuto sociale è riorganizzato nel 1961 per assicurare un minimo vitale e rendere possibile «una esistenza conforme alla dignità umana» (Ritter 2001, p. 14). Queste prestazioni non contributive non escludono i sistemi delle assicurazioni sociali: esse li completano e partecipano ai loro obiettivi di generalizzazione. La legge tedesca del 1961 e la riforma del 1957 dell'assicurazione pensione fanno così parte della «stessa riforma sociale» (Leiserig 1996, p. 415). E anche la riforma francese del 1953 permette «l'iscrizione dell'aiuto sociale nel sistema di protezione» (Bec 1999, p. 142). Infatti queste prestazioni costituiscono «l'ultima rete di sicurezza» dei sistemi che restano organizzati sulla base del principio delle assicurazioni sociali (Palier 2002, p. 131).

Lo stesso vale per l'evoluzione del sistema di protezione sociale britannico, nel quale «lo scarto tra ciò che si auspica e la realtà si allarga rapidamente a partire dalla fine degli anni Cinquanta e gli inizi degli anni Sessanta» (Harris 2001, p. 23). Una prima breccia è stata aperta nel 1959 dai conservatori, che introdussero nel regime dell'assicurazione pensione delle contribuzioni e delle prestazioni calcolate in funzione dei guadagni o dei profitti. L'obiettivo era di migliorare il livello delle pensioni, con la volontà «di fare il minimo politicamente possibile», ma così facendo la riforma del 1959 rompeva con la logica dell'uniformità del *Piano Beveridge* (Reynaud 1995, p. 237). Nello stesso tempo si osserva uno spostamento «delle politiche sociali universaliste» verso un «indirizzamento delle spese sociali in favore dei più svantaggiati», dalle prestazioni dell'assicurazione universalistica verso delle prestazioni selettive (Whiteside 1995, p. 545; Harris 2001, p. 24). Questo riorientamento dello Stato sociale britannico è particolarmente manifesto sul piano finanziario. Harris nota anche che, a partire dal 1964; si assiste «ad una diminuzione costante della proporzione delle prestazioni della sicurezza sociale erogate nel quadro dell'assicurazione nazionale ed un incremento costante della proporzione concessa sotto la condizione del possesso di specifici requisiti legati al reddito e ai mezzi attraverso l'assistenza sociale (contrariamente a Francia e a Germania, dove le proporzioni - durante gli Sessanta e Settanta - evolveranno nel senso opposto» (Harris 2001, p. 25).

---

<sup>23</sup> Assegno per gli orfani (1970), assegno per gli handicappati (1971), assegno per le spese di asilo nido dei figli (1972), assegno per il rientro a scuola (1974).

### 3. La costruzione del *welfare state* nei paesi dell'Europa del Sud

Contrariamente all'Europa del Nord, l'Europa del Sud non è stata storicamente portatrice di un modello di protezione sociale. Essa piuttosto ha beneficiato delle esperienze acquisite e che ha saputo adattare al suo proprio contesto (MiRe 1997, p. 9). La costruzione del *welfare state* vi è stata più lenta e più tardiva poiché le grandi decisioni che fissano definitivamente i grandi orientamenti della protezione sociali datano tra gli anni Settanta e gli anni Ottanta. In più, le evoluzioni proseguono sino ai nostri giorni con questa particolarità, che i paesi del Sud devono far fronte «sia ai nuovi conflitti che ai disfunzionamenti» del loro sistema di protezione sociale (Rhodes Palier 1997, p. 609). Diversi fattori concorrono a spiegare lo sviluppo tardivo della protezione sociale. Il ruolo dello Stato, sia meno importante che differente, il peso dell'esperienza dei regimi autoritari o, ancora, la debolezza dell'iscrizione dello Stato sociale nel repertorio culturale<sup>24</sup> non sono da dimenticare. Robert Castel segnala anche la lentezza del processo di salarizzazione e, per conseguenza, del suo corollario in materia di protezione sociale, «la salario-protezione». Cosa che ci porta immediatamente a interrogare la pertinenza delle forme di protezione proprie al salariato<sup>25</sup> come principio universalistico ed universale di protezione sociale: «in materia di protezioni sociali vi è una strada maestra, e questa strada è quella dell'espansione dei supporti salariali?» (Castel 1997, p. 44).

Se si deve individuare la fase di emersione degli «Stati sociali» dell'Europa del Sud questa si potrebbe situare tra gli anni Venti e gli anni Sessanta. E', in effetti, dopo la Prima Guerra Mondiale che vengono introdotti i primi programmi di assicurazione sociale obbligatoria.

Prima di questa data esistevano delle forme di protezione sociale, ma il ruolo dello Stato restava molto modesto. Così in Portogallo ci si limitava al controllo dell'attività delle istituzioni private di beneficenza e di auto-aiuto mentre «il diritto all'assistenza pubblica» era riconosciuto dalla Costituzione del 1911 (Guibentif 1997, p. 50). In Grecia l'assistenza era demandata ai comuni, e lo Stato si preoccupava principalmente della protezione degli

---

<sup>24</sup> 24 Giovanna Vicarelli sostiene che «negli anni Cinquanta e Sessanta lo Stato sociale non rientra ancora fortemente nel sistema simbolico della società italiana o, almeno, in una parte consistente di questa» (Vicarelli 1997, p. 135).

<sup>25</sup> Vale a dire l'assicurazione sociale. Si noti che Robert Castel si riferisce, nel suo intervento, al caso francese.

impiegati pubblici e di quella degli operai esposti a rischi professionali eccezionali (marinai, minatori) (Liakos 1997, p. 101). In Spagna le politiche sociali erano, tra il 1900 e il 1936, di tipo volontarie incoraggiate attraverso sovvenzioni da parte dello Stato (Guillén 1997, p. 72). Un primo passo verso l'assicurazione sociale venne intrapreso nel 1908 con la creazione dell'Istituto dell'assicurazione sociale.

Tuttavia il modello di protezione sociale restava quello della «libertà sovvenzionata»: libertà di assicurazione per gli individui, obbligo per lo Stato «di aiutare chi è volontariamente assicurato» (Castillo 2001, p. 112). La protezione sociale italiana, infine, era organizzata secondo un modello «neo-assistenziale», nel quale le donne e i sistemi familiari costituivano il nocciolo duro e completato attraverso le istituzioni caritatevoli e le mutue<sup>26</sup>. Una assicurazione contro gli infortuni sul lavoro ed una assicurazione volontaria sulla vecchiaia per i salariati del settore privato vennero istituite nel 1898 (Vicarelli 1997, p.125; Artoni Zanardi 1997, pp. 267-268).

Il primo dopoguerra vede l'affermazione del ruolo sociale dello Stato e dei programmi di assicurazioni sociali cominciano ad essere organizzati - nella gran parte dei casi sotto l'impulso dei governi liberali o repubblicani. Tra i diversi fattori che hanno favorito questo processo occorre citare il ruolo delle organizzazioni internazionali, e particolarmente dell'Oil (Organizzazione Internazionale del Lavoro [ILO, *International Labour Organization*]), che ha fornito il *savoir-faire* per la messa in essere delle politiche sociali<sup>27</sup> (Liakos 1997, p. 99). I paesi dell'Europa del Sud votano quasi simultaneamente delle legislazioni sulle assicurazioni sociali obbligatorie. Nel Portogallo un programma che comprendeva una assicurazione malattia, infortuni sul lavoro e invalidità, vecchiaia e reversibilità eredi viene adottata nel 1919 e conferita ad un nuovo organismo: l'ISSOPG (Istituto delle assicurazioni sociali

---

<sup>26</sup> Giovanna Vicarelli evoca anche, come componente di questo *welfare*, l'azione statale in materia di protezione sanitaria.

<sup>27</sup> E' difficile caratterizzare esattamente il ruolo dell'Oil nella messa in essere dell'assicurazione sociale nei paesi dell'Europa del Sud. Santiago Castillo ricorda che la Spagna ha ratificato la convenzione sulla maternità - approvata dall'Oil nel 1919 - ed ha organizzato un'altra conferenza a Barcellona per studiarne l'applicazione (Castillo 2001, p. 113). Pierre Guibentif richiama, al condizionale, l'idea - diffusa negli ambienti governativi portoghesi - che «la messa in essere di un sistema di assicurazioni sociali sarebbe una condizione per l'ammissione del Portogallo in seno alla Società delle Nazioni» (Guibentif 1997, p. 51). Viceversa Antonis Liakos mette chiaramente in evidenza il ruolo dell'Oil nella costruzione dell'assicurazione sociale greca: «L'Oil è arrivata ad incoraggiare l'idea dell'assicurazione sociale in Grecia, da un lato, grazie ad una politica molto attiva - che ha segnatamente visto due visite di Albert Thomas, suo presidente, e diversi interventi da parte dei suoi colleghi e, dall'altra, grazie ad una alleanza con i sindacalisti, alcuni uomini politici e alti funzionari riformisti» (Liakos 1997, p. 101).

obbligatorie e della previdenza generale) (Guibentif 1997, p. 50). Lo stesso anno anche l'Italia istituisce una assicurazione vecchiaia e disoccupazione (Vicarelli 1997, p. 50). In Spagna le assicurazioni sociali obbligatorie vengono introdotte progressivamente: l'assicurazione vecchiaia è istituita nel 1919, l'assicurazione maternità nel 1926 e l'assicurazione infortuni sul lavoro nel 1932 (Guillén 1997, p. 72).

La politica sociale greca degli anni Venti riguarda soprattutto la vecchiaia, con la creazione – nel 1922 – di una assicurazione obbligatoria per i lavoratori dipendenti dell'industria, dei trasporti, del commercio e delle costruzioni, completata poi dai regimi particolari a diversi gruppi socio-professionali (Liakos 1997, pp. 103-104). Comparativamente con gli altri paesi europei questi primi sistemi di protezione sociale raggiungono un debole livello di sviluppo, tanto in termini di popolazione e di rischi coperti che di livello di prestazioni erogate.

Il programma portoghese del 1919 non ha «conosciuto che un modesto avvio iniziale, consistente principalmente nella messa in essere dell'ISSOPG» (Guibentif 1997, p. 51). L'assicurazione sociale greca copriva, nel 1925, solo 17.000 persone (Liakos 1997, p. 103). Ma mancarono dei programmi più ambiziosi o volontà di riforma ulteriore.

Il progetto preparato dal governo italiano includeva una assicurazione sanitaria, Ma le numerose opposizioni in seno alla classe dirigente e alle associazioni religiosi e assistenziali la faranno fallire. Sotto la Seconda Repubblica spagnola esisteva sia una reale volontà politica che un reale consenso tra le élite politiche, i principali membri dell'amministrazione e i gruppi di interesse sulla necessità di accrescere la protezione sociale.

Tuttavia l'esplosione della guerra civile impedirà al progetto della creazione di un sistema unificato di assicurazioni sociali di concretizzarsi (Guillén 1997, p. 72 e p. 83). Solo la Grecia può - nel 1928, sotto l'impulso dei liberali e dell'Oil – sviluppare il suo sistema di assicurazione sociale, simbolizzato dalla creazione dell'Istituto dell'assicurazione sociale (IKA). Ma ancora una volta fu uno sviluppo molto parziale, poiché le opposizioni ebbero l'effetto di ridurre considerevolmente la portata dell'IKA. Le prestazioni restarono molto deboli, importanti regimi restano complessi e frammentati, considerevolmente ridotte le riserve finanziarie dell'IKA dal fatto della loro assegnazione ai «progetti nazionali» del dittatore Metaxas (Liakos 1997, pp. 107-108).



I regimi autoritari e fascisti instauratisi negli anni Venti e Trenta imprimeranno alla protezione sociale un orientamento corporativista. Le iniziative del regime mussoliniano riguarderanno, in primo luogo, il settore sanitario con, soprattutto, la creazione – nel 1929 - di una assicurazione sanitaria obbligatoria contro la tubercolosi e le malattie professionali, poi il settore della maternità e dell'infanzia e della vecchiaia (Vicarelli 1997, pp. 129-130). In Spagna nel 1938 sono introdotte delle prestazioni per la famiglia; poi il regime franchista riformerà l'assicurazione vecchiaia (1939) e creerà una assicurazione sanitaria nel 1942 (Guillén 1997, pp. 73-74). Nel Portogallo l'intervento salazarista in materia di protezione sociale si manifesta attraverso la legge della previdenza sociale del 1935. Questa prevedeva come punto centrale la messa in essere di un «insieme di casse sindacali di previdenza, create in maniera progressiva, in funzione delle possibilità e sulla base di accordi da concludere per settori tra sindacati e associazioni patronali» (Guibentief 1997, p. 53). Alla dimensione corporativista si aggiunge una dimensione familista, particolarmente marcata in Italia e in Spagna. I due regimi accorderanno, in effetti, alla famiglia un posto centrale nell'organizzazione economica e sociale.

Il modello di *welfare* che si disegna all'epoca fascista si fonda «su una forte implicazione della famiglia nella riproduzione dei servizi per il benessere»; concezione che passa attraverso la marginalizzazione delle donne sul mercato del lavoro e delle misure che mirano ad assicurare la stabilizzazione e la riproduzione familiari (Vicarelli 1997, pp. 130-131). In Spagna le politiche per la famiglia mirano a promuovere un modello di famiglia fondato sul matrimonio cattolico e la protezione del maggior numero possibile di figli (Valiante 1997, p. 396).

La politica sociale condotta dai regimi autoritari e fascisti ebbe per risultato la costruzione o il consolidamento di sistemi di protezione estremamente frammentati. Nel Portogallo le casse sindacali coesistevano con altre istituzioni di previdenza, quali le «case del popolo», le «case dei pescatori», le casse imprenditoriali di pensione o di previdenza, le mutue e le istituzioni di protezione dei dipendenti pubblici e il regime delle prestazioni variava da una cassa all'altra (Guibentief 1997, pp. 53-56). In Spagna la creazione di organismi «molto specializzati» in seno al sistema dell'assicurazione sociale, le associazioni di mutuo aiuto, ha

portato alla comparsa di una «struttura doppia e concorrenziale nella gestione delle prestazioni» (Guillén 1997, p. 73). In Italia, infine, il sistema di politiche pubbliche fascista tendeva a «frammentare i beneficiari istituendo delle formule di accesso particolaristiche e di favoritismo» (Vicarelli 1997, p. 133).

Tuttavia il livello delle prestazioni e la copertura della popolazione restano globalmente deboli. Ad esempio, l'assicurazione sanitaria spagnola offriva delle prestazioni molto limitate orientate verso i lavoratori a basso reddito; nel 1960 essa copriva il 44% della popolazione (Guillén 1997, pp. 73-74). Infatti il programma delle assicurazioni sociali franchiste partecipava della legittimità politica alla quale aspirava il regime; così fu votata e applicata alla bell'e meglio (*ibidem*, p. 83).

Dopo la Seconda Guerra mondiale i regimi franchista e salazarista introdussero delle riforme nella gestione della protezione sociale. Lo Stato portoghese si impegnò in una dinamica di razionalizzazione del dispositivo, caratterizzata da misure di centralizzazione dei compiti, di armonizzazione degli statuti delle differenti casse, di estensione della copertura territoriale e dell'articolazione dei settori della previdenza e della salute. Questo insieme di iniziative è implementato dalla legge del 1962, che traduce un cambiamento profondo di orientamento della politica sociale portoghese: l'abbandono discreto, ma reale, dei concetti corporativi a vantaggio di una azione statale diretta (Guibentif 1997, pp. 55-58). I primi anni Sessanta rappresentano anche una svolta nella politica sociale franchista. La Spagna viveva allora un'epoca di benessere materiale ed aspirava alla modernizzazione del paese grazie allo sviluppo economico. La riforma del 1963 si ispira a questa volontà di modernizzazione. Essa unifica i programmi sociali in una istituzione unica, il sistema della sicurezza sociale, e sopprime il criterio del reddito come condizione di accesso. Il dispositivo di protezione sociale resta, tuttavia, sempre frammentato (Guillén 1997, pp. 74-75 e pp. 83-84).

Ma è a partire dagli anni Settanta, vale a dire al momento della transizione democratica, che i sistemi della protezione sociale dell'Europa del Sud assumono la loro forma quasi definitiva. Il bisogno di legittimazione dei nuovi regimi politici, la volontà di rompere con i regimi precedenti (Portogallo), l'aspirazione generale a modernizzare la protezione sociale e ad avvicinarsi agli altri paesi europei hanno implementato delle riforme nel senso

dell'universalismo (Guillén 2001, p. 221). La Costituzione portoghese del 1976 pose il principio del diritto di tutti alla sicurezza sociale e alla protezione della salute; essa incarica inoltre lo Stato «di organizzare, di coordinare e di sovvenzionare un sistema di sicurezza sociale unificato e decentrato» e prevedeva la creazione di un servizio sanitario nazionale «universale e gratuito», che sarà messo in essere nel 1979 (Guibentif 1997, p. 61). In Spagna il principio della protezione sociale universalistica estesa a tutti i cittadini è ugualmente introdotto nella Costituzione del 1978. Tuttavia «nessun processo di riforma che mirasse ad una copertura universalistica è stato implementato nel corso del periodo di passaggio alla democrazia» (Guillén 1997, p. 85). Bisognerà attendere l'arrivo al potere dei socialisti nel 1982 perché delle misure in favore dell'estensione della copertura sociale siano attivate e che un sistema sanitario nazionale venga creato nel 1986. Lo stesso sfasamento temporale è osservabile in Grecia. Malgrado il crescente interesse per lo sviluppo della protezione sociale dopo la fine del regime dei colonnelli bisognerà attendere il 1983 perché venga creato il sistema sanitario nazionale greco<sup>28</sup> (Symeonidou 1997, p. 367 e p. 373).

Benché l'Italia sia, dal secondo dopoguerra, un paese democratico lo slancio verso l'universalismo della protezione sociale è databile agli stessi momenti degli altri Stati dell'Europa del Sud, e cioè nel corso degli anni Settanta. In verità vi era stato, immediatamente dopo la Seconda Guerra Mondiale, un tentativo di «globalizzazione delle assicurazioni sociali obbligatorie razionalizzando il sistema ereditato dal fascismo» (Vicarelli 1997, p. 135). Ma questo non poté riuscire in ragione dell'opposizione del sindacato dei datori di lavoro e dei rappresentanti delle professioni liberali e il sistema delle assicurazioni sociali restò caratterizzato dal particolarismo e dal favoritismo. Gli anni Settanta corrispondono ad un altro contesto politico, sociale, economico e culturale caratterizzato da una instabilità politica, dalla crisi economica e da un insieme di domande sociali confluenti in favore di incrementi di eguaglianza, di uniformità delle prestazioni, di razionalizzazione e di decentralizzazione e di gestione democratica dei servizi. La formazione di un governo di unità nazionale permise, nel 1978, la creazione del Servizio sanitario nazionale (*ibidem*, pp. 136-

---

<sup>28</sup> Dopo la guerra civile del 1946-1949 la situazione politica della Grecia si caratterizza per l'insediamento di «governi democratici ma deboli, messi in essere da una classe dirigente occupata a realizzare dei profitti, spesso investiti fuori del paese. I gravi problemi sociali erano trattati attraverso il ricorso a politiche di repressione» (Symeonidou 1997, p. 366).

137).

Attraverso la lunga storia della costruzione degli «Stati sociali» europei si percepisce come i sistemi di protezione sociale abbiano progressivamente acquisito le loro principali caratteristiche attuali. Alcune erano già *in nuce* alla fine del XIX secolo, altre si sono affermate negli anni Quaranta/Cinquanta o Settanta. La protezione sociale dei paesi scandinavi si caratterizza così per il suo obiettivo di eguaglianza e di giustizia sociale, per le sue prestazioni universalistiche e l'importanza dei suoi servizi sociali. I paesi anglosassoni puntarono alla lotta contro la povertà attraverso delle prestazioni contributive, forfetarie e minimali, ed un servizio sanitario nazionale universalistico. Il mantenimento del reddito, attraverso un sistema di assicurazioni sociali fondati sull'occupazione, è invece l'obiettivo perseguito dai sistemi di protezione sociale dei paesi continentali. I paesi dell'Europa del Sud presentano, da parte loro, un modello misto di protezione sociale, che combina assicurazioni sociali legate allo statuto professionale e servizi sanitari nazionali a vocazione universalistica.

## Capitolo II

### **L'organizzazione istituzionale degli «Stati sociali»**

L'approccio storico agli «Stati sociali» rivela che questi si sono costruiti secondo percorsi differenti, dando luogo a configurazioni istituzionali differenti. Palier ha sottolineato la diversità istituzionale dei sistemi pubblici di protezione distinguendo quattro criteri di differenziazione (Palier 2001, p. 37).

Il primo criterio riguarda le regole di attribuzione delle prestazioni sociali. Così «i diritti sociali possono essere acquisiti grazie al versamento di contributi sociali, o legati al (contratto di) lavoro [...]. Possono essere anche aperti in funzione della situazione particolare di un individuo o di una famiglia: diritti fondati su un bisogno o la mancanza di reddito, sulla cittadinanza o la residenza».

Il secondo criterio di differenziazione è la natura delle prestazioni: «Può trattarsi di prestazioni in natura o di servizi sociali. Le prestazioni in natura possono essere versate a tutti (prestazioni universali), a quelli che hanno contribuito (prestazioni contributive) o essere riservate alle persone che raggiungono dei redditi inferiori ad una certa soglia (prestazioni sotto condizioni di reddito). Le prestazioni possono essere forfetarie (l'ammontare delle prestazioni, fissato *a priori*, è lo stesso per tutti i beneficiari) o proporzionali (l'ammontare è funzione della durata e/o dell'ammontare dei contributi versati, oppure del livello di reddito da sostituire)».

Il terzo criterio riguarda le formule di finanziamento: «le risorse della protezione sociale possono provenire dall'imposta (sul reddito diretto o indiretto, o altre imposte specifiche) oppure dai contributi sociali versati dai lavoratori e/o dai datori di lavoro».

Il quarto, ed ultimo, criterio di differenziazione riguarda le strutture organizzative e gestionali: «La responsabilità della gestione può appartenere direttamente allo Stato centrale o essere conferita allo Stato decentralizzato, alle collettività territoriali e locali oppure alle parti sociali (rappresentanti dei datori di lavoro e dei lavoratori). Anche degli operatori privati possono essere ammessi a gestire delle funzioni di protezione sociale – decise e controllate dalle autorità pubbliche».

Questo capitolo esplora queste quattro dimensioni dei sistemi europei di protezione sociale, esaminandone i differenti regimi di prestazione, poi le strutture di gestione attraverso la questione del ruolo dello Stato. Incidentalmente sarà anche esaminato il ruolo della protezione sociale complementare.

#### a. *Diritti sociali e forme di prestazione*

##### 1. La copertura dei rischi sociali

Analizzare i sistemi di protezione sociale attraverso il concetto di rischio sociale non è il percorso più soddisfacente. In effetti se alcuni paesi definiscono il loro sistema a partire dalla necessità di proteggere gli individui contro i rischi sociali (Francia, Germania) altri li concepiscono a partire «dalla necessità di lottare contro le ineguaglianze e di redistribuire le ricchezze prodotte» (paesi scandinavi), a ancora «a partire dal concetto di bisogno e dall'obiettivo di lottare contro la povertà e la disoccupazione» (Gran Bretagna) (Palier 2001, pp. 33-34). Definire una definizione ampia del concetto di rischio come settore di intervento della protezione sociale, non è maggiormente soddisfacente «nella misura in cui quello che è incluso o escluso dal settore o dalle funzioni delle politiche sociali o della protezione sociale può variare secondo i paesi» (*ibidem*, p. 34). Così se le cure gratuite erogate dal servizio sanitario nazionale e i connessi sistemi di assicurazione e assistenza sociale sono gli elementi centrali del *welfare state* britannico, possiamo ugualmente includervi altri tipi di interventi quali i controlli legali sulle condizioni e la durata del lavoro o ancora l'istruzione obbligatoria e gratuita<sup>29</sup> (Southall 1995, p. 65). Ugualmente, nei paesi scandinavi l'assicurazione contro la disoccupazione, benché essa sia sovvenzionata dallo Stato, non fa parte della protezione sociale: essa riveste un carattere volontario<sup>30</sup> e la sua gestione afferisce alle organizzazioni sindacali (Commission européenne 1995, p. 11).

Pur tuttavia l'approccio attraverso rischio o funzione della protezione sociale resta un modo operativo efficiente per tracciare un panorama dei sistemi di protezione sociale europei.

---

<sup>29</sup> Tanto più che, come afferma Whiteside, uno «Stato sociale non è una struttura monolitica, ma è sottoposto ad un rimodellamento ideologico e a pressioni economiche». (Whiteside 1995, pp. 543-569).

<sup>30</sup> Ad eccezione della Norvegia dove l'assicurazione sulla disoccupazione è obbligatoria (Abrahamson, 1999a, p. 47).

In effetti tutti i paesi europei «hanno sviluppato delle azioni destinate a far fronte ad un certo numero di rischi detti sociali» (Drees 1999, p. 3). Tutti «concedono ai loro cittadini delle prestazioni in caso di vecchiaia, di malattia, di invalidità, di maternità e di disoccupazione, come anche per la presa in carico dei figli, e li fanno beneficiare di cure sanitarie gratuite o largamente sovvenzionate» (Commission européenne 1993, p. 15). L'approccio per rischio o funzione della protezione sociale è, inoltre, largamente utilizzato dalla Comunità Europea in una ottica di messa in prospettiva (Eurostat).

Tabella 1: Struttura delle prestazioni di protezione sociale per rischio nel 1995 (in %) <sup>31</sup>

	Malattia	Invali- dità	Vecchiaia Reversibilità	Fami- glia	Disoccu- pazione	Abita- zione	Esclu- sione
Germania	31,1	7,0	42,5	7,5	9,1	0,60	2,20
Francia	29,0	5,9	43,0	9,0	8,2	3,20	1,70
Regno Unito	25,6	11,7	39,3	8,9	6,5	7,00	1,00
Svezia	21,6	12,3	37,1	11,3	11,1	3,40	3,20
Danimarca	17,8	10,6	37,6	12,4	14,7	2,50	4,40
Finlandia	21,2	14,8	32,8	13,3	14,3	1,50	2,10
Spagna	30,0	7,7	45,4	1,8	14,3	0,40	0,40
Italia	21,4	7,2	65,7	3,5	2,2	0,01	0,03
Portogallo	32,8	12,0	43,4	5,8	5,5	0,10	0,40

Fonte: Drees (1999).

Tabella 2: Quota delle prestazioni per rischio nel Pil (%)

	Malat- tia	Invali- dità	Vecchiaia Reversibilità	Fami- glia	Disoccu- pazione	Abita- zione	Esclu- sione	Totale
Germania	8,8	2,0	12,0	2,1	2,6	0,2	0,60	28,3
Francia	8,4	1,7	12,5	2,6	2,4	0,9	0,50	29,0
Regno Unito	6,6	3,0	10,1	2,3	1,7	1,8	0,20	25,7
Svezia	7,6	4,3	13,0	4,0	3,9	1,2	1,10	35,1
Danimarca	7,2	1,8	11,8	2,3	4,0	-	0,70	27,8
Finlandia	6,8	4,7	10,4	4,2	4,6	0,5	0,70	31,9

<sup>31</sup> Per una definizione dei rischi/funzioni della protezione sociale (Eurostat) cfr. Drees 1999, pp. 154-156. Tutti i dati provengono da Drees 1999. Abbiamo considerato qui solo i paesi membri della UE. Solo la Grecia, le cui cifre datano al 1994 e le cui definizioni dei rischi non sono totalmente comparabili a quelli degli altri paesi, non figura in questa tabella (Drees 1999, p. 51).

Spagna	6,4	1,6	9,6	0,4	3,0	0,1	0,10	21,2
Italia	5,0	1,7	15,5	0,8	0,5	0,0	0,01	23,5
Portogallo	6,1	2,2	8,1	1,1	1,0	0,0	0,10	18,6

Fonte: Drees (1999).

Le due tabelle fanno emergere che, se i paesi europei hanno in comune il consacrare l'essenziale delle loro prestazioni alla protezione dei rischi vecchiaia e malattia, esistono tra di loro rilevanti disparità strutturali. Si riscontra in particolare uno dei tratti distintivi degli «Stati sociali» del Sud e cioè la «distribuzione squilibrata delle protezioni tra i rischi» (Ferrera 1997, p. 17). Questo squilibrio è, in primo luogo, attestato dalla forte protezione dei rischi vecchiaia e delle persone anziane in quanto gruppo sociale. In Italia e in Grecia le prestazioni vecchiaia-reversibilità rappresentano quasi il 65% dell'insieme delle prestazioni<sup>32</sup>.

Ed è proprio in questi de paesi che il rapporto tra le spese della protezione sociale in favore delle persone anziane e quelle in direzione delle persone non anziane è il più elevato: nel 1989 ammontava al 4,14 per l'Italia e al 3,2 per la Grecia, mentre la media europea era del 1,27 (Portogallo 1,40; Spagna 1,30) (Ferrera 1997, p. 17).

Il sottosviluppo delle prestazioni per la famiglia costituisce la seconda manifestazione dello squilibrio della protezione sociale per rischio nei paesi dell'Europa del Sud. Queste rappresentano tra l'1,8% (Spagna) e il 5,8% (Italia) dell'insieme delle prestazioni, mentre la proporzione tocca il 9% in Francia e più dell'11% nei paesi scandinavi. In termini di quota sul Pil l'Europa del Sud allinea le cifre più basse (dallo 0,4 all'1,1%) dei paesi rappresentati nella tabella, e più generalmente dell'Unione Europea (Ferrera 1997, p. 17; Frees 1999). Il terzo elemento caratteristico dello squilibrio delle funzioni della protezione sociale riguarda il sottosviluppo dell'abitazione sociale e degli assegni per l'abitazione «associati ad una regolamentazione particolarmente stretta del mercato privato della locazione» (Ferrera 1997, p. 17). Secondo Ferrera «questo spiega in parte perché i paesi del sud dell'Europa (Specialmente la Spagna, l'Italia e la Grecia) conoscano il tasso più elevato di proprietari in Europa. Sono anche i soli paesi tra i paesi sviluppati nei quali le persone anziane (almeno le persone anziane «tipiche») beneficiano sia di pensioni elevate che della loro propria

---

<sup>32</sup> 66,8% delle prestazioni nel 1994 per la Grecia.



abitazione in proprietà».

La debolezza delle spese destinate alla lotta contro l'esclusione (tra lo 0,01 e lo 0,1% del Pil) rivela più ampiamente un secondo tratto distintivo dei sistemi di protezione sociale dell'Europa del Sud: il loro carattere duale, quasi polarizzato. «Da un lato, il sistema di protezione sociale di questi paesi fornisce una protezione importante ai settori principali e centrali della forza lavoro, quella che è posta all'interno del mercato del lavoro regolare e istituzionalizzato; dall'altro lato, fornisce deboli prestazioni a quelli che sono posti sul mercato detto non istituzionale, o irregolare» (Ferrera 1997, p. 17; Fargion 2001, p. 231). Così la messa in essere in questi paesi di una rete di sicurezza che garantisca un reddito minimo è molto progressiva e molto recente (Palier 2001, p. 40). Essa emerge in Italia e in Spagna tra la fine degli anni Settanta e gli inizi degli anni Novanta a seconda delle regioni; la creazione di un reddito nazionale minimo in Portogallo data al 1996: la Grecia resta caratterizzata dall'assenza di questo tipo di prestazioni.

## 2. Forme di prestazione diversificate

Se riprendiamo la tipologia di Esping-Andersen, ogni regime di protezione sociale persegue un obiettivo differente. Il regime liberale associato ai paesi anglosassoni persegue la lotta contro la povertà e la disoccupazione, il regime socialdemocratico (paesi scandinavi) si dà come obiettivo quello di assicurare l'uguaglianza, la coesione e l'omogeneità dei gruppi sociali, mentre il regime conservatore-corporativo punta al mantenimento del reddito dei lavoratori nel caso si verifichi un rischio sociale. Per raggiungere i loro rispettivi obiettivi questi differenti regimi si richiamano a differenti tecniche: nella concezione liberale le prestazioni sono funzione del bisogno e sono sottoposte a condizioni di reddito; nella concezione socialdemocratica i diritti sociali sono legati alla cittadinanza o alla residenza e le prestazioni sono forfetarie; nella concezione conservatrice-corporativa, infine, i diritti sociali derivano dalla situazione lavorativa e le prestazioni sono proporzionali ai redditi anteriori (Palier 2001, pp. 35-38). Inoltre, ritroviamo nelle quattro famiglie europee di «Stati sociali» una formula di prestazione dominante. I paesi nordici che privilegiano le prestazioni universalistiche e forfetarie, il Regno Unito si caratterizza per delle prestazioni

universalistiche (*National Health Service*) e per delle prestazioni contributive e forfetarie (assicurazione sociale). In Francia e in Germania le prestazioni dell'assicurazione sociale sono contributive e proporzionali al salario anteriore. Infine, i sistemi di protezione dei paesi dell'Europa del Sud distribuiscono delle prestazioni contributive e proporzionali al reddito come anche delle prestazioni a vocazione universalistica nel quadro dei servizi nazionali sanitari.

Se si osservano in maggior dettaglio i sistemi europei di protezione sociale si caratterizzano per una combinazione di formule di prestazioni.

### **Le prestazioni in natura**

I programmi di protezione sociale dei paesi scandinavi associano delle prestazioni universalistiche forfetarie di livello elevato e delle prestazioni contributive legate al salario precedente. Le pensioni di anzianità sono, ad esempio, costituite da una pensione di base, accordata a tutti i residenti, completata da una pensione proporzionale alla remunerazione precedente per i lavoratori che abbiano contribuito (Commission européenne 1995, p. 30; Palme 2001, pp. 58-59). Queste prestazioni, che si basano sulla storia professionale, sono state introdotte nei programmi universalistici dell'assicurazione malattia e dell'assicurazione pensione a partire dagli anni Cinquanta, prima in Svezia poi in Norvegia e in Finlandia (Korpi 1995, p. 22).

Esse appaiono come il frutto dell'emergere di una nuova coalizione politica che associava operai e impiegati. Nei paesi scandinavi, in effetti, le riforme dei programmi di protezione sociale costituiscono «sia delle risposte all'evoluzione delle strutture sociali sia il frutto di una mobilitazione politica» (Palme 2001, p. 58). La mobilitazione degli interessi delle popolazioni rurali e urbane aveva permesso la comparsa del concetto di universalità. Quella dei «colletti bianchi» e dei «colletti blu» ha contribuito all'adozione, nel dopoguerra, di assicurazioni sociali legate alla remunerazione, «organizzando, in un colpo solo, la simbiosi degli interessi di parti differenti della società» (Palme 2001, p. 58 e p. 60)<sup>33</sup>.

Nel sistema dell'assicurazione nazionale britannica le prestazioni in natura (indennità

---

<sup>33</sup> Per una analisi del repertorio dell'azione collettiva in Scandinavia e in Francia cfr. Alapuro (1999).

malattia, assegno di disoccupazione, pensioni) sono contributive e forfetarie. Queste due caratteristiche derivano direttamente dal *Piano Beveridge*<sup>34</sup>, che si pronunciava esplicitamente in favore del versamento di una contribuzione per ogni assicurato e rifiutava di «introdurre nel settore della protezione sociale le disparità constatate nella distribuzione primaria dei redditi» (Kerschen 1995, p. 137 e p. 152). Il livello delle prestazioni è tuttavia inferiore a quello scandinavo<sup>35</sup>, cosa che ancora una volta corrisponde agli orientamenti del *Piano Beveridge*, che proponeva un programma esteso ma minimale di protezione sociale (Palier 2001, p. 39; Kerschen 1995, p. 141). Il debole livello delle prestazioni ha però portato all'introduzione delle prestazioni proporzionali, in particolare per le pensioni. A partire dagli anni Cinquanta si manifesteranno delle pressioni, emananti soprattutto da un gruppo di intellettuali socialisti riuniti intorno a Richard Titmuss, in favore dell'adozione di un regime pubblico legato al livello delle prestazioni e delle contribuzioni al salario. I laburisti inseriranno questo progetto nel loro programma ma, battuti alle elezioni del 1959<sup>36</sup>, non potranno concretizzarlo. I conservatori consentirono un timido sforzo in questo senso, con l'istituzione di una pensione progressiva (*graduated pension scheme*), ma il suo livello resterà molto basso. Il ritorno al potere dei laburisti permise l'istituzione, nel 1975, di un vero regime pubblico di pensione legata al salario: lo *State Earnings-Related Pension Scheme* (SERPS). Questo dispositivo permetteva ai lavoratori, pagando la media delle contribuzioni supplementari, di completare la pensione di base attraverso una pensione proporzionale al salario precedente (Reynaud 1995, pp. 237-238).

La seconda importante componente del sistema di sicurezza sociale britannico<sup>37</sup> è costituito dalle prestazioni sotto condizione di reddito, destinate alle persone che non avessero sufficientemente contribuito all'assicurazione nazionale o in stato di bisogno. La più antica è

---

<sup>34</sup> Cfr. sopra cap. I. Occorre notare che i concetti di universalità e contributività non erano considerati come incompatibili. Harris mostra come il contesto culturale e storico ha potuto favorire il legame dell'assicurazione alla retorica morale dell'universalismo (Harris 1995).

<sup>35</sup> Nel 1989 l'indice di generosità (totale delle spese della protezione sociale diviso per il numero rispettivo delle persone anziane, dei giovani e dei disoccupati) del sistema della protezione britannica era di 0,46. Era di 0,98 per la Svezia, di 0,76 per la Danimarca, di 0,62 per la Finlandia e di 0,56 per la Norvegia (Olafsson, 1999, p. 81).

<sup>36</sup> Il progetto di riforma dei laburisti sollevò l'opposizione delle organizzazioni dei datori di lavoro e delle assicurazioni.

<sup>37</sup> La sicurezza sociale britannica comprende cinque categorie principali di prestazioni: le prestazioni contributive (*National Insurance*), le prestazioni sotto condizione di reddito, le prestazioni non contributive (assegni per gli handicappati), le prestazioni universalistiche (*Child Benefit*) e le prestazioni discrezionali. Per un quadro delle prestazioni della sicurezza sociale britannica cfr. MiRe 1998, pp. 25-26.

*Income Support*, prestazioni destinata alle persone disoccupate o che disponessero di bassissimi redditi, creata nel 1948 nel quadro del dispositivo della *National Assistance* (MiRe 1998, p. 25). Pensata da Beveridge come una protezione di emergenza, il cui campo doveva restringersi via via che cresceva l'estensione dell'assicurazione nazionale, l'assistenza vide regolarmente aumentare il numero dei suoi beneficiari, mentre la volontà dei governi conservatori di andare verso una maggiore selettività li porterà ad introdurre delle nuove prestazioni sotto condizione di reddito. Sino al punto di soppiantare l'assicurazione nazionale. Nel 1996 solo l'8% dei disoccupati erano indennizzati nel quadro dell'assicurazione nazionale (MiRe 1998, p. 137).

In Francia e Germania, come anche negli altri paesi dell'Europa del Sud, la formula di prestazione dominante è la prestazione contributiva e proporzionale a livello del salario dell'assicurato. Le condizioni di eleggibilità, le contribuzioni e le prestazioni dipendono ugualmente dal regime o dalla cassa di affiliazione dell'assicurato. I sistemi di protezione sociale dei paesi continentali e del Sud dell'Europa si caratterizzano, in effetti, per la loro frammentazione istituzionale, più o meno rilevante a seconda dei paesi e dei settori della protezione sociale. In Germania l'assicurazione disoccupazione è unitaria, il sistema delle pensioni distingue alcune grandi categorie (operai, impiegati, minatori, funzionari pubblici) mentre l'assicurazione malattia è gestita da una moltitudine di casse (circa 1.200) che determinano il loro proprio tasso di contribuzione (Esping-Andersen 1997, p. 430; Commission européenne 1993, p. 19).

Il sistema francese della *Sécurité sociale* è composto da un insieme di regimi che non coprono gli stessi rischi e che non garantiscono le stesse prestazioni (Hesse 1999, pp. 18-19). Distinguiamo il regime generale (*régime général*) (lavoratori salariati o assimilati dell'industria e dei servizi), che copre circa i due terzi della popolazione attiva, i regimi particolari o speciali (funzionari, personale delle industrie elettriche e del gas, ferrovieri, minatori, ...), i regimi non salariali del settore non agricolo (commercianti, impiegati, artigiani, libere professioni), il regime agricolo e il regime dell'assicurazione personale volontaria (*ibidem*; Palier 2002, pp. 424-425). La frammentazione istituzionale si ritrova anche nei paesi dell'Europa del Sud: esistono numerosi regimi particolari a lato del regime

generale in Portogallo, mentre il sistema pensionistico italiano è composto da più di cinquanta *cashe* (l'equivalente del *régime* francese) (Guibentif 1997, p. 62; Ascoli 1997, p. 257). La frammentazione del sistema spagnolo si è attenuata nel corso dell'ultimo decennio ma persiste la settorializzazione (Guillén 1997, p. 82).

Questa frammentazione è legata al processo storico di costruzione di questi «Stati sociali». Nel caso dell'Europa del Sud è necessario citare il peso dell'eredità dei regimi autoritari e fascisti<sup>38</sup>, una protezione sociale settoriale che le restaurazioni democratiche non sono, malgrado gli sforzi di armonizzazione, riuscite ad attenuare. In Francia l'esistenza di regimi particolari risulta principalmente dalla mobilitazione e dalla pressione di alcuni gruppi sociali. La protezione sociale ha, in effetti, in primo luogo riguardato gruppi professionali particolari (minatori, funzionari, ...) prima di inglobare altre categorie della popolazione (lavoratori salariati a basso reddito, salariati, autonomi, ...). Questa estensione non si è realizzata attraverso una integrazione ma bensì attraverso aggiunte, producendo la moltiplicazione dei regimi. Così le popolazioni interessate dalle prime misure di protezione erano i lavoratori «le cui attività rivestivano una importanza capitale per il funzionamento dello Stato» (marittimi, funzionari, minatori, soldati, ...) (Hesse 1999, p. 17). Queste categorie, che hanno continuato da essere rette da disposizioni particolari sino alla messa in essere delle assicurazioni sociali (1928-1930), hanno rifiutato, all'atto della creazione della *Sécurité sociale* (1945-1946), la loro integrazione nel *régime général*, meno vantaggioso, e conservare così il proprio regime di protezione sociale. Il rifiuto caratterizza anche i lavoratori autonomi, che non desideravano essere confusi con la massa dei salariati del commercio e dell'industria, portando alla creazione di regimi specifici a queste categorie a partire dal 1948 (Palier 2001, pp. 112-113). In questo processo la configurazione istituzionale avviata nel 1945 ha avuto un certo specifico; e alcuni gruppi socio-professionali potevano rivendicare un trattamento particolare proprio perché il sistema era fondato sul lavoro (*ibidem*, p. 114).

La frammentazione dei regimi di protezione sociale dell'Europa continentale e del Sud è generatrice di ineguaglianze. «In generale, le formule che si applicano ai salariati del settore pubblico tendono ad essere più favorevoli di quelle del settore privato e sono generalmente

---

<sup>38</sup> Cfr. sopra cap I.

meno favorevoli per i lavoratori autonomi» (Commission européenne 1995, p. 30). Un esempio caratteristico è fornito dal caso italiano, nel quale le pensioni più generose si concentrano nel settore pubblico: nel 1993 il 50% delle pensioni del Fondo delle pensioni dei salariati privati erano inferiori a 1.200.000 lire al mese contro il 20% per il settore pubblico (Artoni Zanardi 1997, p. 271).

Le prestazioni contributive e legate al reddito costituiscono la maggioranza delle prestazioni dei sistemi di protezione sociale tedesco, francese e dei paesi dell'Europa del Sud: ma non sono le sole. Esistono anche delle prestazioni universalistiche e forfetarie, quali gli assegni familiari in Francia. Esistono anche delle prestazioni sotto condizione di reddito, destinate alle persone non coperte o che abbiano esaurito i loro diritti all'assicurazione sociale e che costituiscono l'ultima rete di sicurezza di questi sistemi. In Germania l'aiuto sociale che garantisce un reddito minimale alle persone in stato di bisogno e degli assegni mirati per categorie specifiche (handicappati, vedove, donne incinte, ...) (Ditch 1995, p. 380). In Francia esistono otto minimi sociali (*minima sociaux*) che rappresentano l'elemento assistenziale dei programmi assicurativi (minimo vecchiaia, assegno per disoccupati in ultima istanza [*en fin de droit*], ...), che affrontano situazioni particolari (genitori soli) o che garantiscono un reddito minimo per l'esistenza (*revenu minimum d'insertion*) (Palier 2002, p. 434). L'aiuto sociale è più lacunoso nei paesi dell'Europa del Sud. Se in Spagna esistono delle prestazioni assistenziali per la vecchiaia e per l'assistenza ai disoccupati, i programmi di reddito minimo sono però regionali e le loro modalità di funzionamento molto variabili: in alcune regioni le prestazioni sono accordate di diritto mentre in alcune altre sono attribuite in maniera discrezionale (Laparra Aguilar 1997, pp. 568-573).

Anche in Italia i programmi di reddito minimo sono regionali, ma le prestazioni assistenziali sono meno sviluppate: l'assistenza vecchiaia è recente e inesistente l'assistenza disoccupazione (Fargion 1997, pp. 594-599; Dell'Aringa Lodovici 1997, p. 487). In Portogallo il reddito nazionale minimo è stato creato nel 1996 mentre in Grecia è accordata una pensione alle persone anziane non assicurate e delle prestazioni supplementari vengono versate alle persone che abbiano dei bisogni particolari (Symeonidou 1997, p. 375).

## **I servizi sanitari e di aiuto alla persona**

In Europa esistono due grandi sistemi sanitari, uno che propone una copertura legata alla condizione lavorativa e l'altro che propone una copertura universalistica. Il primo corrisponde al sistema dell'assicurazione malattia, nel quale l'offerta di cure è «in parte privata (cure ambulatoriali in Francia), in parte pubblica (ospedali in Francia), in parte organizzata in seno alle casse dell'assicurazione malattia (Germania) [...] Le spese generate dalle cure sono in maggior parte prese in carico dalle differenti casse dell'assicurazione malattia e finanziate dalle contribuzioni sociali» (Palier 2001, p. 44). Il secondo sistema corrisponde al sistema nazionale sanitario, nel quale l'offerta di cure è organizzata dallo Stato e le cure dispensate gratuitamente a tutti i cittadini (copertura universalistica). Questo sistema è finanziato attraverso l'imposta.

Il prototipo di tutti i servizi sanitari nazionali europei è stato istituito in Gran Bretagna tra il 1946 e il 1948. Funziona secondo il principio dell'universalità e della gratuità<sup>39</sup>, anche se il principio di una partecipazione dei pazienti alle spese di alcune cure<sup>40</sup> è stato successivamente introdotto in ragione dell'incremento dei costi del servizio (Commission européenne 1995, p. 31; MiRe 1998, p. 24 e p. 162). Il modello britannico è stato seguito, in primo luogo, dai paesi nordici poi, a partire dalla fine degli anni Settanta, dai paesi dell'Europa del Sud. Le ragioni per le quali Italia, Portogallo, Spagna e Grecia sono passati da un sistema dell'assicurazione malattia ad un sistema sanitario nazionale sono numerose (Guillén 2001, pp. 209-210); Pinto 1997, pp. 149-150; Granaglia 1997, p. 198; Symeonidou 1997, p. 373). La riforma rispondeva, in prima istanza, ad un obiettivo di miglioramento sia dell'equità dell'accesso alle cure che della qualità delle cure. Mirava anche a porre rimedio ai deficit, all'inefficienza e alla mancanza di coordinamento delle strutture, essendo i servizi sanitari nazionali meno costosi e più facili da amministrare. Infine, la presenza di partiti di sinistra al potere che sostenevano il principio dell'universalità dei servizi di protezione e la preparazione dell'adesione alla Comunità Europea – che spingeva verso misure di estensione della copertura sociale – giocarono ugualmente un importante ruolo nell'adozione della riforma (Guillén 2001, pp.

---

<sup>39</sup> L'idea iniziale era che «nessuno doveva essere dissuaso dal rivolgersi ad un servizio sanitario per la mancanza di reddito» (MiRe 1998, p. 24).

<sup>40</sup> Per i farmaci, le cure dentistiche e i controlli oculistici. L'ospedalizzazione e i consulti presso i medici generici restavano gratuiti (MiRe 1998, p. 162)

221-222).

La messa in essere dei servizi sanitari nazionali si effettuò secondo modalità variabili a seconda dei paesi e la trasformazione fu più o meno compiuta. L'Italia e la Spagna sono i paesi nei quali la riforma fu più estesa e profonda<sup>41</sup> (Guillén 2001, p. 222). Le casse dell'assicurazione malattia sono state soppresse e l'insieme della popolazione integrata nel sistema sanitario nazionale. Occorre tuttavia sottolineare che in Italia le contribuzioni hanno continuato a finanziare circa la metà del servizio sino al 1998, mentre in Spagna i dipendenti pubblici (il 7% della popolazione) potevano scegliere di essere coperti dal sistema sanitario o da una assicurazione privata (Cabiedes Guillén 1999, p. 148); Guillén 2001, p. 211). In Portogallo e Grecia la trasformazione del sistema sanitario non fu completato e numerosi regimi dell'assicurazione malattia coesistono con il servizio sanitario nazionale. E', segnatamente, il caso del Portogallo, in cui i dipendenti pubblici /circa il 18% della popolazione) sono coperti dalle casse pubbliche dell'assicurazione malattia mentre il personale delle imprese pubbliche privatizzate negli anni Ottanta è coperto da casse private. Esistono anche gradi ineguaglianze legate all'ineguale ripartizione dei medici e delle strutture sul territorio. Infine, il peso del settore privato resta considerevole: nel 1987 «più dell'80% delle visite dei dentisti, il 70% degli esami di laboratorio e il 50% delle radiografie e consulti dagli specialisti erano realizzati nel settore privato» (Pinto 1997, pp. 150-151). Queste caratteristiche sono ancor più rilevanti nel caso della Grecia. La messa in essere del servizio sanitario nazionale nel 1983 non ha posto fine al sistema dell'assicurazione malattia e le casse, molto differenziate quanto al diritto alle prestazioni e al loro livello, hanno continuato a funzionare. Esiste anche una economia informale nella professione medica, compresa anche negli ospedali statali (Cabiedes Guillén 1999, p. 151; Symeonidou 1997, p. 374).

Numerosi elementi tendono a spiegare le differenze tra i sistemi sanitari dei paesi del Sud dell'Europa. In Italia e in Spagna la riforma fu tanto più semplice in quanto (a) il tasso di copertura della popolazione era già molto elevato (più del 90%), (b) il regime dell'assicurazione sociale aveva perduto la sua legittimità, (c) le regioni – di recente creazione – furono parte preminente di questo processo e (d) soprattutto perché una forte coalizione

---

<sup>41</sup> 44 In Italia la riforma del sistema sanitario venne posta in essere soprattutto con la legge votata nel 1978; in Spagna si svilupperà tra la fine degli anni Ottanta e i primi anni Novanta.



(regioni, sindacati, partiti della sinistra) – e più potente in Italia che in Spagna – era sostenitrice della riforma. Una situazione inversa prevaleva in Portogallo e in Grecia: la copertura della popolazione era più debole, i bilanci pubblici necessari alla riforma erano insufficienti e la presenza dei conservatori al potere – continua in Portogallo, alternata in Grecia – ha potuto rendere difficile l'applicazione di una riforma universalistica. E, soprattutto, la rilevanza del settore privato ha permesso ai medici di organizzare una efficace resistenza al nuovo sistema (Guillén 2001, pp. 221-223).

A lato dei servizi sanitari nazionali esistono altri tipi di servizi sociali destinati, principalmente, ai minori e alle persone anziane. Questi servizi sono più sviluppati nei sistemi detti *beveridgiani* che nei sistemi detti *bismarckiani*, che mettono maggiormente l'accento sui trasferimenti monetari.

Tabella 3: Ruolo dei servizi sociali in alcuni paesi europei nel 1990

	Rapporto servizi/trasferimenti monetari
Francia	0,12
Germania Ovest	0,16
Italia	0,06
Danimarca	0,33
Svezia	0,29

Fonte: Esping-Andersen (1997, p. 455).

La rilevanza dei servizi di aiuto alla persona, pubblici e universalistici, costituisce una caratteristica dei paesi nordici. Nel biennio 1995-96 tra l'11,2% (Svezia) e il 22,6% (Danimarca) delle persone anziane (con più di 65 anni) beneficiavano di un aiuto a domicilio mentre tra l'8 e il 9% tra questi vivevano in un istituto (Abrahamson 1999a, pp. 51-52). Anche le strutture di asilo nido sono molto sviluppate: nel 1996 accoglievano il 40% dei piccoli svedesi tra 0 e 2 anni e il 48% dei piccoli danesi. La proporzione scende al 23% per la Norvegia e al 22% per la Finlandia (*ibidem*, p. 55). Una comparazione con altri paesi dell'Europa permette, malgrado la sua scarsa precisione<sup>42</sup>, di rilevare l'importanza delle

<sup>42</sup> Questi dati sono forniti da Esping-Andersen (1997, p. 436): che li estrapola da studi pubblicati tra il 1990 e il 1994. L'età dei minori interessati non è indicata.

strutture di asili nido pubblici nei paesi nordici: in Germania l'1,4% dei giovanissimi è accolto in tali istituzioni; in Italia il tasso è del 5% (Esping-Andersen 1997, p. 436).

I servizi di aiuto alla persona risalgono in Scandinavia a partire dagli anni Cinquanta, per i servizi per le persone anziane, e gli anni Sessanta e Settanta, per i servizi per l'infanzia (Szebehely 1999, p. 419; Almquist Boje 1999, p. 307). Il loro sviluppo costituisce una risposta sia all'invecchiamento della popolazione che all'incremento della occupazione femminile e alla mobilitazione politica delle donne (Palme 2001, p. 58). Per Palme l'estensione dei servizi sociali è legata all'emergere di un terzo tipo di coalizione politica, una coalizione maschi/femmine che subentra alle coalizioni operai/impiegati e rurale/urbano (*ibidem*, p. 60). Essa riflette più ampiamente il modello familiare dello «Stato sociale» scandinavo fondato sull'uguaglianza dei sessi (cfr. il successivo capitolo III).

#### b. *La protezione sociale complementare*

La protezione sociale complementare può ricoprire una varietà di attori e forme di organizzazione. Questa comprende, in primo luogo, delle forme di protezione obbligatoria. E' il caso, in Francia, della pensione complementare degli assicurati del *régime général* della *Sécurité sociale*, gestita da casse di pensione complementare (Agirc per i quadri, Arcco per i non quadri) e la cui creazione è stata la contropartita dell'adesione dei quadri al *régime général* nel 1946 (Prost 2001, p. 38; Pollet Renard 1996, pp. 76-77). La pensione complementare obbligatoria esiste anche nel Regno Unito con la Serps, creata nel 1975 dai laburisti, riformata poi dai conservatori (vedi sopra). Ma la protezione sociale complementare riunisce soprattutto degli attori privati (nel senso largo del termine): la *mutualità*, le cui modalità di funzionamento differiscono a seconda dei paesi;<sup>43</sup> ma la cui vocazione è non lucrativa, le *compagnie assicurative* e altre istituzioni lucrative, le *imprese*. Possiamo anche aggiungervi le associazioni, cioè le famiglie, il cui ruolo in materia di riempimento delle lacune dello Stato sociale è particolarmente forte nell'Europa del Sud (vedi capitolo III).

---

<sup>43</sup> In Francia e Portogallo le mutue sono rette da un «codice della mutualità»; nel Regno Unito e Spagna funzionano sulla base del «codice dell'assicurazione». Le mutue condividono tuttavia delle caratteristiche comuni; sono tutte delle società di persone (e non di capitali) a scopo non lucrativo. Inoltre, salvo eccezioni (Danimarca), «esiste la libera scelta tra numerose mutue e l'adesione è facoltativa» (Dumont 1998, p. 119).

## 1. La mutualità

La mutualità ha giocato un ruolo fondamentale nella costruzione degli «Stati sociali» europei<sup>44</sup>. Secondo Southall gli elementi centrali dello Stato sociale britannico «sono stati costruiti dal basso, attraverso lo strumento dei regimi mutualistici nei quali i cittadini ordinari mettevano i loro redditi in comune al posto di trasferirli, allo scopo di ridurre i rischi legati alla salute, alla vecchiaia e al mercato del lavoro» (Southall 1995, p. 68). Un primo pilastro era costituito dalle *Friendly Societies*, che versavano le indennità ai loro membri principalmente in caso di malattia. I sindacati erano, da parte loro, principalmente specializzati nel settore dell'auto-aiuto in caso di disoccupazione<sup>45</sup>. La loro attività consisteva essenzialmente nell'aiutare gli operai a ritrovare un lavoro grazie a dei meccanismi più o meno sviluppati e a versare loro delle indennità di disoccupazione. Questo tipo di prestazioni si sviluppa dopo le crisi economiche degli anni intorno al 1840 e alcuni sindacati (meccanici, edili, tipografi) istituirono un sistema relativamente completo di assegni. L'*Amalgamated Society of Engineers* (ASE) versava, negli anni intorno al 1860, ai suoi membri delle prestazioni forfetarie progressivamente calanti, ma senza limitazioni di durata, in caso di malattia e di disoccupazione come anche degli assegni di invalidità, pensionistici, delle spese per i funerali e altre prestazioni discrezionali di beneficenza. Erogava inoltre un aiuto finanziario alla mobilità e all'emigrazione (*ibidem*, pp. 77-78). Lo sviluppo di questi sistemi di prestazione non è senza conseguenze sull'espansione del movimento mutualista e sindacale: nel 1913 la mutualità contava circa 7 milioni di membri mentre i sindacati toccavano, alla stessa data, circa 4 milioni di aderenti (*ibidem*, p. 71 e p. 79).

In Francia, contrariamente alla Gran Bretagna, mutualità e sindacati hanno formato due

---

<sup>44</sup> Per ragioni di tipo documentario saranno qui trattati solo i casi britannico, francese e tedesco. Il movimento mutualista non si è però limitato solo a questi paesi. In Svezia le società di mutuo soccorso si sono sviluppate lungo tutto il XIX secolo e, a partire dalle grandi riforme degli anni Quaranta, diventeranno l'organo regionale indipendente incaricato della gestione dell'assicurazione malattia obbligatoria (Olsson Hort 2001, p. 53). In Spagna lo sviluppo della mutualità data allo stesso periodo. E continua la sua espansione con la messa in essere delle normative dell'assicurazione sociale (anni Venti e Quaranta) ed acquisterà un carattere di complementarietà dopo la messa in essere della sicurezza sociale nel 1963 (Castillo 2001).

<sup>45</sup> Secondo Southall la malattia, la disoccupazione e la vecchiaia non costituiscono tre stati, quindi rischi, distinti ma sono strettamente incrociati. Viceversa, è vero che i sindacati britannici hanno giocato un ruolo inferiore a quello delle società di mutuo soccorso nella protezione malattia e che le mutue non hanno manifestato che un limitato interesse per la disoccupazione (Southall 1995, pp. 80-83).

entità distinte – e questo già dalla prima metà del XIX secolo. Esistevano in effetti due tipi di mutualità. La prima, principalmente implementata nei mestieri qualificati e in alcune grandi concentrazioni urbane, svolgeva simultaneamente delle attività di previdenza e di resistenza. La seconda, maggioritaria nel movimento mutualista, si consacrava quasi esclusivamente a delle attività di soccorso e di intra-aiuto contro i rischi della vita, essenzialmente in caso di malattia (Gibaud, 1995, p. 191) Questa separazione si accentuò durante il Secondo Impero, allorché le mutue operaie, rifiutandosi di essere sottoposte alle disposizioni dettate dal decreto del 1852 sulla mutualità, si trasformeranno – qualche anno dopo – nelle Camere sindacali (*Chambres syndicales*) e si istituzionalizzò nel 1884 con la legge che autorizzava l'associazione sindacale (*ibidem*, pp. 194-196). La mutualità, relativamente al ruolo di assicurazione malattia volontaria, si doterà nel 1898 di uno statuto che faciliterà il suo sviluppo. Resta il fatto che, con 2,5 milioni di soci nel 1911, la base restava limitata, soprattutto rispetto all'Inghilterra e alla Germania (*ibidem*, pp. 209-210).

Con l'adozione delle prime legislazioni sull'assicurazione sociale della fine del XIX secolo e degli inizi del XX secolo, la mutualità si integra in maniera differente all'interno degli «Stati sociali». In Gran Bretagna la continuità tra il sistema sindacale dell'assicurazione disoccupazione e l'assicurazione disoccupazione nazionale del 1911 è evidente sotto diversi aspetti: «In primo luogo, gli addetti dell'assicurazione disoccupazione istituiti dalla legge erano dei rappresentanti del *Board of Trade* che intrattenevano da lungo tempo dei contatti stretti con i sindacati, e numerosi dettagli sono stati improntati a l'ASE» (Southall 1995, p. 80). In secondo luogo, il sistema dell'assicurazione nazionale non copriva che un numero limitato di mestieri, quelli nei quali i sindacati erano più rappresentati. Infatti, «la legge non ha tanto esteso la copertura dell'assicurazione disoccupazione che sopprimeva il bisogno di aderire ad un sindacato per beneficiarne» (*ibidem*). Infine, il sistema nazionale dell'assicurazione disoccupazione e dell'assicurazione malattia conciliavano protezione obbligatoria e aiuto mutualistico volontario «nella misura in cui i sindacati e le società della previdenza erano invitate ad applicare la politica sociale» (Lewis 1995, p. 59). Più precisamente, le società mutualistiche funzionavano come *approved societies* all'interno del sistema dell'assicurazione nazionale (Southall 1995, p. 71). Dopo la guerra la messa in essere

delle riforma ispirate a Beveridge sopprimerà ogni partecipazione dei sindacati e delle società di previdenza, innescando il declino delle società mutualiste (Lewis 1995, p. 59; Southall 1995, p. 71).

In Francia la mutualità si pronuncia, in un primo tempo, contro il principio di una assicurazione sociale obbligatoria, che lo Stato sta per mettere in essere, prima di ammetterla come «mezzo per generalizzare la previdenza» (Gibaud 1995, p. 203). Essa sperava contrattando questa concessione di ottenere la gestione esclusiva del sistema delle pensioni operaie e contadine votato nel 1910 ed evitare così di essere soppiantata dalle compagnie assicurative private nel settore dei rischi pesanti. Questa speranza venne sconfitta: «il compromesso adottato si fondava sul principio di una affiliazione obbligatoria dei salariati interessati e la libertà di scelta dell'organismo assicurante» (Gibaud 1995, p. 204). Da quel momento la partecipazione delle mutue alla gestione delle pensioni fu reale ma limitata: alla fine del 1912 «solo 3.140 società mutualiste furono autorizzate a procedere all'incasso, cioè il 13% dell'insieme» (Dumons Pollet 1994, p. 357). Ugualmente, nel biennio 1928-30 le società mutualiste non rappresentavano altro che uno dei gestori delle casse assicurative tra gli altri. La Mutualità riuscì tuttavia ad ottenere due cose: da un lato, la sua opposizione, a fianco delle istituzioni padronali, fece capitolare il progetto governativo di costruzione di una rete unitaria di casse di iniziativa statale e conservare così il pluralismo delle casse; dall'altro lato, il principio di una organizzazione di casse sul modello mutualista fu recepito (Catrice-Lorey 2001, p. 65; Pollet Renard 1996, p. 69). La nascita della *Sécurité sociale* nel 1945 costrinse tuttavia le mutue a riposizionarsi nel campo della protezione sociale. Il processo di unificazione della casse non comportò la loro scomparsa, ma queste «si riposizioneranno a valle del dispositivo garantendo delle prestazioni complementari per la malattia o la vecchiaia» (Prost 2001, p. 37).

La Germania presenta un terzo modello dei rapporti tra la mutualità e lo Stato sociale. Come in Francia e in Inghilterra numerose casse di soccorso di ispirazione mutualista, operaia e padronale, erano state create dopo il 1840. In Prussia lo sviluppo della mutualità era stato incoraggiato alla metà del XIX secolo quando i comuni si erano ritrovati nell'incapacità di far fronte alle loro obbligazioni di soccorso (Kott 1996, p. 51). L'adozione delle leggi

sull'assicurazione sociale alla fine degli anni Ottanta, soprattutto in materia di assicurazione malattia, non comporterà la scomparsa delle casse di soccorso esistenti: queste ultime furono integrate nel nuovo sistema conservando in tutto le loro caratteristiche. Ogni cassa di assicurazione malattia si autogestiva in maniera autonoma nel rispetto del quadro legislativo.

Oggi il ruolo della Mutualità riflette il modo nel quale queste si sono inserite all'interno dello Stato sociale. In Germania le mutue hanno per compito di organizzare e di rimborsare le prestazioni in natura dell'assicurazione malattia obbligatoria (Dumont 1998, p. 119). In Francia hanno una funzione complementare, rimborsando le spese sanitarie a carico dell'assicurato. In Gran Bretagna il ruolo delle *friendly societies* è stato preso, nel settore sanitario, dalle compagnie di assicurazione a scopo non lucrativo<sup>46</sup>; queste ultime hanno un ruolo «alternativo», fornendo delle assicurazioni malattie private (*ibidem*, p. 131; MiRe 1998, p. 192).

## 2. La protezione dell'impresa

Seconda componente della protezione sociale complementare sono i regimi d'impresa. Questi ultimi giocano soprattutto un ruolo in Germania, dove non esiste un sistema complementare obbligatorio di pensioni, e in Gran Bretagna, in cui la pensione complementare obbligatoria esiste ma con libera scelta tra l'adesione alla Serps, ad un regime di impresa o anche, dal 1968, ad un piano individuale di risparmio pensione (*appropriate personal pension schemes*).

In Germania la protezione ad iniziativa padronale risale alla metà del XIX secolo: riguardava all'epoca solo «gli operai di alcune grandi imprese e le prestazioni versate erano spesso limitate, in particolare quando l'imprenditore non garantiva il mantenimento dei diritti» (Reynaud 1995, p. 226). Così, nel 1874, si contavano in Prussia 1931 casse di soccorso d'impresa, vale a dire solo il 3,6% delle imprese industriali con più di cinque operai. Il passaggio al carattere complementare ebbe luogo con l'instaurazione dell'assicurazione pensione nel 1889: le casse d'impresa furono autorizzate a proporre una pensione ai salariati non coperti dall'assicurazione obbligatoria e ad assicurare una pensione complementare ai

---

<sup>46</sup> 50 Tre grandi compagnie dominano il mercato dell'assicurazione malattia privata: la BUPA (*British United Private Association*), la PPP (*Private Patient Plan*) e la WPA (*Western Provident Association*).

beneficiari del regime legale (*ibidem*).

Dopo un periodo molto difficile all'indomani della Prima Guerra Mondiale, in particolare a causa della fortissima inflazione, le casse d'impresa conobbero una fase di espansione dalla metà degli anni Cinquanta alla metà degli anni Settanta. Successivamente la tendenza è alla stagnazione sia del numero degli affiliati sia del livello delle prestazioni. Nel 1987 si stimava che il 42% della popolazione attiva del settore privato era affiliata ad un regime di impresa; relativamente all'ammontare della pensione questo rappresentava, alla stessa data, circa il 20% della pensione percepita a titolo del regime legale (*ibidem*, pp. 228-229). Questi dati riflettono il peso devoluto alla protezione d'impresa nel campo della protezione sociale tedesca: i regimi d'impresa sono cresciuti «nell'ombra» dell'assicurazione sociale legale, che costituiscono la gran parte delle pensioni e il cui livello è relativamente elevato (*ibidem*, p. 225).

Differente è il caso della Gran Bretagna, dove la protezione sociale d'impresa è stata più favorita. Come in Germania i regimi d'impresa sono stati messi in essere a partire dalla metà del XIX secolo dagli imprenditori più importanti (Governo centrale, grandi municipalità, compagnie ferroviarie e del gas) (Reynaud 1995, p. 235). Si sono poi estese ad altri settori (banche, assicurazioni, industrie manifatturiere, ecc.) ed hanno rapidamente soppiantato le casse sindacali e le *friendly societies*. La messa in essere del sistema dell'assicurazione nazionale nel 1946 non ha frenato lo sviluppo dei regimi d'impresa: al contrario, questi hanno proseguito il loro successo, nutrendosi «della debolezza del dispositivo pubblico e della sua logica uniformante» per completarle (*ibidem*, p. 237).

I regimi d'impresa non disparvero alla creazione, nel 1959, della pensione complementare nel quadro dell'assicurazione nazionale. Si sono visti offrire la «possibilità dell'esenzione dall'affiliazione, quindi della contribuzione, a questo nuovo regime per i loro propri affiliati a condizione che garantissero loro delle pensioni almeno eguali al massimo proposto da queste» (procedura del *contracting out*) (*ibidem*, p. 238). Tuttavia il livello delle contribuzioni e delle prestazioni del nuovo regime pubblico era talmente basso che la gran parte dei regimi d'impresa non hanno avuto buon gioco ad adottare il sistema di esenzione dall'affiliazione.

Questa procedura è però rimasta ed è stata ridefinita dai laburisti all'atto della messa in

essere del Serps: per uscire dal regime complementare pubblico i regimi d'impresa dovevano tuttavia garantire ai loro affiliati il versamento di una pensione equivalente a quella versata dalla Serps – a parità di condizioni. Contrariamente al 1959 le imprese hanno, in maggioranza, utilizzato questa possibilità dell'esenzione e hanno spesso proposto ai loro salariati delle pensioni più elevate (*ibidem*, p. 238; Dumont 1998, p. 227).

Nel 1986, sotto il Governo Thatcher, i salariati si sono visti offrire una terza possibilità di pensione complementare obbligatoria: *il piano di pensione individuale aggregato*, contrattato presso un organismo finanziario. La formula ebbe un grande successo, non ha danno dei regimi di impresa ma del Serps<sup>47</sup>. Nel 1983 questo raggruppava il 48% dei salariati, la proporzione calò al 25% nel 1996. Relativamente ai regimi di impresa resteranno prossimi al loro livello del 1979, cioè circa il 50% della popolazione (Dumont 1998, p. 229)

Se tra tutta la popolazione britannica affiliata ad un regime d'impresa osserviamo solo i salariati del settore privato, il tasso di copertura della protezione d'impresa si avvicina sensibilmente a quello tedesco (il 38% contro il 42% nel 1987). I due paesi condividono anche altre caratteristiche comuni: la protezione d'impresa riguarda così più gli uomini che le donne, i salariati delle grandi imprese, i lavoratori qualificati e quelli dell'industria piuttosto che quelli del commercio (Reynaud 1995, p. 248). Resta il dato che le prestazioni sono più elevate nel regno Unito che in Germania, e questa differenza è legata a quella dei dispositivi pubblici legali o di base (pensioni più elevate in Germania, debole e forfetaria in Gran Bretagna).

### 3. Le associazioni

Le associazioni costituiscono il terzo attore che interviene nel settore della protezione sociale. Esse hanno giocato, come la mutualità e le imprese, un ruolo nella costruzione degli «Stati sociali». E', in particolare, il caso dei paesi nordici, spesso definiti delle «società organizzative» e nelle quali l'associazione fa storicamente parte del «repertorio dell'azione collettiva» (Alapuro 1999, p. 109).

In Svezia le associazioni hanno cominciato a svilupparsi a partire dai primi anni del XIX

---

<sup>47</sup> Era, del resto, l'obiettivo del governo Thatcher.



secolo e lo Stato, al contrario ad esempio della Francia, non si è opposto a questo processo. Intorno al 1880 il paesaggio associativo svedese era dominato da una particolare forma di organizzazione, i «movimenti popolari», che comprendevano i gruppi religiosi dissidenti (revivalisti cristiani), il movimento per la temperanza e il movimento operaio (*ibidem*, p. 109). Questi movimenti, che erano egualitaristi e «condividevano un ideale comune di competenza individuale», hanno svolto un ruolo fondamentale nella democratizzazione del paese<sup>48</sup>. Accadde lo stesso in materia di protezione sociale: in effetti è all'interno dei movimenti revivalisti cristiani e di lotta contro l'alcolismo che l'idea dell'assicurazione sociale ha cominciato a germinare e a diffondersi nelle comunità locali (Olsson Hort 2001, p. 50).

Contemporaneamente si sono sviluppate altre associazioni caritatevoli e filantropiche, come anche una «moltitudine di associazioni più piccole, specializzate nell'assicurazione malattia» (Jeppsson Grassman 1999, p. 655).

Con la messa in essere dello Stato sociale svedese, in particolare negli anni 1930-1940, le associazioni hanno sempre meno partecipato alla protezione sociale. Esse hanno investito altri settori che lo Stato tendeva a trascurare, segnatamente lo sport, il tempo libero o la cultura (*ibidem*, pp. 654-655). Il settore associativo resta tuttavia molto sviluppato in Svezia<sup>49</sup> e le associazioni continuano ad operare nel settore dell'auto-aiuto, delle cure e dei servizi sociali.

Troviamo in primo luogo le grandi organizzazioni umanitarie e cristiane di antica fondazione - Croce Rossa, Esercito della Salvezza, Missione della Chiesa svedese a Stoccolma - che partecipano a degli accordi di fornitura di servizi professionali in settori mirati (aiuto ai senza fissa dimora, programmi destinati ai rifugiati, sostegno alle donne emarginate (*ibidem*, p. 659). Troviamo anche un insieme di associazioni fondate sul principio dell'adesione, dell'auto-organizzazione e del in-traiuto (associazioni di malati e di handicappati, associazioni familiari, di pensionati, ...), che conducono delle azioni di gruppi di pressione e propongono degli aiuti ai loro membri. Tuttavia il ruolo delle associazioni in quanto prestatori di servizi e funzionati in partenariato con le autorità locali - benché, da una dozzina d'anni, incoraggiato - è poco sviluppato. I servizi sociali di aiuto alla persona restano

---

<sup>48</sup> Ricordiamo che il suffragio universale maschile in Svezia è stato istituito nel 1909.

<sup>49</sup> La Svezia conta, in effetti, 20.000 associazioni per 8,8 milioni di abitanti; in Francia, la cui popolazione è di 58 milioni di abitanti, il numero delle associazioni è di circa 700.000 (Jeppsson Grassman 1999, p. 649).

assicurati dalle municipalità.

In Francia, in cui il ruolo delle associazioni in materia di fornitura di servizi sociali è molto più importante, la situazione è molto diversa. L'aiuto a domicilio, ad esempio, proviene in grande parte dalle associazioni tanto che il 55% delle persone anziane accolte in istituti lo sono in delle strutture gestite da parte di organizzazioni a scopo non lucrativo<sup>50</sup>. Il settore associativo ha anche un quasi monopolio sull'accoglienza in istituto degli adulti e minori handicappati (*ibidem*, p. 652). Questa crescita del potere delle associazioni è stata contemporanea dell'arrivo al potere del governo socialista nel 1981: «in uno spirito di nuova solidarietà, un partenariato con le associazioni era allora considerato come essenziale» (*ibidem*, p. 648). In più, la decentralizzazione instaurata nel 1983 ha conferito ai comuni delle responsabilità più estese nel settore dei servizi sociali e «il settore associativo è stato via via sempre più invitato a lavorare con i comuni su una base contrattuale», soprattutto per i programmi di reinserimento (*ibidem*). Questo nuovo contesto è stato propizio alla creazione di nuove associazioni che operano a lato delle grandi organizzazioni caritatevoli di antica creazione (*Secours populaire, Secours catholique, ATD Quart-Monde, Croix-Rouge...*).

Il ruolo delle associazioni caritatevoli è pregnante anche nell'Europa del Sud. Si tratta quindi di supplire alle lacune dell'aiuto sociale. Così in Spagna 8 milioni di peseta erano, nel 1987, state distribuite dalla comunità catalana a titolo di soccorso mentre la Caritas (diocesi di Barcellona) ne aveva erogate 65 milioni. Questa organizzazione è integrata anche all'amministrazione dei soccorsi pubblici: a Barcellona essa gestisce e sorveglia molte delle prestazioni non contributive quali il Fondo di aiuto sociale (Ditch 1995, pp. 391).

L'importanza del soccorso caritatevole caratterizza anche l'Italia e la Grecia, in cui l'azione privata in favore delle famiglie e di lotta contro la povertà è fatta essenzialmente dalla Chiesa (*ibidem*, p. 388; Symeonidou 1997, p. 384).

### *c. La gestione dei sistemi di protezione sociale*

Relativamente alla gestione e al finanziamento degli «Stati sociali» europei possono essere

---

<sup>50</sup> In Germania le associazioni forniscono una gran parte dei servizi sociali. Il 60% dei letti in istituti di lungodegenza, sanitari o meno, sono forniti da associazioni (Ditch 1995, p. 382).

distinti due grandi sistemi. Può trattarsi sia di una gestione statale con un finanziamento attraverso l'imposta sia di una gestione attraverso le parti sociali (rappresentanti dei lavoratori e degli imprenditori) con un finanziamento fondato sulle contribuzioni sociali. I paesi nordici e il regno Unito si collocano, in gran parte, nella prima categoria mentre la Francia e la Germania appartengono alla seconda. Quanto ai paesi dell'Europa del Sud essi si caratterizzano per una formula mista di gestione e di finanziamento.

### 1. Il finanziamento dei sistemi di protezione sociale

L'imposta costituisce l'entrata principale dei sistemi di protezione sociale dei paesi nordici e della Gran Bretagna. Il suo peso varia, tuttavia, secondo i paesi. La fiscalizzazione dei sistemi di protezione sociale è particolarmente forte in Danimarca (76%) e Gran Bretagna (61%); lo è in minore proporzione per la Svezia (57%) e la Finlandia (51%), dove la quota restante di spese è supportata essenzialmente dalle contribuzioni degli imprenditori. I sistemi francese e tedesco di protezione sociale sono, al contrario, finanziati principalmente dalle contribuzioni degli imprenditori e dei lavoratori (69% e 77%).

Questa formula di finanziamento caratterizza anche i sistemi italiano e spagnolo, ma i pesi delle contribuzioni imprenditoriali è più pregnante. In Portogallo invece le entrate provengono dai contributi sociali ma anche, e in gran parte, dall'imposta (contribuzioni pubbliche: 30%; altre entrate: 11%)

La struttura del finanziamento dei sistemi di protezione sociale riflette in gran parte le formule delle prestazioni offerte; in generale, le prestazioni universali, i servizi sanitari nazionali e le prestazioni sotto condizione di reddito sono finanziate attraverso l'imposta; al contrario il finanziamento delle prestazioni contributive provengono soprattutto dai contributi sociali (Commission européenne 1993, pp. 18-30). Le regole non sono però esclusive. In Gran Bretagna una frazione dei contributi sociali contribuisce a finanziare il servizio sanitario nazionale (Commission européenne 1995, p. 30). In Danimarca il finanziamento dell'assicurazione di disoccupazione è assicurata in parte attraverso i contributi sociali ma anche, per la gran parte, dal bilancio dello Stato (Commission européenne 1993, p. 23). Nei paesi dell'Europa del Sud una parte delle contribuzioni sociali è destinata al servizio sanitario

nazionale. In Germania gli assegni familiari sono finanziati dall'imposta (André 1996, p. 242).

In effetti, e benché si registrino forti disparità, si osserva - dopo il 1980 - una certa convergenza nelle strutture del finanziamento dei sistemi di protezione sociali europei (Drees 1999, pp. 113-118). Una prima tendenza è il ricorso crescente alle entrate di origine fiscale<sup>51</sup>. E' il caso dei paesi nei quali il peso della fiscalizzazione era già rilevante (Regno Unito). E' soprattutto il caso dei paesi che hanno «recentemente» trasformato il loro sistema dell'assicurazione malattia in sistema sanitario nazionale: i paesi dell'Europa del Sud registrano così la maggiore progressione della parte di entrate di origine fiscale. E', infine, il caso della Germania che ha fiscalizzato al 20% le entrate dell'assicurazione vecchiaia e della Francia che ha istituito, nel 1991, la *Contribution sociale généralisée* (CSG) (Dumont 1998, p. 274; Palier 2002, pp. 337 e segg.)

Tabella 4: Struttura del finanziamento delle spese di protezione sociale nel 1995 (in %)

	Contribuzione sociale a carico degli imprenditori	Contribuzione sociale a carico delle persone protette	Contribuzione pubblica e altre entrate
Germania	40,0	29,0	31,0
Francia	50,0	27,0	23,0
Regno Unito	25,0	14,0	61,0
Svezia	38,0	5,0	57,0
Danimarca	10,0	14,0	76,0
Finlandia	35,0	14,0	51,0
Italia	49,0	18,0	33,0
Spagna	52,0	15,0	33,0
Portogallo	30,0	19,0	51,0

Fonte: Drees (1999).

La seconda tendenza è l'abbassamento relativo delle contribuzioni imprenditoriali. «spesso compensate attraverso un aumento del peso delle contribuzioni delle persone protette» (Drees 1999, p. 113). Questa è particolarmente forte nei paesi dell'Europa del Sud, nei quali le contribuzioni imprenditoriali rappresentavano più della metà delle entrate della protezione

<sup>51</sup> Ad eccezione della Danimarca.

sociale agli inizi degli anni Ottanta. La diminuzione è stata così di 20 punti in Portogallo e di 10 punti in Grecia (*ibidem*, p. 118).

## 2. Stato e/o parti sociali: i gestori dello Stato sociale

Le strutture del finanziamento dei sistemi di protezione sociali europei sono anche da collegare con le formule organizzative e gestionali. Nei paesi che privilegiano il finanziamento attraverso l'imposta la responsabilità della gestione appartiene essenzialmente allo Stato; è assicurata dalle parti sociali nei sistemi che si fondano sulle contribuzioni sociali.

### **I sistemi a gestione statale**

Il ruolo dello Stato è fondamentale nei sistemi di protezione sociale dei paesi nordici e del Regno Unito: le decisioni e le misure di regolamentazione sono emanate dal Governo e/o dal Parlamento (Palier 2002, p. 146).

Il sistema britannico di *welfare* è fortemente unificato e centralizzato. Tutte le competenze attengono al *Department of Social Security* (Ministero della sicurezza sociale), che è «responsabile della politica e dell'amministrazione delle prestazioni di protezione sociale» (MiRe 1998, p. 81). La messa in essere è assicurata attraverso le rappresentanze locali della *Benefits Agency*, organismo quasi-indipendente<sup>52</sup> che versa la maggior parte delle prestazioni della sicurezza sociale (pensioni di vecchiaia, assegni di invalidità, *Income Support*).

Alcune prestazioni (*Family Credit*, *Child Benefit*) sono però gestiti in maniera centralizzata: le agenzie locali inviano le domande di prestazioni a livello dei centri nazionali senza trattarle direttamente (MiRe 1998, p. 43). Questo quadro unificato, statale e centralizzato, si iscrive direttamente nella linea del Piano Beveridge e del suo principio dell'unità. Si trattava di rompere con la logica delle *Poor Laws*, gestite a livello locale e in maniera dispersiva (*ibidem*, p. 82). Così facendo, e per delle ragioni tecniche e finanziarie, Beveridge rompeva anche con una lunga tradizione di autonomia delle istituzioni e di

---

<sup>52</sup> La *Benefits Agency* è una creazione relativamente recente. Sino ad allora i rappresentanti del *Department of Social Security* erano dei funzionari statali.

responsabilità degli assicurati<sup>53</sup> (Kerschen 1995, p. 144). Oggi «le parti sociali e i beneficiari non partecipano altro (e unicamente a titolo consultivo) che al processo di gestione o di decisione» (Commission européenne 1995, p. 31). I servizi sociali delle autorità locali sono però responsabili dei servizi di aiuto alla persona e hanno visto, dopo il 1990, accrescersi il loro ruolo nel quadro della riforma del servizio sanitario nazionale e dell'istituzione della *Community Care* (Knapp Wistow 1995, p. 258).

Il ruolo delle parti sociali è più importante nei paesi nordici<sup>54</sup> ma la gestione della loro protezione sociale resta statale. Questa è anche più decentralizzata che in Gran Bretagna. È segnatamente il caso della Danimarca dove, dagli anni Settanta, «tutte le prestazioni sociali sono gestite ed erogate da servizi sociali speciali nelle collettività locali (*Kommune*)» (Commission européenne 1993, p. 22). La decentralizzazione è tale che i politologi parlano oggi di «Stato sociale locale» (Hansen 1999, p. 609). E comparativamente il sistema svedese appare più centralizzato. Le prestazioni sono tutte regolamentate dallo Stato: l'adozione delle leggi e dei bilanci (ammontare delle prestazioni, condizioni per l'attribuzione, giorni di insolvenza) sono di competenza del Parlamento e il Governo gioca un ruolo attivo nella regolamentazione della sicurezza sociale a livello nazionale. Il sistema lascia tuttavia posto alla presa di decisione a livello locale e segnatamente agli uffici regionali dell'assicurazione sociale, organismi semi-pubblici e indipendenti posti sotto la direzione di rappresentanti eletti, incaricati della gestione delle prestazioni e della messa in essere della politica in materia di assicurazione sociale (Olsson Hort 2001, pp. 54-56).

L'amministrazione degli «Stati sociali» dell'Europa del Sud comporta anche una componente statale, soprattutto nel settore delle cure sanitarie. In Italia e in Spagna la gestione del sistema sanitario nazionale è decentralizzato: la decentralizzazione che ha preceduto la creazione di un servizio sanitario nazionale ha in effetti conferito alle Regioni un ruolo essenziale nel controllo e la fornitura di cure (Guillén 2001, p. 221). Le competenze possono

---

<sup>53</sup> Attraverso la scappatoia dei comitati dell'assicurazione locali, dei sindacati o delle società accreditate (Harris 1995, p. 169).

<sup>54</sup> Nei paesi scandinavi le politiche sociali (salario, livello di protezione sociale) «sono il più delle volte inquadrati attraverso accordi nazionali globali tra Stato e parti sociali, le misure concrete riguardano la protezione sociale e sono lasciate all'iniziativa del Governo e discusse in Parlamento» (Palier 2002, p. 146).

tuttavia variare in funzione delle Regioni. Ad esempio, in Spagna 7 regioni<sup>55</sup> sulle 17 comunità autonome dispongono di piene competenze politiche nel settore della sanità (sviluppo legislativo delle leggi di base dello Stato centrale e piene competenze riguardanti la loro applicazione). Le altre 10 restano inquadrare, sul piano legislativo e amministrativo, attraverso gli organismi dello Stato centrale (Rico 1998, pp. 227-228).

### **La gestione attraverso le parti sociali**

Anche le casse professionali e le parti sociali giocano un ruolo importante nei sistemi di protezione sociale dei paesi dell'Europa del Sud e un ruolo preponderante in Francia e in Germania (Commission européenne 1995). In questi due paesi l'amministrazione della sicurezza sociale appartiene a degli organismi autonomi rispetto allo Stato, gestiti dai rappresentanti degli imprenditori e dei lavoratori. Questo modello di gestione «attraverso le parti sociali» si basa su una scelta storica<sup>56</sup>. In Germania l'autogestione delle casse dell'assicurazione sociale appartiene al progetto della costituzione della «comunità nazionale armoniosa» auspicata da Bismarck e diventata presto un «campo di apprendimento della responsabilità e della concertazione» e, nel contempo, un campo di influenza privilegiata della socialdemocrazia (Kott 1996, p. 50; Hudemann 2001, p. 225). In Francia il principio della «gestione da parte degli interessati» è stato affermato con forza dagli ideatori della *Sécurité sociale* come il mezzo per favorire l'emancipazione dei lavoratori (Palier 2002, p. 87).

La rappresentatività delle parti sociali in seno agli organismi dell'assicurazione sociale è evoluta man mano a misura della costruzione dei sistemi di protezione sociale. Nell'assicurazione sociale di Bismarck la partecipazione dei lavoratori, dei datori di lavoro e anche dello Stato era funzione della loro rispettiva contribuzione al finanziamento del dispositivo (Ritter 1996, p. 29). La rappresentatività dei datori di lavoro era preponderante anche nell'assicurazione contro gli infortuni, mentre quella dei lavoratori era dominante nelle casse dell'assicurazione malattia. All'interno dell'assicurazione pensione era invece maggioritaria l'influenza dello Stato. Nel 1951 venne instaurata la parità della rappresentanza tra gli assicurati e i datori di lavoro, e non sarà rimessa in causa successivamente (Catrice-

---

<sup>55</sup> E cioè Andalusia, Paesi Baschi, Catalogna, Galizia, Navarra, la regione di Valencia e le Isole Canarie.

<sup>56</sup> Cfr. cap I.

Lorey 2001, p. 77). Diversamente accade in Francia, dove il legame paritario appare più fragile. La storia della protezione sociale è, in effetti, segnata da una pluralità di modelli di gestione delle istituzioni, sperimentati in quadri diversi (Pollet Renard 1996). Agli inizi del XX secolo, all'epoca dell'istituzione dell'assicurazione pensione, la tendenza è verso il tripartitismo Stato-assicurati-datori di lavoro; le assicurazioni sociali del 1928-1930 consacrano il principio di una organizzazione mutualista delle casse, con una rappresentatività dei beneficiari e dei datori di lavoro ammessi a titolo onorario, ma senza rappresentatività statale. Nel 1946 gli organismi della *Sécurité sociale* sono composti dai rappresentanti degli assicurati nella proporzione dei tre quarti e di un quarto dei datori di lavoro. Un paritarismo stretto beneficiari datori di lavoro viene stabilito nel 1967: questo cambiamento rispondeva ad una rivendicazione dei datori di lavoro che faceva della gestione paritaria, sperimentata già nel quadro della protezione contro la disoccupazione e delle pensioni complementari, un «contromodello» alla gestione maggioritariamente sindacale adottata nel 1946 (Pollet Renard 1996, pp. 80-81). Il paritarismo fu sentito dalle organizzazioni sindacali come uno «spossessamento»: alcune (CGT, CFDT) lo rifiutarono, praticando «una partecipazione senza gestione», altre (FO) lo accettarono e si misero in gioco (Catrice-Lorey 2001, p. 77; Pollet Renard 1996, p: 82). Il paritarismo «appesantito dalle tensioni» funzionerà sino al 1982, data nella quale le organizzazioni sindacali ritroveranno la loro posizione maggioritaria (Catrice-Leroy 2001, p. 77).

Se l'evoluzione della gestione delle istituzioni della sicurezza sociale è segnata, in Francia come in Germania, dalla scomparsa dell'attore statale deve essere, però, posta la questione del ruolo di questa cerniera nella gestione del sistema. Su questo piano esistono delle notevoli differenze tra i due paesi. In Germania la gestione attraverso le parti sociali è veramente reale e l'intervento dello Stato si limita ad un controllo di legalità (Palier 2002, p. 147); in Francia lo Stato «non si accontenta di essere garante del sistema, esercita una tutela più forte e interviene direttamente» (Döhler Hassenteufel 1996, p. 276). Un esempio di ciò è rappresentato dal caso dell'assicurazione malattia: è lo Stato, e non le casse come in Germania, che fissa l'ammontare delle contribuzioni; ed esercita anche un controllo stretto sul funzionamento delle casse, avendo la «possibilità di sospendere le decisioni delle casse» o di



controllare innanzitutto i bilanci. Infine, lo Stato è molto presente nella negoziazione tra le casse dell'assicurazione malattia e i medici: egli sceglie i sindacati dei medici abilitati a partecipare alla negoziazione e inquadra rigidamente le negoziazioni. Queste ultime non interessano tutti i settori: il ventaglio degli atti sanitari sfugge così alla negoziazione collettiva, «contrariamente alla Germania, dove è fissata da una commissione paritaria casse-medici» (*ibid*, pp. 276-277). Questa situazione deriva da un processo di potenziamento delle capacità di decisione e di intervento dello Stato, processo avviato dalla fine degli anni Cinquanta. Ed è stata permessa dalla fragilità strutturale del legame paritario, forgiato nella divisione sindacati operai/datori di lavoro e tra i sindacati operai (Palier 2002, p. 146 e p. 353; Catrice-Lorey 2001, p. 77).

### Capitolo III

#### **Donne, famiglie e «Stati sociali»**

Se la classificazione proposta da Esping-Andersen ha permesso di orientare in maniera decisiva la ricerca comparativa sugli «Stati Sociali», essa è stata anche molto messa in discussione. Una delle critiche più radicali è quella prodotta dal «movimento femminista critico» che ha rimproverato a Esping-Andersen di non aver tenuto sufficientemente conto della famiglia, dell'organizzazione della vita privata e delle relazioni tra i maschi e le femmine (Merrien 1997, p. 90; Martin 1997, p. 344). In effetti, la demercantilizzazione – concetto centrale nell'analisi del sociologo svedese, suppone come preliminare la mercantilizzazione; in altri termini, «prima di poter beneficiare di differenti prestazioni dello Stato sociale» è necessario, in primo luogo, essere stati mercantizzati, vale a dire essere diventato una forza di lavoro «di valore» (Ostner Lessenich 1996, p. 186). Ora, negli «Stati sociali» i «diritti individuali di demercantilizzazione» sono molto inegualmente ripartiti, «nella misura in cui le opportunità di accesso delle persone e delle categorie di persone alla mercantilizzazione sono tutt'altro che eguali», in particolare per gli uomini e le donne (*ibid*). Bisogna quindi integrare nell'analisi comparata dei sistemi di protezione sociale la situazione propria delle donne. J. Lawis ha così proposto un'altra classificazione degli «Stati sociali» in funzione della partecipazione delle madri al mercato del lavoro, del campo e della natura dell'integrazione delle donne nei regimi di protezione sociale e dell'esistenza o meno di servizi di presa in carico dei figli (Ostner 2001, p. 157). Questi criteri la portano a distinguere dei sistemi di protezione sociale che privilegiano il «modello di sostegno della famiglia maschile» (*male breadwinner model*), dei sistemi che hanno sviluppato un «modello di sostegno parentale» (*parental model*) e dei sistemi che promuovono un «modello di famiglia a due redditi» (*two breadwinner family*) (Martin 1997, p. 344 ). Anche altri lavori di ispirazione femminista si sono interessati al modo in cui le persone incaricate di erogare delle cure ai minori e alle persone in stato di dipendenza (*carers*), come anche alle stesse persone in stato di dipendenze, sono trattate nei differenti regimi di protezione sociale (Ostner 2001, p. 158). Venivano così integrati l'aiuto e le cure fornite gratuitamente dalla famiglia, come anche il

modo in cui gli individui si investono nella famiglia (Lewis 1997, p. 334).

La *gender critics* non è stata la sola a porre in questione la pertinenza della classificazione di Esping-Andersen; anche altri lavori hanno discusso la pertinenza dei raggruppamenti effettuati (Merrien 1997, p. 92). Prendendo in analisi sia il caso francese che quello tedesco F. Schultheis (1996) ha così mostrato come le politiche per la famiglia possano divergere da un sistema ad un altro, come anche all'interno di uno stesso Stato sociale. La famiglia, le politiche per la famiglia e le relazioni tra i maschi e le femmine appaiono quindi come fattori discriminanti dei regimi di protezione sociale. Occorre fare il punto su questa questione esaminando le diverse prestazioni familiari, i differenti modelli familiari degli «Stati sociali» ai quali questi rinviano poi le loro incidenze in materia di occupazione delle donne e della lotta contro la povertà dei minori.

#### a. *La diversità delle politiche per la famiglia*

Le spese destinate alla famiglia sono molto variabili secondo i paesi europei. Nel 1995 la quota delle prestazioni per la famiglia all'interno del Pil varia, in effetti, dallo 0,4% per la Spagna al 4,2% per la Finlandia. Questo scarto riflette la divergenza esistente tra l'Europa del Nord e l'Europa del Sud<sup>57</sup>: globalmente, i paesi nordici destinano alla famiglia la quota più importante della loro ricchezza nazionale mentre i paesi del Sud vi destinano la parte più bassa (Drees 1999, p. 139). E la struttura delle prestazioni per la famiglia è molto diversificata. Le prestazioni in fattispecie<sup>58</sup> dominano largamente in Francia (85,9% dell'insieme delle prestazioni per la famiglia), nel Regno Unito (79,6%) e in Spagna (79,2%) mentre le prestazioni in natura sono molto importanti in Danimarca (52,1%), in Svezia (46,6%) e in Italia (46,2%). Occorre, infine, menzionare la quota molto significativa di prestazioni sotto condizione di reddito nel Regno Unito (55,7% dell'insieme delle prestazioni

---

<sup>57</sup> Cfr. tabella 2.

<sup>58</sup> Le prestazioni in *natura* comprendono «le prestazioni legate alla nascita o ai figli in tenera età (indennità giornaliera di maternità, premi di natalità, congedi parentali), le prestazioni legate all'allevamento dei figli (assegni familiari), le prestazioni che coprono dei rischi particolari (monoparentalità, invalidità) e, infine, dei supplementi versati ai beneficiari di altre prestazioni sociali (disoccupazione, invalidità, pensione) quando questi hanno dei figli a carico. Contrariamente alle prestazioni in *natura* concesse senza che il beneficiario non abbia da giustificare delle spese effettive, le prestazioni in natura sia dei rimborsi di beni e di servizi sia la fornitura gratuita o a prezzi ridotti di beni o di servizi» (Drees 1999, p. 151). Tutte le cifre riportate datano al 1995.

per la famiglia) e in Italia (46,7%) mentre queste ultime sono quasi inesistenti nei paesi nordici<sup>59</sup> (*ibid.*, pp. 144-146).

### 1. Il sostegno economico alle famiglie con figli

Tutti gli Stati europei concedono ai loro cittadini degli assegni familiari: nella gran parte dei paesi questi rappresentano «l'elemento centrale dei dispositivi messi in essere per aiutare le famiglie» (*ibidem*, p. 148). Gli assegni familiari sono stati istituiti in differenti momenti storici a seconda dei paesi. In Francia sono, in primo luogo, apparsi ad iniziativa dei datori di lavoro prima di essere istituzionalizzati nel 1932<sup>60</sup> (Strobel 2001, p. 201). In Spagna sono stati introdotti durante il regime franchista nel 1938 e completati nel 1945 (Valiante 1997, p. 393).

Nella maggioranza degli altri paesi europei gli assegni familiari sono una creazione successiva alla seconda guerra mondiale: sono apparsi in Gran Bretagna nel 1945 nel quadro del Piano Beveridge (MiRe 1998, p. 56), nel 1946 in Norvegia, nel 1947 in Svezia e nel 1950 in Danimarca (Skrede 1999, p. 197; Greve 1999, p. 272). In Germania gli assegni familiari sono stati istituiti sotto il Terzo Reich nel 1935<sup>61</sup>; vennero poi aboliti dai governi alleati di occupazione alleati e reintrodotti nel 1954 (Abelshausen 1996, p. 133).

Le caratteristiche degli assegni familiari sono estremamente diverse a seconda i paesi (Drees 1999, pp. 147-148)<sup>62</sup>. Sono versati, generalmente, a partire dal primo figlio – ad eccezione della Francia che attribuisce questa prestazione a partire dal secondo figlio – e normalmente sino ai 18 anni, salvo in Finlandia (17 anni), in Svezia e nel Regno Unito (16 anni) e in Portogallo (15 anni). Di solito gli assegni familiari riguardano tutte le famiglie con uno o più figli; tuttavia fanno eccezione la Spagna - che ne subordina la concessione ad una condizione di reddito<sup>63</sup> – come anche l'Italia e la Grecia – paesi nei quali l'ammontare degli assegni è zero, cioè nullo, per le famiglie che dispongono di un reddito superiore ad un certo tetto. L'ammontare degli assegni familiari può essere funzione di diversi fattori. In Francia e

---

<sup>59</sup> Danimarca: 2,7%; Svezia: 0,1%; Finlandia: 3,2%.

<sup>60</sup> La legge del 1913 sull'assistenza alle famiglie numerose prevedevano tuttavia già un aiuto alle famiglie con più di cinque figli (Greve 1999, p. 272).

<sup>61</sup> Si tratta di un premio mensile di 10 Reichmarks per il sesto figlio e per ogni figlio successivo al sesto.

<sup>62</sup> Salvo ulteriore specificazione, l'analisi che segue si fonda largamente su questa fonte.

<sup>63</sup> In Francia nel 1998 gli assegni familiari sono stati sottoposti a condizioni di reddito. La misura è stata abbandonata nel 1999 (Palier 2002, p. 258).

in Danimarca varia in funzione dell'età dei figli – crescente nel primo caso, decrescente nel secondo (Greve 1999, p. 273). Nei paesi dell'Europa del Sud, come anche in Germania, l'ammontare degli assegni familiari varia o può variare a seconda del reddito delle famiglie; un supplemento del 33% per figlio è attribuito in Portogallo alle famiglie con più di tre figli che abbiano dei redditi modesti (Drees 1999, p. 148). Infine, in Germania, Finlandia, Francia e Grecia gli assegni familiari sono progressivi, vale a dire che il loro ammontare cresce con il numero di figli. Solo il Regno Unito e la Svezia applicano un tariffario strettamente forfetario che non tiene conto né del reddito né dell'età dei figli né del numero di figli. Espresso in standard di potere di acquisto e per le famiglie a partire da due figli gli assegni familiari sono più generosi in Germania, Danimarca, Francia e Finlandia; sono molto più modesti nei paesi dell'Europa del Sud. Per una famiglia con tre figli, ad esempio, l'ammontare mensile va da 50,8 a 66,3 per la Grecia, Portogallo e Spagna contro da 186,9 a 345,9 per il primo gruppo di paesi.

Agli assegni familiari occorre aggiungere – tra le altre – le prestazioni che coprono dei rischi particolari, quali la monoparentalità. Gli aiuti destinati ai genitori isolati – maggiorazione degli assegni familiari o assegni specifici – non sono presenti in tutti i paesi europei. Non esistono in Spagna e sono stati recentemente soppressi nel Regno Unito<sup>64</sup> (Valiante 1977, p. 397; MiRe 1998, p. 175). Gli assegni per i genitori isolati, in quei paesi che hanno istituito questo tipo di prestazione, sono stati generalmente introdotti nel corso del decennio 1960-1970. Ad onor del vero, dei precedenti legati a delle circostanze particolari esistevano già: in Danimarca, ad esempio, nel 1913, era stata introdotta una pensione versata – sotto condizione di reddito e a titolo di dovere morale – alle vedove con figli, mentre in Svezia i vedovi e le vedove con figli potevano beneficiare di prestazioni di sostegno dal 1937 (Greve 1999, p. 272). Le prestazioni assegnate ai vedovi e/o alle vedove con figli e quelle destinate al padre/madre solo/a non sono tuttavia da mettere sullo stesso piano. Fosse solo per il fatto che le prime, al contrario delle seconde, sono state raramente messe in questione (Skrevik 1999, p. 237). La Norvegia costituisce tuttavia una eccezione: «in questo paese le

---

<sup>64</sup> Creata in seguito al *Rapporto* Finer del 1974, la *One Parent Benefit* era una prestazione versata ad integrazione degli assegni familiari e con un importo molto basso. Assegno molto criticato, la sua soppressione fu proposta dai conservatori e decisa dal governo di Blair (MiRe 1998, pp. 174-175).

vedove e le madri non coniugate sono subito state integrate nello stesso dispositivo e le differenze di trattamento tra le vedove con figli e gli altri genitori isolati sono minori» (*ibidem*, pp. 237-238). Questa posizione particolare trova la sua origine storica nella decisione del consiglio municipale di Oslo di istituire, nel 1919, una pensione destinata alle madri non coniugate, separate, divorziate o vedove con figli minori di 15 anni. Essa fu istituzionalizzata da una legge del 1964 che creava una pensione nazionale per le vedove e le madri non coniugate e poi, nel 1981, estesa ai genitori separati o divorziati.

Un altro paese occupa una posizione particolare nel trattamento dei genitori isolati: la Francia, che è il solo paese ad assicurare loro un reddito minimo (*revenu minimum*) (Drees 1999, p. 150). L'*Allocation de parent isolé* (API) [assegno di genitore solo] può essere, in effetti, visto come «una delle prime misure della politica contemporanea di solidarietà nazionale» (Messu 1999, p. 131). Questa prestazione sotto condizioni di reddito, creata nel 1976, è destinata alle persone che allevano da sole un figlio durante un anno, o sino a che il più giovane dei figli raggiunga il terzo anno. Il suo ammontare era, al 1 gennaio 2001, di 502,32 € per una donna incinta, 669,71 € per un genitore solo con un figlio a carico, con un supplemento di 167,39 € per ogni figlio in più a carico (Palier 2002, p. 433). La creazione dell'*Allocation de parent isolé* (API) è da ricongiungere con l'emergere del concetto di rischio nella vita della famiglia<sup>65</sup>, che riveste due concetti: quello di «famiglie a rischio», vale a dire le famiglie dissociate alle quali era inizialmente associato un rischio di delinquenza giovanile e di turbamenti della personalità del figlio, e il «rischio familiare», vale a dire il rischio di povertà corso dalle famiglie monoparentali<sup>66</sup> (Lefaucheur 1995, pp. 461-462). Ed è proprio per prendere in conto questo rischio di impoverimento che l'assegno di genitore solo è stato introdotto. Benché si trattasse di una «protezione transitoria e sussidiaria» (*ibidem*, p. 465), e che non era stata concepita in questi termini, l'assegno di genitore costituisce sostanzialmente una «forma di assegno universalistico o di cittadinanza» (Messu 1999, p. 131). Secondo Messu questa prestazione, come anche il *Revenu minimum d'insertion* (RMI)

---

<sup>65</sup> Essa si iscrive nel più generale e lungo processo di presa in carico da parte della società francese della maternità fuori dal matrimonio. Su questo punto cfr. Lefaucheur (1995).

<sup>66</sup> Il concetto di «famiglie monoparentali» è stato introdotto in Francia negli anni Settanta dalle sociologhe femministe che vi vedevano «la possibilità di fare delle famiglie dirette da donne delle famiglie altrettanto «vere» delle famiglie dirette da uomini» (Lefaucheur 1995, p. 463).

[Reddito Minimo di Inserimento] si connota in effetti come ad un «reddito sociale posto tra una «soglia di povertà» e un «salario minimo»: lo Smic [*Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance* (Salario Minimo Interprofessionale d'Incremento)]. Non è più un aiuto assistenziale, sempre precario e modesto, che soddisfa in primo luogo un principio caritatevole o umanitario. Questo diventa una retribuzione sociale che, rifiutandosi di essere il salario dell'ozio, non vuole però essere il contributo di una società ricca e solidale al mantenimento di tutti i suoi membri in un relativo stato di dignità» (ibidem). Più che una «semplice compensazione dei carichi» si tratta di una forma di «salarizzazione dell'attività familiare» (ibidem, p. 132).

## 2. Maternità, educazione e cura dei figli

Con la maternità e la cura/custodia dei figli si affronta direttamente la questione delle relazioni tra il lavoro remunerato, il lavoro non remunerato e la protezione sociale e, più in generale, la questione della differenza di trattamento tra i maschi e le donne da parte dello «Stato sociale» (Almqvist Boje 1999, p. 285). In effetti, come affermava Hatland nel 1999 (1999, p. 264) una delle «sfide maggiori poste alle politiche sociali alla fine di questo millennio è di sapere come riconciliare il lavoro e la vita familiare». Un problema che riguarda particolarmente le donne poiché queste «continuano ad effettuare la maggior parte dei compiti domestici all'interno delle famiglie europee» (Almqvist Boje 1999, p. 286). A questa questione gli «Stati sociali» europei forniscono risposte differenti.

La maternità è, cronologicamente, il primo rischio familiare preso in carico da parte degli «Stati sociali», e per la maggior parte di essi sin dai primi tempi della messa in essere delle assicurazioni sociali. In Gran Bretagna, ad esempio, il *National Insurance Act* del 1911 prevedeva il versamento di una indennità di maternità per coprire i bisogni del parto mentre, nel 1918, il *Maternity and Children Welfare Act* permetteva alle autorità locali di mettere dei servizi a disposizione delle donne incinte e dei figli con una età inferiore ai 5 anni (Thane 1991, p. 90; MiRe 1998, p. 147). In Spagna l'assicurazione maternità faceva parte dei programmi dell'assicurazione sociale adottati negli anni Venti (Guillén 1997, p. 72). Il congedo retribuito per maternità faceva la sua comparsa in Norvegia nel 1909 nel quadro

della legge sull'assicurazione obbligatoria per la malattia (Sainsbury 1999, p. 165). E' adottato in Svezia nel 1931, poi allargato a tutte le madri alla fine degli anni Trenta quando, contemporaneamente, un «insieme di misure erogavano benefici esclusivamente alle donne»: gratuità del parto e delle connesse cure mediche, versamento alle madri sole di un assegno legato al reddito, ammorbidimento delle limitazioni riguardanti l'aborto, abolizione della legge che vietava la contraccezione, divieto del licenziamento per cause di fidanzamento, di matrimonio o di gravidanza (ibidem, pp. 169-170; Ohlander 1994, pp. 34-36). In Francia il congedo retribuito per maternità apparve negli anni Dieci e non riguardò, in primo luogo, che alcune categorie di impiegate (insegnanti, addette alle Poste e agli arsenali). E' in seguito esteso alle operaie, nel 1913, poi generalizzato nel quadro delle assicurazioni sociali del 1928-1930 e della *Sécurité sociale* (Schweitzer 2002, p. 38; Murard 1988, p. 46).

Oggi il congedo retribuito per maternità esiste in tutti gli Stati europei. La sua durata e il suo tasso di sostituzione variano tuttavia a seconda dei paesi.

Tabella 5: Congedi per maternità nel 1990

	Durata (in settimane)		% dei redditi
Germania	14		100,0
Francia	16/26	(terzo figlio)	84,0
Belgio	14		80,0
Lussemburgo	16		100,0
Paesi Bassi	16		100,0
Regno Unito	18		45,0 (media)
Irlanda	14		70,0
Italia	22		80,0
Spagna	16		75,0
Portogallo <sup>67</sup>	18		100,0
Grecia	15		50,0

Fonte: Gauthier Lelièvre (1995, p. 502).

Nel 1990 la durata del congedo per maternità varia dalle 14 alle 22 settimane, sino alle 26 in Francia allorquando si tratta del terzo figlio. Anche la remunerazione è molto variata poiché va dal 50% del reddito medio al 100%. Il Regno Unito si mostra particolarmente poco generoso verso la maternità: le 6 prime settimane rappresentano circa il 90% del reddito

<sup>67</sup> Un'altra fonte indica per il Portogallo una durata di 13 settimane (Drees 1999).



mentre le 12 settimane successive sono pagate secondo un tasso forfetario; in generale, il congedo per maternità corrisponde a prestazioni che rappresentano circa il 45% del reddito medio delle donne (Gauthier Lelièvre 1995, p. 502).

Nei paesi nordici congedo per maternità e congedo parentale sono strettamente mischiati. Il primo paese ad aver trasformato il congedo per maternità in congedo parentale, oltre all'aver istituito una «assicurazione parentale», è la Svezia che, nel 1974, concedeva al padre «lo stesso diritto della madre a restare a casa e ad occuparsi del figlio» (Ohlander 1994, p. 46). E' stata seguita dalla Norvegia che, nel 1978, ha istituito un congedo parentale retribuito di 18 settimane, le cui prime 6 sono riservate alla madre (Skrede 1999, p. 200). Nel 1994 il congedo parentale era di 64 settimane in Svezia (con il 90% del salario) e di %» settimane in Norvegia – con l'80% del salario (o 42 settimane e il 100% del salario) (*ibidem*). In Finlandia le prestazioni legate alla nascita (assegno per maternità di 105 giorni seguito da un assegno parentale di 158 giorni, escludendo le domeniche) sono versate per circa 44 settimane ad un tasso del 66% del salario (*idem*; Drees 1999, p. 150). In Danimarca la durata del congedo per maternità e del congedo parentale è rispettivamente di 18 e di 1° settimane e le prestazioni rappresentano circa il 53% del salario medio lordo di un operaio<sup>68</sup> (Almqvist Boje 1999, p. 302).

Il congedo parentale<sup>69</sup> non esiste soltanto nei paesi nordici, lo ritroviamo anche negli altri paesi europei, dove è stato istituito nel corso degli anni Ottanta (Dumont 1998, p. 173). Le condizioni di accesso, la remunerazione e la durata sono tuttavia molto variabili. Il congedo parentale, ad esempio, non è retribuito nel Regno Unito, Spagna, Portogallo e Grecia (Gauthier Lelièvre 1995, p. 501). Viceversa lo è in Italia, Francia e Germania, e la sua durata varia da poco più dei 6 mesi (Italia) ai 3 anni (Francia). Come nei paesi nordici (Svezia, Danimarca) il diritto alle prestazioni del congedo parentale in Francia è legato all'occupazione – occorre aver lavorato un numero determinato di anni -; è accompagnato da

---

<sup>68</sup> Dopo il 1994 il congedo parentale è prolungato di 26 settimane, un ulteriore periodo di 26 settimane può essere concesso in accordo con il datore di lavoro. Il reddito di compensazione è tuttavia modesto poiché rappresenta il 32% del salario medio (Almqvist Boje 1999, p. 302).

<sup>69</sup> In una indagine realizzata dalla Commissione Europea nel 1989 il 22% delle donne intervistate sulle misure che, secondo loro, dovrebbero ricevere la priorità da parte dei poteri pubblici in vista del miglioramento della vita familiare hanno sostenuto la possibilità di congedi parentali. Questa misura ha ricevuto un'accoglienza particolarmente favorevole in Germania, Danimarca e Paesi Bassi (Lelièvre Gauthier 1995, pp. 500-501).

un'altra restrizione poiché non è concesso che a partire dal secondo figlio (Almqvist Boje 1999, pp. 302-304). In Germania non esistono restrizioni all'accesso ma il congedo dura meno a lungo (circa 2 anni) e il livello delle prestazioni è più basso: il 22% del salario operaio lordo medio. In Francia la prestazione è forfetaria e rappresenta circa il 30% del salario medio lordo operaio (*ibidem*, p. 302).

Alla metà degli anni Novanta la cura parentale è il sistema di cura che prevale per i figli da 0 a 2 anni nella Germania dell'Ovest, Regno Unito e Svezia, in ragione – in questo ultimo paese – del «sistema molto completo del congedo parentale» (*ibidem*, p. 298). Tuttavia, successivamente al secondo dopoguerra, la cura non parentale è diventata «un elemento significativo della cittadinanza sociale»: la sua importanza è stata riconosciuta «per favorire l'uguaglianza delle opportunità di tutti i cittadini ed anche l'integrazione delle donne nell'economia formale» (*ibidem*). I dispositivi di cura non parentale non sono tuttavia ugualmente sviluppati in tutti i paesi europei.

Le percentuali più elevate di figli di meno di tre anni accolti nelle strutture pubbliche di cura riguardano la Danimarca, la Svezia e, in una proporzione minore, Norvegia, Finlandia e la Francia. Viceversa, le percentuali sono estremamente basse per la Germania dell'Ovest, Regno Unito e i paesi dell'Europa del Sud (tra il 2 e il 5% dei minori). Questi dati riflettono la densità delle strutture di cura offerte nei differenti paesi: molto sviluppate in Danimarca e in Svezia (con un finanziamento pubblico dell'87% nel 1993 in quest'ultimo paese<sup>70</sup>), piuttosto sviluppate in Norvegia, Finlandia e in Francia, molto poco numerose nella Germania dell'Ovest, Regno Unito e nel Sud dell'Europa. In questi ultimi paesi, segnatamente in Germania e in Gran Bretagna la maggior parte della cura dei figli è assicurata dalla famiglia, poi da istituzioni private (Almqvist Boje 1999, p. 304). Per quel che riguarda i minori in età prescolare il sistema di cura prevalente è nell'insieme del sistema pubblico; le proporzioni sono però più basse per il Regno Unito e soprattutto il Portogallo.

Tabella 6: Percentuale dei figli accolti in una struttura pubblica di cura

Figli con meno di tre anni

Tra 3 anni ed età scolare

---

<sup>70</sup> Almqvist Boje 1999, p. 301.

Germania Ovest	3	60
Francia	20	95
Regno Unito	2	44
Italia	5	88
Spagna	2	66
Portogallo	4	25
Grecia	2	62
Svezia	40	83
Finlandia	22	63
Norvegia	23	61
Danimarca	48	83

Fonti: dalla Germania dell'Ovest alla Grecia: Gauthier Lelièvre (1995, p. 504), dati per il 1988; per i paesi nordici, Abrahamson (1999a, p. 55). I dati sono al 1996 e riguardano i figli da 0 a 2 anni e quelli da 3 a 6 anni.

### b. *Differenti modelli familiari di «Stati sociali»*

L'esame delle prestazioni familiari permette già di distinguere dei paesi più favorevoli alla famiglia e alle donne di altri. Infatti, le politiche per la famiglia riflettono differenti modelli familiari di «Stati sociali»

1. Politiche non esplicite e predominanza del modello di sostegno di famiglia maschile (Germania, Regno Unito, Europa del Sud)

Benché i livelli delle prestazioni siano differenti in Germania, regno Unito, Italia, Spagna, Portogallo e in Grecia questi paesi hanno in comune di avere una politica per la famiglia poco o per niente esplicita. In Germania, ad esempio, la politica per la famiglia non costituisce che un «posta politica di seconda zona» ed è rappresentata in quanto costituente un «insieme poco coerente di spese pubbliche, gestito da tutta una pluralità di burocrazie sociali» (Shultheis 1996, p. 208). Le politiche sono essenzialmente di competenza dei Länder, che dispongono di una ampia autonomia e, per l'erogazione delle prestazioni, le famiglie devono spesso confrontarsi con «tutta una moltitudine di organismi pubblici» (*ibidem*, pp. 212-213). La stessa «invisibilità istituzionale» caratterizza la Spagna, dove non esiste un ministero o una istanza governativa incaricata delle questioni della famiglia (Valiante 1997, p. 389). La Grecia non ha mai avuto una «politica per la famiglia chiaramente definita» (Symeonidou 1997, p. 351) e in Portogallo si tratta piuttosto di «misure sociali con effetti sulle famiglie» (Martin

1997, p. 351). Lo stesso vale per il Regno Unito, dove il «concetto di politiche per le famiglie è praticamente vuoto di senso», la politica per la famiglia prende essenzialmente la forma di misure di lotta contro la povertà infantile (Palier 2001, p. 34).

Relativamente alle relazioni maschi-femmine questo insieme di paesi si caratterizza per la predominanza del modello di sostegno familiare al maschile (*malebreadwinner regime*). In questo regime idealtipico, l'uomo deve «poter sovvenire da solo ai bisogni della sua famiglia, attraverso un salario sufficiente e delle prestazioni conseguenti di sostituzione; la madre è coniugata, resta a casa e riprende progressivamente una attività retribuita quando il figlio entra a scuola» (Ostner Lessenich 1996, p. 192). Lo Stato si mostra assai poco favorevole alle donne; «i diritti sociali delle donne sono quasi esclusivamente dei diritti derivati o delle prestazioni di seconda classe (assistenza)» e lo Stato conduce una politica piuttosto svantaggiosa verso le donne (Martin 1997, p. 344; Ostner Lessenich 1997, p. 193). Lo testimoniano, ad esempio, i dati sulle strutture pubbliche di cura dei minori: non solo queste sono poco numerose ma, quando esistono, servono primariamente a «preparare la vita esterne alla famiglia» piuttosto che a permettere alle madri di conciliare vita familiare e vita lavorativa (Ostner Lessenich 1996, p. 193). Si può citare come altro esempio il congedo parentale retribuito. In Germania, come visto, questo non è accompagnato da nessuna restrizione all'accesso: lo stesso assegno è attribuito alle madri che non abbiano mai esercitato un lavoro salariato e alle donne che rinunciano, «spesso loro malgrado», al proseguimento della loro vita lavorativa. Secondo Schultheis lo Stato, così agendo, «offre alle prime un vero regalo mentre le seconde non vi trovano che una compensazione insufficiente della perdita del loro reddito e correndo il rischio di escludersi durevolmente dal mercato del lavoro o, quanto meno, da una posizione professionale acquisita» (Schultheis 1996, pp. 225-226).

Questa assenza o debolezza di politica per la famiglia esplicita si spiega, in primo luogo, attraverso delle ragioni storiche - e segnatamente per il trauma dei regimi autoritari e totalitari. Il ricordo delle politiche naziste, fasciste e franchiste – nataliste, antifemministe e, nel caso tedesco, razziste – è rimasto molto vivace ed ha frenato a lungo lo sviluppo delle politiche per le famiglie (Schultheis 1996; Kaufmann 1997, p. 125; Valiante 1997; Lewis 1997, p. 336). Nella Germania dell'Ovest, ad esempio, l'avvio degli interventi pubblici nel settore della

famiglia fu molto lento ed «è solo a partire dagli anni Settanta che possiamo parlare di una politica per la famiglia relativamente coerente» (Schulheis 1996, p. 207). L'idea stessa di politica demografica è ancora totalmente tabù e non ha «diritto di cittadinanza» nei discorsi politici. Da questo deriva una stretta neutralità ostentata nei confronti di ogni finalità demografica, al contrario soprattutto della Francia. Al contrario che in questi paesi, in Francia l'assegno parentale per l'istruzione fu pubblicamente accolto «come un notevole progresso nel settore di una politica di ripresa della natalità», mentre il suo equivalente tedesco fu decretato strettamente neutro in rapporto alla situazione demografica e tutte le potenziali finalità demografiche categoricamente rigettate (*idem*, p. 210).

Uno stesso rifiuto dell'eredità politica caratterizza la Spagna post-franchista (Valiante 1997, p. 390). Come in Germania, le misure in favore della famiglia sono state elaborate nel corso degli anni Trenta. Esse erano apertamente nataliste e anti-femministe, promuovendo come modello familiare ideale quello della «famiglia basato sul matrimonio cattolico e composto dal maggior numero possibile di figli» (*ibidem*, p. 396). Questo modello si basava anche su una stretta gerarchia e separazione dei sessi: il ruolo di sostegno della famiglia era assegnato solo al padre, la madre era destinata alla casa senza altra attività che la maternità e l'educazione dei figli. Con il ritorno alla democrazia la politica per la famiglia è caduta in desuetudine: alcuni programmi, soprattutto i più apertamente anti-femministi, sono stati soppressi, altri – come gli assegni familiari – sono sopravvissuti ma hanno perso ogni significato a causa dell'inflazione (*ibidem*, p. 397). Infatti, «la gran parte degli attori sociali e politici hanno ampiamente evitato di partecipare attivamente alla politica per la famiglia» (*ibidem*, p. 399). Il partito del centro-destra, al potere dal 1977 al 1982, non ha investito nella politica per la famiglia: la necessità del consenso politico dopo la transizione democratica implicava l'evitare ogni discorso e misure che rischiavano di essere associati al regime autoritario.

L'arrivo al potere dei socialisti non si è tradotto in un impegno supplementare in questo settore: le misure più anti-femministe sono state ulteriormente sopresse e i programmi per le famiglie sono stati trasformati in strumenti per la lotta contro la povertà (ma sotto condizioni di reddito per gli assegni familiari). Quanto al partito conservatore, ha evitato accuratamente

di ricorrere a simbologie che potevano essere associate ai circa quaranta anni di autoritarismo (ibidem, pp. 401-405). Non bisogna dimenticare anche che, nei paesi dell'Europa del Sud, lo Stato sociale è stato messo in essere in un periodo di recessione economica che ha inficiato il suo completo sviluppo (Martin 1997, p. 340 e p. 355).

All'eredità politica è necessario aggiungere degli elementi culturali, legati alla stessa filosofia degli «Stati sociali». Lo Stato sociale britannico si fonda anche su una «filosofia liberal-individualista, che si spinge sino al rifiuto categorico di ogni forma di ingerenza statale nel settore della vita della famiglia» (Schultheis 1996, p. 207). Di fatto, le prestazioni per le famiglie sono sempre state un «fenomeno marginale e periferico della sicurezza sociale» (Wikeley 2001, p. 213). Reclamati, nel periodo tra le due guerre mondiali, dalla *Family Endowment Society* gli assegni per le famiglie non furono accettati né dal Governo né dai sindacati. Introdotti nel quadro del Piano Beveridge essi perderanno progressivamente valore, e il loro livello non venne incrementato che due volte tra il 1948 e il 1967.

L'incremento degli assegni familiari figurava nei programmi dei conservatori alle elezioni del 1970. Tuttavia, arrivati al potere, i conservatori non faranno nulla e decisero piuttosto di mirare l'aiuto finanziario sulle famiglie con redditi modesti, con l'introduzione di una prestazione sotto condizione di reddito (*Family Income Supplement*). Questa logica del *targeting* in direzione delle famiglie svantaggiate fu pienamente confermata sotto il governo Thatcher (ibidem, pp. 214-219).

Lo Stato sociale tedesco privilegia, invece, «una concezione privatistica dell'educazione dei figli», che traduce molto bene il concetto di sussidiarietà ispirata dalla dottrina sociale cattolica della solidarietà (Schultheis 1996, p. 212 e p. 216). Questo principio, che vuole che la protezione sociale deve «essere sempre affare delle istituzioni più vicine alla popolazione interessata», è applicato in maniera radicale in Germania, soprattutto per quanto riguarda i servizi sociali. In questo settore in effetti le istituzioni non statali hanno la priorità sulle istituzioni pubbliche: «le istituzioni pubbliche non possono intervenire in maniera diretta», esse devono provare, ad esempio per creare dei centri di accoglienza municipali per i minori, «che una domanda proveniente dalla popolazione interessata non può essere soddisfatta dalle organizzazioni non pubbliche» (ibidem, p. 215). L'obiettivo è di permettere la realizzazione di

una «politica pluralista per la famiglia», lasciando alle popolazioni interessate «una certa libertà di scelta tra gli orientamenti ideologici delle organizzazioni dei servizi sociali - come le organizzazioni politiche libere delle due Chiese o di orientamento socialdemocratico vicine ai sindacati» (*ibidem*, p. 214). Esiste in Germania anche un «libero mercato dei servizi sociali», finanziato molto largamente da sovvenzioni pubbliche. Questo concetto privatistico dell'educazione dei minori rimanda, ancora una volta, all'esperienza traumatizzante del regime nazista e al suo tentativo di statalizzazione della società; inoltre è stato anche legittimato dal «ricorso sistematico all'immagine ripetuta dell'esperienza socialista della Germania dell'Est» (*ibidem*, p. 216 e p. 225).

Contrariamente al suo omologo dell'Est, l'ex Repubblica Federale di Germania non favorisce punto il lavoro salariato delle madri, favorendo piuttosto il modello della donna casalinga. Gli asili nido, le scuole materne e le relativi maestre sono praticamente inesistenti; gli asili sono in gran parte gestiti dalle Chiese e secondo i loro propri principi ideologici, cosa che si traduce in un modo di funzionamento particolarmente ostile alle madri che hanno un lavoro salariato (età minima per l'accettazione: 3 anni; orari di apertura: dalle 9 alle 12 e dalle 14 alle 16) (*ibidem*, p. 216 e pp. 224-225). Questo concetto privatistico dell'educazione dei minori è profondamente ancorato nell'opinione pubblica tedesco-occidentale. Nel 1985 la maggioranza dei tedeschi affermavano che le donne dovevano scegliere tra la creazione di una famiglia e il loro lavoro professionale, essendo le due percepite come inconciliabili. L'assenza di strutture pubbliche di cura dei minori non era quindi presentata come un problema. Secondo un'altra indagine della allora CEE il 58% dei tedeschi maschi coniugati si dichiaravano favorevoli al modello tradizionale della sposa casalinga. Era il tasso più elevato tra quelli di tutti i paesi europei (*ibidem*, pp. 227-228).

Il peso del fattore culturale è ugualmente forte nei paesi dell'Europa del Sud, dove la famiglia gioca un ruolo essenziale. Indiscutibilmente, al Nord come al Sud, la famiglia è un prestatore non negabile di cure e di aiuto: tuttavia le modalità di presa in carico differiscono. Al Nord «la presa in carico si esercita soprattutto a distanza (telefono, auto)» mentre al Sud «si preferisce avere le persona a carico presso di sé, nella propria abitazione» (Lewis 1997, p. 332). Si può anche parlare, a proposito di queste aree dell'Europa, di una vera e propria

«società-previdenza», «nella quale la protezione è fondata sull'inter-riconoscenza, sui legami affettivi, le reti di scambio e della socialità, il dono e il baratto, l'economia non monetaria» (Martin 1997, p. 355). E' il caso del Portogallo, dove la famiglia viene a colmare le lacune dello Stato sociale – che resta incompletamente sviluppato e inegualitario (*idem*). E' anche il caso della Spagna, dove il gioco della solidarietà familiare permette in parte di ridurre l'impatto della disoccupazione e dell'instabilità dell'occupazione (Laparra Aguilar 1997, p. 559). In Grecia la famiglia assicura una parte rilevante della protezione sociale (soprattutto cura dei minori e delle persone anziane) e lo Stato si scarica largamente - lasciandola alla famiglia - «della responsabilità di sovvenire all'insieme dei bisogni dei suoi membri» (Symeonidou 1997, p. 384). Questo modello di protezione, che si fonda su un «altruismo forzato» sulla componente di genere femminile, è ancora molto ancorato nelle mentalità: «la famiglia greca considera come un'onta porre un parente o un nonno in una casa di riposo» (*ibidem*, p. 383). A differenza dei paesi scandinavi, dove gli istituti accolgono in media dall'8 al 9% della popolazione anziana e dove per lungo tempo i servizi di aiuto a domicilio hanno costituito «uno dei punti di contatto più importanti per un gran numero di persone anziane con lo Stato sociale» (Szebehely 1999, p. 420).

## 2. Favorire le famiglie, le madri e le lavoratrici (la Francia)

Contrariamente alla Germania, dove la politica sociale è stata soprattutto una politica del lavoro, o alla Gran Bretagna, che mirava alla lotta contro la povertà, la politica sociale francese per lungo tempo è stata, in primo luogo, una politica per la famiglia (Kohli 1996, p. 156). Secondo Schultheis il concetto di politica per la famiglia è nato in Francia e questo paese appare esemplare per comprendere «cosa è una politica per la famiglia» (Schultheis 1996, p. 207; Kaufmann 1997, p. 124). La politica condotta in questo settore è pienamente esplicita e istituzionalizzata tanto attraverso i testi normativi che attraverso gli organi amministrativi (la famiglia è un settore specifico del dispositivo della *Sécurité sociale*, gestito dalle casse degli assegni familiari).

La politica francese per la famiglia è una politica complessa, che mescola e coinvolge una pluralità di logiche e di obiettivi: obiettivi natalisti, familialisti, distributivi, di compensazione



orizzontale dei carichi finanziari delle famiglie con figli, obiettivi redistributivi di compensazione verticale delle ineguaglianze (aiuto alle famiglie svantaggiate) (Martin 1997, p. 351; Strobel 2001, pp. 199-200). Nei confronti delle donne la Francia si caratterizza per un moderato *malebreadwinner* o un *parental model*: le donne vi sono considerate sia come madri sia come lavoratrici, nel senso «di membri della famiglia che hanno una attività professionale». Esse hanno la possibilità, allorché diventano madri, «di conservare una occupazione o di rinunciare alla vita professionale per tutta la durata di un certo periodo di tempo» (Ostner Lessenich 1996, p. 193; Martin 1997, p. 344).

La politica francese per la famiglia «porta l'impronta delle (sue) origini» (Marrien 1996, p. 153). Si è, in effetti, strutturata a partire da due componenti maggiori: il familialismo e il natalismo, alle quali bisogna aggiungere la questione della povertà delle famiglie (Strobel 2001, p. 201). Il familialismo è un «insieme di rappresentazioni che mettono al cuore di concezioni del mondo sociale la «famiglia»» (Messu 1999, p. 121). Questa «ideologia» è espressa, già a partire dalla fine del XIX secolo, da diversi gruppi di pressione – le associazioni familiari – che agiscono «per spingere il potere pubblico ad assumere misure in favore della famiglia» (*ibidem*, p. 122).

L'obiettivo primario è di coniugare gli effetti della Rivoluzione del 1789, giudicata anti-familiare, e di restaurare la famiglia «in quelli che si definiscono essere i suoi diritti legittimi». Ma è anche quello di attirare l'attenzione dei poteri pubblici sulle condizioni di vita delle famiglie numerose, le più colpite dalla povertà. Per fare ciò queste associazioni familiari non auspicavano realmente un intervento statale in questa direzione; esse preferivano rimettersi all'impresa o all'associazione volontaria al fine di non rompere la continuità naturale tra la famiglia e la società (*ibidem*, p. 123). Il natalismo costituisce un altro versante del familialismo, ma un versante laico e *repubblicano*. Contrariamente al familialismo precedente, ha largamente sollecitato i poteri pubblici perché assumessero misure in favore della ripresa della natalità, fonte di profonde inquietudini a partire dalla fine degli anni Sessanta del secolo XIX. La legislazione a carattere familiare (istituzionalizzazione degli assegni familiari, *Code de la famille* [Codice della famiglia] nel 1939), mantenimento del settore famiglia nel sistema della *Sécurité sociale*, la rappresentanza delle associazioni presso

i poteri pubblici costituiscono altrettanti prodotti di questo familialismo natalista (*idem*). Se la politica francese per la famiglia è intrinsecamente legata ad una finalità di crescita demografica corrisponde, però, anche ad un modo di trattare la povertà delle famiglie numerose. La povertà delle famiglie popolari è, in effetti, «una componente maggiore» della questione sociale che i poteri pubblici si impegneranno a risolvere (Strobel 2001, p. 196). Le indennità offerte per i carichi familiari da parte dello Stato e delle collettività locali ai loro dipendenti di più basso livello o, ancora, la legge del 1913 sulle famiglie numerose e bisognose ne rappresentano altrettante illustrazioni. L'istituzionalizzazione degli assegni familiari nel periodo tra le due guerre mondiali corrispondono anche «ad un modo di affrontare la povertà senza aumentare globalmente i salari, aiutando specificatamente quei percettori di redditi molto bassi che abbiano anche dei carichi di famiglia». Secondo Strobel «si costruisce così un legame tra la politica per la famiglia e la questione salariale», che fonderà – e per lungo tempo – l'integrazione della politica per la famiglia all'interno della *Sécurité sociale* (*idem*, pp. 201-202).

La politica francese per la famiglia, dalle indennità per carico di famiglia alla *Sécurité sociale*, ha nettamente favorito il modello maschile di sostegno di famiglia, confinando le donne nella sfera domestica. Lo testimonia, segnatamente, l'assegno per la madre casalinga, creato nel 1938, e principale strumento «di una reale politica economica di incentivazione all'inattività professionale» delle madri (*idem*, p. 203). Questa prestazione, trasformata sotto il regime di Vichy in assegno per il salario unico e rivalorizzata, è rilanciata alla Liberazione ed aumentata a partire dal secondo figlio<sup>71</sup>. Nel 1947 una donna casalinga e madre di due figli riceve come prestazione l'equivalente di un salario operaio (Schweitzer 2002, p. 45). Il grande cambiamento ha luogo nel corso degli anni Settanta: la politica per la famiglia accompagna o favorisce ormai il movimento delle donne sul mercato del lavoro. L'assegno per il salario unico è soppresso nel 1978 e una vera politica di sviluppo degli asili nido viene messa in essere (Strobel 2001, p. 203). Malgrado tutto persiste però una ambiguità, e che spiega il successo riscontrato dall'assegno parentale per l'educazione. Questa prestazione ha, in effetti, portato ad una diminuzione dell'attività professionale delle madri – soprattutto delle madri a

---

<sup>71</sup> Nello stesso momento che veniva esteso ai figli naturali.

bassa qualificazione professionale, in situazione precaria o disoccupate (Gauvin 2001, p. 171). Benché questo fenomeno di ritiro dal mercato del lavoro non sia che temporanea (tre anni) la questione del ritorno all'occupazione resta molto problematica, in ragione del rilevante tasso specifico di disoccupazione di questa categoria.

### 3. Una politica di eguaglianza tra gli uomini e le donne (la Scandinavia)

Nei paesi nordici la politica per la famiglia è, prima di tutto, una politica dell'eguaglianza tra i maschi e le femmine. Essa ha, in effetti, come obiettivo dichiarato di «facilitare la conciliazione delle attività familiari e riproduttive dei genitori con la loro attività professionale» (Skrede 1999, p. 180). L'esistenza di strutture di cura sviluppate e i piani di congedi parentali generali costituiscono le manifestazioni di questa politica fondata sul modello del doppio sostegno di famiglia. Non tutti i paesi nordici si situano sullo stesso livello. La Svezia si distingue per il suo ruolo precursore e appare come il «paese più coerente in rapporto agli obiettivi centrali dell'eguaglianza tra maschi e femmine e alle occupazioni remunerate per i genitori» (*idem*, pp. 203-204). Questo impegno è meno forte in Norvegia, che continua a presentare alcune particolarità: le strutture di cura restano insufficienti, permane la tassazione generale mentre prevale la tassazione individuale negli altri paesi nordici, le misure per facilitare il lavoro delle donne coniugate e delle madri sono meno numerose (Sainsbury 1999, pp. 161-162).

Ragioni storiche spiegano sia le caratteristiche della politica per la famiglia nordica sia le caratteristiche tra i paesi. Ad esempio, la politica di sviluppo dei diritti sociali delle donne avviata in Svezia nel corso degli anni Trenta (cfr. *supra*) è legata tanto all'alleanza di classe tra il partito socialdemocratico e il partito agrario quanto alla mobilitazione femminista (Sainsbury 1999, p. 170). La prima, formata per lottare contro gli effetti della depressione economica, contribuì ad allontanare la politica sociale svedese dal modello dell'assicurazione sociale bismarckiana e dal principio del «salario familiare»<sup>72</sup>. La seconda associa le donne liberali e socialdemocratiche, che opereranno congiuntamente per «accrescere la

---

<sup>72</sup> Il concetto di «salario familiare» rinvia al «registro della protezione delle remunerazioni maschili come del padre putativo e protettore». Si tratta di una prestazione versata al maschio, «sostegno designato di una famiglia in cui la madre fosse inattiva». Il «salario familiare» si distingue dal *sovrasalario* che, invece, è versato ai maschi come alle femmine (Schweitzer 1999, pp. 43-44).

rappresentatività delle donne nel Parlamento, ottenere una maggiorazione delle prestazioni per la maternità, il miglioramento della protezione sociale dell'infanzia e delle madri sole, come anche l'estensione del diritto delle operaie e delle donne che esercitavano una professione liberale» (*idem*). Bisogna anche sottolineare il ruolo delle femministe Alva e Gunnar Myrdal e della loro opera *La crisi della questione demografica*, pubblicata nel 1934. Le soluzioni che proponevano per contenere la crisi demografica – la ripartizione dei costi legati all'educazione dei figli attraverso il versamento di assegni familiari e di prestazioni di maternità finanziati dall'imposta, come anche lo sviluppo di misure universalistiche quali la gratuità dei servizi sanitari o la messa in essere di strutture di accoglienza per i minori – serviranno da base alle successive politiche per la famiglia (*idem*). La mobilitazione femminista non si limitò agli anni Trenta, si prolungò dopo la Seconda Guerra Mondiale e giunse allo spettacolare sviluppo degli asili nido nel corso degli anni Settanta, come anche alla creazione dell'assicurazione parentale nel 1974.

L'istituzione di questa ultima si iscrive, in effetti, nel quadro di una riflessione delle femministe sui mezzi per assicurare l'eguaglianza tra i sessi nella società svedese. Non è solo la donna che deve essere liberata ma anche l'uomo: «marito e donne devono condividere i compiti domestici e la responsabilità dei figli. Anche il padre deve beneficiare di congedi nell'occasione della nascita del figlio. Deve anche lui poter dare cure al suo bambino. Così potrà essere realizzata l'uguaglianza tra i sessi e salvare la coesione della famiglia» (Ohlander 1994, p. 45). Resta il dato che il congedo parentale è poco utilizzato da parte dei padri: nei primi anni Novanta circa la metà dei padri aveva preso un tale congedo e il 92% della durata totale del congedo era ritornato alle madri (*idem*, p. 46).

La strada seguita dalla Norvegia è di tipo diverso. Se i norvegesi beneficiarono prima degli svedesi dei diritti politici, i loro diritti sociali si svilupparono più tardi. Skrede stima che il passaggio dal modello di sostegno unico della famiglia a quello del doppio sostegno si è realizzato nel corso del ventennio 1970-1990 (Skrede 1999, p. 200). Inoltre sembra meno profondamente impiantato nella società: una indagine del 1993 rivelava che i genitori norvegesi con figli piccoli avevano una percezione più negativa delle attitudini generali della società *vis-à-vis* della condivisione delle responsabilità del sostegno familiare rispetto agli

altri genitori di altri paesi nordici (*idem*, p. 203). In effetti il dibattito sui diritti sociali delle donne si è posto in condizioni differenti in Norvegia. Anche se la mobilitazione femminista esisteva nel periodo tra le due guerre mondiali mirava, soprattutto, però all'estensione delle prestazioni di cui beneficiavano le madri sole<sup>73</sup> a tutte le donne. Su questa questione le femministe erano divise: alcune propendevano in favore del salario familiare versato al padre mentre altre difendevano l'idea di un assegno versato alle madri e finanziato attraverso l'imposta. Inoltre, non esisteva coalizione tra le donne operaie e le donne che esercitavano una professione liberale ma piuttosto dei dissensi (Sainsbury 1999, pp. 171-172). Alla divisione interna al movimento femminista bisogna aggiungere le forti riserve nei confronti del lavoro delle donne coniugate nelle norme e abitudini sociali. E negli anni Venti il partito laburista e il congresso dei sindacati si sono opposti alla «famiglia a doppio reddito» mentre un numero considerevole di comuni, tra cui Oslo, hanno vietato il lavoro delle donne coniugate durante la gran parte degli anni Trenta<sup>74</sup> (Skrede 1999, p. 195).

Gli anni 1945-1970, che corrispondono allo sviluppo dello Stato sociale universalistico, non registrano una rimessa in discussione del modello di sostegno unico della famiglia: gli obiettivi dichiarati sono la piena occupazione e un reddito sufficiente per sovvenire ai bisogni della famiglia, cosa che si sostanzia nella garanzia derivante dal salario unico e dagli assegni familiari. Il clima era tuttavia meno ostile al lavoro delle donne coniugate e, soprattutto, le rivendicazioni in favore del miglioramento della condizione femminile e dell'eguaglianza tra i sessi si fecero più pressanti e più coerenti. Esse produssero, alla fine degli anni Settanta, diverse misure in favore dell'eguaglianza e misure che facilitavano l'occupazione femminile: legge sull'eguaglianza tra gli uomini e le donne, incremento del numero di posti negli asili nido, estensione del congedo parentale. Queste misure furono tuttavia sviluppate in maniera progressiva sino alla fine degli anni Ottanta e, sotto diversi punti di vista, le realizzazioni sono meno positive che in Svezia o in Danimarca (Skrede 1999, pp. 196-201).

---

<sup>73</sup> Cfr. *supra*.

<sup>74</sup> Skrede osserva che questo dibattito sul diritto delle donne coniugate al lavoro retribuito è anche politicamente all'ordine del giorno in Svezia e in Danimarca. «Tuttavia nessuno di questi paesi è andato così avanti come la Norvegia per quel che riguarda le decisioni e la loro messa in pratica», in ragione soprattutto dell'unità delle organizzazioni femministe (Skrede 1999, pp. 195-196).

*c. Una valutazione delle politiche per le famiglie:  
l'occupazione delle donne e la riduzione della povertà infantile*

Le politiche per le famiglie si sono quindi costruite e sviluppate in tempi e condizioni differenti, e secondo differenti modelli. Esse hanno una certa incidenza sia sulla regolazione delle relazioni tra maschi e femmine che sulla povertà delle famiglie, una incidenza che è possibile misurare.

1. I modelli di occupazione delle donne

La presenza di figli gioca un ruolo determinante nel rapporto tra le donne e il loro lavoro (Lelièvre Gauthier 1995, p. 494). Allorquando diventa madre una donna può, in effetti, decidere di ritirarsi dal mercato del lavoro, di conservare il suo lavoro a tempo pieno o, ancora, optare per un lavoro a tempo parziale.

Quattro grandi fattori possono quindi influire sulla sua decisione. Bisogna, in primo luogo, tenere conto del mercato del lavoro: possibilità occupazionali, competenze delle lavoratrici. Occorre anche prendere in conto le norme sociali - «può essere considerato come socialmente più accettabile e più positivo per il figlio che sua madre resti a casa durante i primi anni della sua vita, piuttosto che affidarlo alle cure e alla sorveglianza di qualcun altro» - e le variabili economiche (reddito dello sposo, costo del figlio). Infine, le politiche sociali (servizi di cura dei figli, *facilities* per la reintegrazione nel mercato del lavoro) giocano ugualmente un ruolo importante (idem, pp. 494-495).

La partecipazione delle donne al mercato del lavoro si rivelano molto variabili a seconda dei paesi europei.

Il Regno Unito si caratterizza per una partecipazione iniziale massimale al mercato del lavoro (97%). Tuttavia è in questo paese che la carriera delle donne appare la più discontinua. L'80% delle donne hanno interrotto il loro lavoro per ragioni familiari (media europea: 68%) e il 39% tra di loro hanno lavorato durante gli anni prescolari del loro primo figlio. Inoltre, la ripresa dell'occupazione si raggruppa molto largamente sul modello del tempo parziale (73%) e il tasso di mobilità professionale discendente al momento del ritorno al lavoro è

particolarmente elevato (45%). Il modello tedesco dell'occupazione femminile è molto vicino al modello britannico. Il tasso di partecipazione iniziale al mercato del lavoro è altrettanto molto elevato (92%), come anche la proporzione di ritiro dal mercato del lavoro al momento del primo figlio e il tempo parziale (54%). Viceversa il fenomeno della mobilità professionale discendente è meno pronunciato (24%). Il Regno Unito e la Germania dell'Ovest appaiono quindi come paesi che non favoriscono l'occupazione femminile. La proporzione di donne che hanno svolto una carriera continua (non influenzata dal primo figlio) tocca il 16,6% nel Regno Unito e il 18,3% in Germania (Lelièvre Gauthier 1995, p. 514). La gravidanza delle norme che privilegiano la presenza della madre a casa e la quasi assenza di strutture di cura dei figli spiegano questa situazione (*idem*).

Tabella 7: Lavoro e carriera delle donne in Europa nel 1990

	Proporzione di donne (da 22 a 66 anni)			
	che hanno lavorato almeno 1 mese	che hanno lavorato durante gli anni pre-scolari del loro primo figlio	che hanno optato per un tempo parziale con una lunga interruzione	che hanno ricominciato a lavorare ad un livello inferiore
Germania dell'Ovest	92	36	54	24
Francia	86	59	33	22
Regno Unito	96	39	73	46
Italia	67	57	-	10
Spagna	63	40	27	14
Portogallo	63	72	10	-
Grecia	62	55	23	7
Danimarca	97	76	36	14
Europa a 12	83	49	45	25

Fonte: Lelièvre Gauthier (1995, pp. 506-510).

Al contrario, la Danimarca e – in una misura minore – la Francia sono paesi maggiormente favorevoli alla famiglia e alle donne che lavorano. Il 76% e il 59% delle donne hanno lavorato durante gli anni prescolari del loro primo figlio; il tempo parziale riguarda circa un terzo delle donne che riprendono un lavoro e il tasso di mobilità professionale discendente è poco elevato

(almeno per la Danimarca)<sup>75</sup>. Nell'insieme il modello della carriera continua (52,4% per la Danimarca e 37,3% per la Francia) domina, il lavoro delle donne non è colpito dalla presenza di un figlio. Questa situazione è da congiungere con l'esistenza di politiche sociali più favorevoli alle donne. In questa categoria di paesi si colloca anche la Svezia dove il tasso dell'occupazione delle madri era dell'80% alla metà degli anni Novanta (contro il 41% in Germania) (Almqvist Boje 1999, p. 287). Tuttavia la Svezia si distingue dalla Danimarca o dalla Francia per un tasso di lavoro a tempo parziale più elevato. L'importanza del tempo parziale in Svezia non ha tuttavia lo stesso significato che in Germania o nel Regno Unito. A partire dal 1979 i genitori svedesi hanno il diritto di riportare il loro tempo di lavoro a 30 ore per settimana e i salariati dispongono degli stessi diritti dei salariati a tempo pieno. In più gli svedesi che lavorano a tempo parziale sono spesso degli impiegati. Diversa la situazione nel Regno Unito, dove il lavoro a tempo parziale «riguarda il più delle volte delle categorie di salariati non specializzati, meno suscettibili di beneficiare di una protezione, di diritti e di prestazioni» (Lelièvre Gauthier 1995, p. 500).

Per altro la flessibilità degli orari di lavoro – ed è anche il caso della Germania – offre spesso agli imprenditori «la possibilità di far lavorare a bassi costi, a delle ore poco comode e per lunghi periodi una squadra di salariati, tutti a tempo parziale, secondo degli orari irregolari» (*idem*).

L'Europa del Sud si caratterizza per un modello bipolare dell'occupazione delle donne. I tassi di partecipazione iniziale delle donne al mercato del lavoro sono meno elevati che nell'Europa del Nord (un po' più del 60%) ma le carriere continue dominanti, talvolta nelle proporzioni più elevate. Ad esempio, in Portogallo la presenza di un figlio non colpisce l'occupazione delle donne nel 58% dei casi. Viceversa la proporzione è del 30,9% in Spagna (Lelièvre Gauthier 1995, p. 514). Secondo Lelièvre e Gauthier questa situazione è legata ad una forte selezione: «le donne che sono entrate almeno una volta nel mercato del lavoro hanno la tendenza ad essere molto legate al loro lavoro» (*idem*, p. 507). La non interruzione del lavoro permette quindi migliori prospettive di carriera; può anche però corrispondere a delle

---

<sup>75</sup> Bisogna osservare che se il tasso francese di mobilità professionale discendente si avvicina a quello della Germania dell'Ovest, lo stesso non accade per il tasso di mobilità ascendente. Il 23% delle francesi stima di aver ritrovato una occupazione di livello superiore al precedente contro l'8% delle tedesche (Lelièvre Gauthier 1995, p. 510).



necessità economiche. Infine, occorre tenere conto della proporzione più elevata di donne che lavorano nel settore agricolo come anche dell'importanza del supporto familiare, che permette di compensare la mancanza di strutture di cura per i figli (*idem*, pp. 508-509)

## 2. La lotta contro la povertà infantile

Secondo Bradshaw la «povertà infantile non è una fatalità – gli Stati fanno delle scelte più o meno esplicite in materia di utilizzo delle politiche sociali e fiscali per attenuare l'impatto delle forze del mercato» e alcuni pervengono ad evitarla più di altri (Bradshaw 2001, p. 184).

Tabella 8: Tasso di povertà infantile in Europa

	Indagine ECHP (1995) (reddito globale inferiore al 60% del reddito medio equivalente)	Luxembourg Income Survey (1987-1995) (reddito globale inferiore al 50% del reddito medio equivalente)
Germania	22	12
Francia	17	10
Regno Unito	28	21
Danimarca	6	6
Finlandia	-	3
Svezia	-	4
Italia	22	21
Spagna	22	13
Grecia	16	-
Portogallo	26	-

Fonte: Bradshaw (2001, p. 183).

Il tasso di povertà infantile più elevato si situa nel Regno Unito. E' seguita, secondo gli indicatori, dall'Italia o il Portogallo mentre Grecia, Italia, Spagna e Germania hanno comunque dei tassi elevati. Viceversa la povertà infantile è molto bassa nei paesi nordici.

La povertà infantile dipende da numerosi fattori. E' anche funzione della demografia familiare (famiglia numerosa, famiglia monoparentale, ecc.) e del mercato del lavoro (*idem*, pp. 178-179). Le politiche sociali giocano un ruolo innegabile, ma la loro efficacia è legata a

tre tipi di obiettivi: «massimizzare l'occupazione delle madri, offrire ai genitori occupati un regime generoso di aiuti fiscali e sociali, offrire ai genitori senza lavoro un insieme generoso di prestazioni compensatorie» (idem, p. 186). A tale riguardo i paesi europei non si situano tutti sullo stesso piano, come mostra la simulazione effettuata da Bradshaw su un insieme di famiglie tipo.

Che si consideri la situazione delle famiglie prima delle spese per l'abitazione, dopo le spese per l'abitazione o, ancora, la situazione dei genitori soli i paesi più generosi in materia di prestazioni familiari sono Norvegia, Svezia e Francia. La Francia è particolarmente ben classificata per quel che riguarda le prestazioni alle famiglie numerose, ai genitori soli, alle famiglie con un figlio in età prescolare e alle famiglie a reddito medio o elevato. E', viceversa, meno ben classificata per le famiglie che dipendono dall'aiuto sociale e le famiglie di taglia ridotta a basso reddito (Bradshaw 1995, p. 484). Danimarca, Germania e Gran Bretagna offrono dei livelli medi di prestazioni. Il Regno Unito tende ad essere meglio classificato per le prestazioni destinate alle famiglie a basso reddito; la sua classificazione diminuisce allorché si esamina le prestazioni alle famiglie numerose, ai genitori soli e alle famiglie che dipendono dall'aiuto sociale (*idem*).

Tabella 9: Generosità delle prestazioni per la famiglia, classificazione media

	insieme delle famiglie prima delle spese per l'abitazione	insieme delle famiglie dopo delle spese per l'abitazione	Genitori isolati prima delle spese per l'abitazione
Germania	7,6	8,0	9,9
Francia	4,5	3,7	3,9
Regno Unito	9,3	7,6	9,3
Danimarca	7,2	7,0	6,4
Svezia	3,7	5,3	3,4
Norvegia	4,3	4,8	1,7
Italia	11,4	10,3	10,9
Spagna	14,1	12,8	14,9
Portogallo	11,1	11,3	11,4
Grecia	14,1	14,3	14,6

Fonte: Bradshaw (1995, p. 485).

Nel basso della tabella troviamo i paesi dell'Europa del Sud, «che possono essere

considerati come dei ritardatari in materia di aiuti alle famiglie che hanno dei figli a carico» (*idem*, p. 485). Questa posizione nella classifica si spiega essenzialmente per il livello di imposizione fiscale: «i paesi che possono mettere in essere livelli elevati di imposizione fiscale sono in effetti in grado di redistribuire importanti risorse alle famiglie con figli a carico» (*idem*, p. 487) [o viceversa].

La protezione della famiglia appare realmente come una protezione discriminante. Ritroviamo, attraverso le modalità delle politiche per la famiglia, elementi caratteristici delle quattro famiglie di «Stati sociali» europei. Globalmente, i paesi dell'Europa del Nord appaiono nettamente più favorevoli alla famiglia e alle donne che il Regno Unito o l'Europa del Sud. L'opposizione tra l'Europa del Nord e l'Europa del Sud è tuttavia parzialmente rimessa in questione in materia di occupazione delle donne: le donne, almeno quelle che sono entrate nel mercato del lavoro, hanno la tendenza a condurre delle carriere continue come in Francia o Danimarca. Francia e Germania, che appartengono allo stesso modello di Stato sociale, conducono però delle politiche per la famiglia completamente divergenti. La prima, malgrado le sue ambiguità, è molto vicina al modello dei paesi nordici mentre la seconda si situa allo stesso livello della Gran Bretagna.

## Capitolo IV

### **Le politiche di lotta contro la disoccupazione, la povertà e l'esclusione**

Ad eccezione dei paesi dell'Europa del Sud gli «Stati sociali» europei si sono sviluppati in un contesto di crescita economica e di piena occupazione. Dopo la crisi economica degli anni Settanta e la crescita della disoccupazione le questioni legate all'occupazione, alla povertà e all'esclusione sono diventate sempre più pregnanti. Però tutti i paesi europei non sono stati - e non sono - colpiti alla stessa maniera. I paesi nordici, ad esempio, si sono dovuti confrontare con la disoccupazione di massa e la povertà più tardivamente, alla fine degli anni Ottanta e agli inizi degli anni Novanta (Kosonen 1999, p. 462 e p. 472).

Nel 1996 il tasso di disoccupazione dell'insieme degli Stati membri dell'Unione Europea era all'11,3%. Alcuni paesi mostravano tassi inferiori al 10% (Danimarca, Norvegia, Regno Unito, Portogallo, Germania); altri avevano un tasso di disoccupazione intorno al 10% (Svezia, Grecia); altri, infine, raggiungevano tassi superiori (Francia, Italia - intorno al 12%), altri nettamente superiori (Finlandia 15,5%, Spagna 22%) (Commission européenne 1998, p. 36). Tutti i paesi europei sono quindi collocati ad un livello elevato di disoccupazione che, quale che sia il regime di protezione sociale, colpisce gli equilibri di questi sistemi. La questione dell'occupazione appare quindi come una priorità per i sistemi europei di protezione sociale (Daniel Palier 2001, p. 22) e, in questo settore, le politiche conoscono numerosi riorientamenti. Prima di esporli occorre presentare i diversi sistemi di presa in carico della disoccupazione e dell'assistenza

#### *a. L'assicurazione contro la disoccupazione e dispositivi di assistenza*

Dopo il 1980 tutti i paesi europei hanno accentuato i loro sforzi in favore dei senza lavoro. Tra il 1980 e il 1993 la quota del Pil destinata alla disoccupazione è cresciuta in tutti gli Stati membri dell'Unione Europea, ma con notevoli differenze a seconda dei paesi (raddoppiata in Francia e Germania, triplicata in Portogallo, debole evoluzione in Italia e Grecia) (Dumont 1998, pp. 193-194). La disoccupazione rappresenta quindi uno dei settori della protezione

sociale dove esistono rilevanti disparità tra i paesi. Nel 1995 i paesi nordici destinavano tra il 3,9% e il 4,6% del loro Pil alle prestazioni per la disoccupazione mentre la proporzione calava all'1% per il Portogallo e allo 0,5% per l'Italia<sup>76</sup>. Lo stesso accade alle spese legate all'esclusione, che rappresentavano dallo 0,7% all'1,1% del Pil nei paesi nordici e dallo 0,01% allo 0,1% del Pil nei paesi dell'Europa del Sud. Più che i livelli della disoccupazione o della povertà questi dati riflettono le forti disparità esistenti nei sistemi di presa in carico della disoccupazione e dell'esclusione.

### 1. I regimi di assicurazione contro la disoccupazione

La necessità di una protezione contro il rischio disoccupazione è stata riconosciuta in Europa in modi e in tempi molto diversi. Ad esempio, in Gran Bretagna l'assicurazione disoccupazione ha costituito immediatamente uno dei pilastri del dispositivo pubblico dell'assicurazione nazionale nel 1911<sup>77</sup>. In Francia, viceversa l'assicurazione disoccupazione non era prevista né nel dispositivo delle assicurazioni sociali del 1928-1930 né nel piano della *Sécurité sociale* del 1945-1946<sup>78</sup> ma esistevano, a partire dalla Prima Guerra mondiale. Dei dispositivi di assistenza per i disoccupati. L'assicurazione disoccupazione è stata messa in essere solo nel 1956, a seguito di un accordo tra le parti sociali (Palier 2002, p. 128).

Negli altri paesi europei l'assicurazione disoccupazione data, sinteticamente e sostanzialmente, a prima della Seconda Guerra mondiale. Essa è stata messa in essere nel 1907 in Danimarca, nel 1917 in Finlandia, nel 1919 in Italia, nel 1927 in Germania, nel 1934 in Svezia, nel 1938 in Norvegia, nel 1944 in Grecia, nel 1961 in Spagna (Abrahamson 1999a, p. 37; Ritter 2001, p. 11; Vicarelli 1997, p. 129; Symeonidou 1997 p. 369; Guillén 1997, p. 92).

Le modalità della protezione dal rischio disoccupazione differiscono molto a seconda dei paesi europei. Una prima distinzione risiede nel carattere obbligatorio o meno dell'assicurazione disoccupazione. In Danimarca, Svezia e Finlandia l'assicurazione disoccupazione è volontaria e, benché sia largamente sovvenzionata da parte dello Stato, la

---

<sup>76</sup> Cfr. Tabella 2.

<sup>77</sup> Con l'assicurazione malattia. Cfr. cap. I.

<sup>78</sup> I disoccupati venivano all'epoca presi in carico localmente, attraverso la scappatoia dei fondi di disoccupazione municipali (Palier 2002, p. 128).

sua gestione compete alle organizzazioni sindacali (Commission européenne 1995). Questa situazione appare storicamente legata al ruolo giocato dai sindacati e dallo Stato. In Svezia, ad esempio, i primi fondi dell'assicurazione disoccupazione sono stati creati dai sindacati negli anni intorno al 1980, ed hanno funzionato senza controllo da parte dello Stato sino al 1934 – data nella quale una regolamentazione statale venne introdotta come contropartita ad una sua esplicita partecipazione finanziaria (Anxo Erhel 1999, p. 483). Tuttavia furono mantenute la gestione da parte dei sindacati e il principio dell'adesione volontaria da parte dei lavoratori<sup>79</sup>, e questo perché l'allora ministro degli Affari sociali Gustav Möller era convinto che «i sindacati fossero i migliori rappresentanti dei beneficiari e costituissero la soluzione meno burocratica» (Olsson Hort 2001, p. 54). E i sindacati successivamente hanno sempre difeso con vigore il controllo indipendente dell'assicurazione disoccupazione finanziata dallo Stato – e questo malgrado i tentativi di statalizzazione del sistema. L'ultimo tentativo data al 1993: il Parlamento decise di rendere l'assicurazione disoccupazione obbligatoria e creò una cassa gestita dallo Stato allo scopo di renderla concorrenziale rispetto al sistema sindacale; l'anno dopo il nuovo governo socialdemocratico sopprimeva la cassa statale e l'assicurazione disoccupazione ritrovava il suo statuto indipendente (*idem*, pp. 54-55).

Altre differenze caratterizzano le prestazioni dell'assicurazione disoccupazione. Il godimento dei diritti agli assegni dipende dalla durata dell'attività lavorativa e/o delle contribuzioni, che è variabile a seconda dei paesi. In Danimarca è di 52 settimane nel corso dei tre ultimi anni; in Portogallo è di 540 giorni; in Francia è di 122 giorni nel corso dei 18 ultimi mesi mentre in Germania è di 360 giorni nel corso dei tre ultimi anni (Dumont 1998, p. 196). Anche la diversità è la regola per quel che riguarda l'ammontare dell'assegno e la durata del suo versamento. Il Regno Unito è il solo paese europeo a versare un assegno forfetario mentre negli altri paesi la prestazione è funzione del salario; e può essere anche regressivo (In Francia sino al 2000, Spagna, Grecia). Uno studio realizzato dalla Commissione Europea per l'anno 1993 mostrava che il tasso di sostituzione dell'assegno per la disoccupazione era molto variabile a seconda dei paesi: va dal 41% del salario medio di un operaio celibe di 35 anni (Regno Unito) al 75-80-85% (Danimarca, Francia, Lussemburgo), passando per il 55-60%

---

<sup>79</sup> L'adesione ai fondi dell'assicurazione disoccupazione è tuttavia liberamente aperta ai non sindacalizzati. Nel 1993 il tasso di copertura di questi fondi assicurativi ammontava all'87% della popolazione attiva (Anxo Erhel 1999, p. 483).

(Italia, Germania) (Dumont 1998, pp. 198-199). Ampii scarti esistono anche rispetto alla durata del versamento delle prestazioni di disoccupazione. In Danimarca il periodo massimo dell'assegno è di 5 anni – ed è la durata più lunga dell'Unione Europea -; nel Regno Unito è soltanto di sei mesi.

Le prestazioni per la disoccupazione sono anche lontano dal riguardare l'insieme dei disoccupati. Nel 1993 in Portogallo «meno del 10% delle persone registrate ricevevano un aiuto»<sup>80</sup>; la proporzione era inferiore al 15% in Spagna (Dumont 1998, p. 198). In Francia il 42% dei disoccupati non era indennizzato dall'assicurazione disoccupazione nel 2000 (Palier 2000, p. 223). Anche in Danimarca «un gran numero di persone» escluse dal mercato del lavoro non sono prese in carico dall'assicurazione disoccupazione (Abramhamson 1999, p. 126). All'interno di uno stesso paese il trattamento dei disoccupati può anche essere differenziata. E' segnatamente il caso del sistema italiano, relativamente complesso. In effetti «il sostegno al reddito non dipende dalla posizione dei lavoratori senza occupazione sul mercato del lavoro ma dalle caratteristiche dell'occupazione che egli/ella ha perduto (settore, dimensione dell'impresa, tipo di relazione contrattuale) e dalle modalità della perdita del lavoro» (Dell'Aringa Lodovici 1997, p. 486). Tre casi di figura di licenziamenti – temporanei, collettivi o individuali – vengono così distinti, e ai quali corrispondono diversi tipi di indennità più o meno generose. Le indennità di licenziamento temporaneo riguardano i lavoratori delle imprese industriali ed edili licenziati temporaneamente (fondi ordinari di sostegno del reddito – CIGO [Cassa Integrazione Guadagni Ordinaria]), come anche i lavoratori licenziati dalle imprese industriali con più di 15 dipendenti e dalle imprese del commercio con più di 200 dipendenti a seguito di ristrutturazioni, riorganizzazioni o di crisi (fondi speciali – CIGS [Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria]). Le indennità di licenziamento collettivo sono riservate ai lavoratori delle imprese industriali con più di 15 dipendenti e delle imprese del commercio con più di 200 dipendenti (indennità di mobilità), come anche ai lavoratori dell'edilizia (prestazioni speciali). Quanto alle prestazioni di licenziamento individuale (prestazioni standard) esse si applicano ai lavoratori licenziati individualmente come anche ai lavoratori licenziati collettivamente ma che non possono

---

<sup>80</sup> Pereirinha osserva che «la protezione sociale dei disoccupati non è adattata. Il versamento degli assegni di disoccupazione non è garantita che per un breve periodo e rappresenta delle somme poco elevate» (Pereirinha 1997, p. 546).

beneficiare dell'indennità di mobilità (*idem*, pp. 488-489). Questa differenziazione è generatrice di diseguaglianze: le indennità di mobilità sono più generose delle prestazioni standard (80% dell'ultimo salario durante 12 mesi per i primi, 30% dell'ultimo salario durante 6 mesi per i secondi). In generale, «i lavoratori che provengono da imprese medie e grandi, industriali o commerciali, licenziati temporaneamente o definitivamente in ragione di una crisi o di una ristrutturazione e i lavoratori dell'edilizia» sono i più favoriti dal sistema italiano; hanno diritto alle prestazioni per licenziamento temporaneo, relativamente generose, come anche all'indennità di mobilità. Viceversa, i lavoratori delle piccole imprese e della gran parte delle società di servizi hanno diritto solo alle prestazioni standard, nettamente meno generose (*idem*, pp. 486-487).

Un'altra caratteristica del sistema italiano di protezione dalla disoccupazione risiede nell'assenza di un dispositivo di assistenza per i disoccupati dilunga durata che hanno esaurito i loro diritti all'assicurazione disoccupazione. Sono le pensioni di invalidità, rette da criteri di attribuzione relativamente flessibili, ad essere utilizzate, in maniera deviata e/o impropria, come prestazione di assistenza (*idem*, p. 487).

Viceversa, in tutti gli altri paesi europei esistono dei dispositivi di assistenza per i disoccupati in fine di godimento del diritto. Essi funzionano sia nel quadro dei sistemi generali di garanzia di reddito (Danimarca, Germania, ...), sia come sistemi specifici (Francia - *allocation spécifique de solidarité* [assegno specifico di solidarietà], Spagna, ...). Le prestazioni erogate sono, ancora una volta, molto variabili. Possono essere forfetarie (assegni differenziali in Svezia, Finlandia, Francia) o funzione del salario (Germania, Spagna); la loro durata può essere molto limitata (Svezia, Spagna) o illimitata (Danimarca, Finlandia, Germania) (Drees 1999). In ogni caso, queste prestazioni sono nettamente meno generose rispetto agli assegni dell'assicurazione disoccupazione. Nei paesi nordici, ad esempio, il tasso di indennizzo della disoccupazione per una persona solo senza figli rappresentava, nel 1996, tra il 63% (Finlandia) e il 74% (Svezia) del reddito netto di un operaio medio. Il tasso di indennizzo della disoccupazione nel quadro dell'aiuto sociale si collocava tra il 31% (Svezia) e il 51% (Finlandia) (Abrahmson 1999, p. 48). Il dualismo della protezione sociale è anche una caratteristica degli «Stati sociali» universalistici nordici.



## 2. Povertà ed esclusione: le politiche del Reddito Minimo

La povertà e l'esclusione sociale costituiscono oggi uno dei grandi problemi comuni agli «Stati sociali» europei. Tutti i paesi devono, in effetti, far fronte a questi fenomeni, compresi quelli nordici, nei quali tradizionalmente si considera che il modello di «Stato sociale» ha permesso di eliminare la povertà (Abrahamson 2001, p. 123). Nel 1993, ad esempio, circa il 9% della loro popolazione viveva in uno stato di povertà (Abrahamson 1999a, p. 56 e p. 59). Questa percentuale resta però inferiore alla media dell'Unione Europea (17% delle famiglie nel 1993)<sup>81</sup>. Negli altri paesi il tasso di povertà varia dal 13-14% (Benelux, Germania) al 29% (Portogallo). Si situa tra il 15 e il 19% per Francia, Italia e Spagna e supera il 20% nel Regno Unito e Grecia (Commission européenne 1998, p. 19). La povertà non ha però le stesse cause nel Nord e nel Sud dell'Europa. In Francia, come nella gran parte dei paesi continentali e nordici, la povertà deriva «dalle recessioni economiche che investono particolarmente i settori industriali, da un mercato del lavoro incapace di garantire continuamente il pieno impiego e dalle zone urbane». Nei paesi del Sud la povertà proviene sempre in gran parte «dal livello di sviluppo insufficiente e dalla sopravvivenza di settori economici «ritardatari»» (Bouget 1997, p. 509). Nell'insieme dell'Unione Europea le categorie più investite dalla povertà sono i genitori soli e i pensionati (Commission européenne 1998, pp. 90-92).

A partire dai primi anni Novanta il concetto di esclusione è abbondantemente utilizzato all'interno dell'Unione Europea, sino al punto di sostituire talvolta quello di povertà (Uusitalo 1999, p. 547; Pereirihna 1997, p. 518). In Francia il termine è stato impiegato per la prima volta da R. Lenoir nel 1974<sup>82</sup> per designare le categorie della popolazione non protette dalle assicurazioni sociali (portatori di handicap, persone anziane o invalide, marginali, ...); è stato poi utilizzato per designare via via dei tipi di svantaggi (Enjolras Lödemel 1999, p. 522). In Svezia il concetto è apparso nella ricerca sociale sulla disoccupazione agli inizi degli anni Settanta ed ha poi progressivamente raggiunto gli altri paesi nordici (Uusitalo 1999, p. 547). Il concetto di esclusione non riveste completamente gli stessi significati a seconda dei paesi o,

---

<sup>81</sup> Questo tasso si intende dopo versamenti di trasferimenti e prelevamento di imposte. Riguarda i nuclei che hanno un reddito netto inferiore al 50% del reddito medio (Commission européenne 1998, pp. 18-19).

<sup>82</sup> Lenoir, R. *Les exclus*, Paris, Seuil, 1974.

piuttosto, secondo le differenti tradizioni di filosofia politica. Ad esempio, nella tradizione *repubblicana* francese l'esclusione fa riferimento «all'assenza di solidarietà sociale, in particolare alla mancanza di legami sociali con i poveri»; è culturale e morale piuttosto che economica e appare come l'inverso dell'integrazione. Nel liberalismo anglosassone l'esclusione riflette la discriminazione; è intesa nei termini di conseguenza della differenziazione sociale e della divisione del lavoro. Infine, nella tradizione socialdemocratica l'esclusione fa riferimento all'assenza di cittadinanza sociale; è provocata dalla «interazione della classe, dello statuto sociale e dal potere degli inclusi» (*idem*, p. 546). Esclusione sociale e povertà non hanno quindi lo stesso significato: la prima ingloba tre grandi dimensioni, «la dimensione economica, quella dei diritti sociali, civili e politici e, infine, il legame sociale nel senso più ampio»; la seconda è più «conosciuta come una mancanza di reddito e si riferisce più o meno esplicitamente ai bisogni o all'ineguaglianza di reddito a danno dei più svantaggiati» (Bouget 1997, p. 508)<sup>83</sup>. La povertà e l'esclusione sociale non riguardano necessariamente la stessa popolazione. Ad esempio, la Spagna si caratterizza per una povertà o una precarietà sociale elevata (circa il 20% della popolazione) e per un livello di esclusione sociale relativamente limitata (tra il 3% e il 5% della popolazione) (Laparra Aguilar 1997, pp. 558-559 e pp. 563-564). La povertà colpisce soprattutto le persone anziane e le persone che vivono nelle zone rurali. Al contrario, l'esclusione sociale si produce essenzialmente nell'ambiente urbano e riguarda una forte proporzione di adulti giovani e di minori (*idem*, pp. 564-565). Essa colpisce essenzialmente «persone che non hanno mai fatto l'esperienza di un lavoro sicuro piuttosto che quelle che hanno perso il loro lavoro nel corso degli ultimi anni dopo un'esperienza di integrazione economica e sociale» (*idem*, p. 565). Inoltre, una grande parte degli esclusi sviluppano una forma di attività economica che - benché sia sottopagata, instabile e, nella stragrande parte dei casi, stigmatizzante<sup>84</sup> - li aiuta a sopravvivere.

La situazione spagnola riflette quella dell'insieme dei paesi dell'Europa del Sud: le conseguenze dell'aumento della disoccupazione e dell'instabilità dell'occupazione sono in gran parte attenuate dalla famiglia. Questa gioca un ruolo essenziale di «protezione primaria»

---

<sup>83</sup> Possiamo considerare, sulla scia di Pereirinha, la povertà come «una parte (o una forma specifica) del fenomeno (a carattere più globale) di esclusione sociale» (Pereirinha 1997, p. 520).

<sup>84</sup> Vendita per strada e nei mercatini rionali, recupero di cartoni e di rifiuti urbani, lavori itineranti di lavoratori agricoli o dell'edilizia, impieghi come domestici, attività marginali (mendicizia, prostituzione) (Laparra Aguilar 1999, p. 566).

contro l'esclusione sociale (Bouget 1997, p. 509).

La lotta contro l'esclusione sociale comprende oggi in tutti i paesi europei, due grandi settori: «le politiche generali di protezione sociale che, in principio, si indirizzano potenzialmente a tutta la popolazione» e «le politiche specifiche di lotta contro l'esclusione» (Bouget 1997, p. 510). Una tra di queste consiste nel garantire un reddito minimo alle persone o alle famiglie sprovviste di reddito o che si trovano in stato di bisogno. Tutti i paesi europei, ad eccezione della Grecia, hanno posto in essere questo tipo di dispositivo, in periodi più o meno recenti. In Gran Bretagna l'*Income Support* è stato creato nel 1948 nel quadro del *National Assistance Act*; in Germania il reddito minimo è stato istituito nel quadro della legge sull'aiuto sociale del 1961; in Danimarca la legge sull'assistenza sociale è stata promulgata nel 1976. In Francia il *Revenu minimum d'insertion* (RMI) [Reddito Minimo di Inserimento], che garantisce alle persone prive di risorse un reddito «sulla base di un diritto oggettivo» è stato istituito nel 1988 (Daniel 2001, p. 145). Esso costituisce una novità per il sistema francese di protezione sociale, nel senso in cui introduce una prestazione non destinata ai lavoratori e non sottoposta «a nessuna altra condizione che quella del reddito» (Palier 2002, p. 302)<sup>85</sup>.

Le prestazioni europee di reddito minimo hanno in comune di essere degli assegni differenziali; esse sono finanziate sia dallo Stato (Francia, Regno Unito) sia dalle collettività locali (Germania, Svezia) sia da entrambi (Danimarca, Finlandia). Le condizioni di accesso e il loro ammontare variano a seconda dei paesi (Drees 1999)<sup>86</sup>. I dispositivi di reddito minimo hanno per vocazione di restare transitori e di occupare un posto residuale nei sistemi di protezione sociale: ma non hanno smesso, sotto l'effetto della crescita della disoccupazione e della precarietà, di accrescere d'importanza. Ad esempio, il *Revenu minimum d'insertion* (RMI) è diventato la terza componente dell'indennizzo per la disoccupazione<sup>87</sup> (Daniel 2001, p. 145). Lo stesso accade nel sistema danese: inizialmente pensato per «fornire un aiuto efficace in caso di assenza temporanea di reddito, favorire il reinserimento e consigliare le persone marginalizzate» il dispositivo si è rapidamente limitato al versamento di prestazioni

---

<sup>85</sup> Come sottolinea Palier, gli altri minimi sociali francesi sono sia sotto condizione di reddito che di situazione: orfani, genitori soli, pensionati poveri, ... (Palier 2002, p. 302).

<sup>86</sup> Così, per i beneficiari del RMI in Francia, bisogna avere almeno 25 anni di età; in Gran Bretagna l'età è fissata a 18 anni.

<sup>87</sup> Dopo l'assegno dell'assicurazione e l'assegno specifico di solidarietà.

monetarie ai disoccupati e alle altre spersone senza lavoro (Abrahmson 1999, p. 126).

Nei paesi dell'Europa del Sud non esistono, ad eccezione del Portogallo<sup>88</sup>, sistemi di reddito nazionale minimo. Dei redditi minimi regionali sono stati però istituiti in Italia e in Spagna nel corso degli anni Ottanta e Novanta. Sino alla fine degli anni Settanta l'aiuto sociale era molto poco sviluppato in questi paesi. In Italia si limitava al finanziamento, da parte delle autorità locali, di cure in istituto fornite dagli organismi caritatevoli o privati<sup>89</sup>. Più in generale, l'aiuto sociale pubblico era amministrato in maniera discrezionale e secondo delle concezioni antiquate; inoltre il sistema si caratterizzava per la sua dispersione tra numerosi organismi, la sua disparità territoriale e la sua inefficacia (Fargion 1997, p. 588).

In Spagna il regime dell'assicurazione sociale si è considerevolmente sviluppato durante gli anni Settanta, ma l'imposizione fiscale per l'assistenza praticamente non esisteva (Laparra Aguilar 1997, p. 567).

Gli anni Settanta e Ottanta segnano una svolta nella politica dell'aiuto sociale. In Italia l'elemento motore è rappresentato dalla messa in essere nel 1970, delle regioni: queste hanno ottenuto il potere legislativo nel settore dell'aiuto pubblico e hanno potuto, all'epoca, avviare nuove politiche – tra le quali i programmi di reddito minimo (Fargion 1997, pp. 588 e segg.). Anche le Regioni spagnole sono responsabili della politica sociale: tuttavia l'istituzione di dispositivi di reddito minimo si è effettuata in condizioni differenti<sup>90</sup>. Ad esempio, l'iniziativa del governo basco di istituire, nel 1988, un programma ispirato all'RMI francese ha suscitato una viva reazione da parte del Governo centrale, perché queste prestazioni «avrebbero potuto inficiare il diritto costituzionale all'eguaglianza di trattamento» tra i cittadini spagnoli. Si aprì un largo dibattito sulla «identità politica dei governi regionali e la loro capacità di mettere in essere loro proprie misure di politiche sociali» (Laparra Aguilar, p. 571).

Nel 1992 tutti i governi regionali spagnoli hanno deciso di istituire un programma di

---

<sup>88</sup> Il reddito nazionale minimo è stato creato nel 1997. In generale, il dibattito sulla povertà e l'esclusione è relativamente recente; è stato iscritto all'ordine del giorno dei partiti politici e delle parti sociali negli anni Novanta (Pereirinha 1997, p. 540).

<sup>89</sup> Benché il diritto del cittadino a ricevere un aiuto sociale sia stato inserito nella Costituzione del 1948 (Fargion 1997, p. 588).

<sup>90</sup> Il contesto era tuttavia favorevole allo sviluppo dell'assistenza. Questo era legato, da un lato, alla volontà del Governo di limitare la crescita delle spese per l'assicurazione disoccupazione e pensionistica e, dall'altro lato, alle pressioni subite dai poteri pubblici nazionali e regionali in favore dell'organizzazione della protezione delle persone lasciate da parte dell'assicurazione sociale (Laparra Aguilar 1997, p. 568).

reddito minimo (*salario social*). Questi programmi hanno in comune numerosi elementi: essi comprendono tutti i versamenti di prestazioni in natura ad un individuo ma tenendo conto di tutti i membri della famiglia; istituiscono un livello di reddito che doveva essere considerato come un criterio di assenza di reddito sufficiente; condizionano l'accesso alle prestazioni ad un periodo minimale di residenza nella regione; infine, le prestazioni sono sempre accordate per una durata precisa. Esistono tuttavia delle notevoli differenze tra i sistemi. Nei Paesi Baschi il *salario social* è considerato come un diritto e tutte le persone che ne fanno domanda l'ottengono. In altre regioni l'accesso al *salario social* è relativamente limitato e discrezionale. Infine, le prestazioni possono essere molto importanti o molto limitate, sino ad essere inesistenti (*idem*, pp. 572-573).

L'Italia si caratterizza anche per forti disparità territoriali, segnatamente tra le regioni del Nord e del Centro e le regioni del Sud. Le prime hanno tutte, ad eccezione di una sola, votato – negli anni Ottanta – delle leggi di riforma dell'insieme dell'aiuto sociale, che comportavano segnatamente dei piani di reddito minimo. Nel Sud solo due regioni su sei hanno adottato tali tipi di legislazioni (Fargion 1997, p. 595). Per Fargion questa attitudine rinvia al «fallimento del processo di emancipazione politica» del Sud che resta caratterizzato dal clientelismo, una concezione privatistica e strumentale della politica, l'assenza di azione collettiva, «delle articolazioni verticali ed una aggregazione della domanda». Questo particolarismo politico si traduce, segnatamente, nel settore dell'aiuto sociale in una utilizzazione molto limitata delle leggi ed una netta preferenza per gli atti amministrativi, «che permettono una grandissima discrezionalità» (*idem*, p. 601). La differenza tra Nord e Sud è tanto più preoccupante in quanto prolunga un dualismo spaziale in termini di povertà: ad esempio, secondo il secondo rapporto ufficiale italiano sulla povertà, il 37% dei poveri vivono al Nord e al Centro contro il 63% nel Sud (*idem*, p. 599). Questo dualismo non deve tuttavia far dimenticare le disparità esistenti tra il Centro e il Nord: solo due regioni su 11 hanno definito un livello standard di reddito minimo, le altre si sono scaricate di questi compiti assegnandole ai comuni<sup>91</sup> (*idem*, pp. 598-599).

---

<sup>91</sup> Di cui la gran parte, in realtà, hanno preso per riferimento la pensione contributiva minimale per i salariati del settore privato.

## b. *Dalle politiche passive alle politiche attive*

Dopo due decenni le politiche del lavoro e dell'assistenza conoscono un importante mutamento di indirizzo: si passa da politiche passive, fondate sul solo sostegno al reddito, a politiche attive che mirano all'inserimento o al reinserimento sul mercato del lavoro.

Queste politiche possono assumere molteplici forme: formazione obbligatoria o volontaria, lavori protetti, sovvenzioni all'impiego, rafforzamento dell'incentivo a lavorare, ... Più precisamente possiamo distinguere, con Kosonen (1999), tre grandi approcci all'attivazione e all'incentivazione al lavoro: «l'approccio fondato sulle opportunità» che offre la possibilità, e non l'obbligo, ai disoccupati di seguire una formazione, un insegnamento professionale o di occuparsi in lavori protetti; «l'approccio fondato sulle sanzioni», che «intende più condizionare l'attribuzione della prestazione alla volontà di lavorare e rinforzare le condizioni che danno diritto a prestazione al fine di spingere i disoccupati a lavorare o a seguire una formazione»; infine, «l'approccio che si fonda sugli incentivi economici», che «si concentra sui cambiamenti in termini di imposte, di prestazioni e di condizioni di attribuzione, in maniera da rendere il lavoro più vantaggioso delle prestazioni» (Kosonen 1999, p. 456). In materia di assistenza l'accento viene messo anche sull'attivazione «attraverso il ricorso a programmi che fondono assistenza e lavoro»: la «dimensione attiva della ricerca di lavoro» è stata rinforzata e in numerosi paesi l'assistenza comincia ad essere combinata sia con un «obbligo di lavorare in un quadro di lavori messi in essere o autorizzati dai poteri pubblici» sia una «partecipazione ad attività collegate al lavoro come condizione per percepire l'aiuto sociale»<sup>92</sup> (Enjolras Lödemel 1999, p. 509).

Lo sviluppo di questi programmi in Europa è legato a numerose ragioni. In primo luogo, una attenzione crescente è portata alle condizioni secondo le quali sono erogate le prestazioni sociali. Si può leggere in diverse pubblicazioni dell'OCSE e dell'Unione Europea che «gli attuali e diversi sistemi di protezione sociale creano una cultura della dipendenza invece di incentivare gli individui alla ricerca di un lavoro remunerato» (Kosonen 1999, p. 455). Uomini politici e intellettuali «sviluppano un discorso sul tema delle «mutue obbligazioni»

---

<sup>92</sup> Cosa che gli autori qualificano come *workfare* «in assenza di un termine corrispondente nel contesto europeo» (Enjolras Lodemel 1999, p. 509).

implicate dalla cittadinanza sociale, chiedendo azioni positive da parte dei beneficiari in contropartita delle prestazioni» (Enjolras Lödemel 1999, p. 509). In secondo luogo, tutti i paesi europei conoscono un incremento delle loro spese per l'indennizzo della disoccupazione e dell'aiuto sociale. Infine, bisogna prendere in conto il peso della competitività internazionale: «le discussioni sulla politica sociale sono sempre più legate alla questione della competitività internazionale» e la tendenza a mettere lo Stato sociale al servizio della competitività viene sempre più raccomandata (*idem*, p. 510; Palier 2002, pp. 405-406).

Il passaggio dalle politiche passive alle politiche attive, orientamento raccomandato dall'Unione Europea, riguarda tutti i paesi, ma a livelli diversi e secondo modalità differenziate. I paesi nordici si caratterizzano per la loro anteriorità; nel resto dell'Europa l'attivazione di politiche sociali attive è più recente.

#### 1. I paesi nordici e «l'orientamento verso il lavoro»

Le politiche di protezione sociale dei paesi nordici hanno la caratteristica di essersi indirizzate verso il lavoro già a partire dagli anni Cinquanta-Sessanta (Kosonen 1999, p. 457). Tre elementi, in particolare, attestano di questo orientamento<sup>93</sup>. In primo luogo, i paesi nordici si sono impegnati a favorire un tasso elevato dell'occupazione facilitando, in modo particolare, l'accesso delle donne al lavoro retribuito ampliando l'occupazione nel settore pubblico e attraverso il ricorso a politiche del mercato del lavoro. Lo sviluppo dei servizi sociali per la cura dei minori e le cure alle persone anziane ha, ad esempio, favorito l'attività femminile remunerata in modo duplice: permettendo alle donne di combinare impegni familiari e lavoro retribuito e creando, per esse, un «mercato dell'occupazione accessibile» (Palme 2001, p. 60). I paesi nordici si sono anche impegnati relativamente presto in una politica attiva del mercato del lavoro. A partire dagli anni Cinquanta in Svezia «la politica del mercato del lavoro è stata integrata alla politica economica e sociale. L'insegnamento, la formazione e i programmi speciali per l'occupazione sono stati utilizzati per mantenere un tasso occupazionale elevato» (Kosonen 1999, p. 458). Nello stesso tempo venivano prese delle misure di accompagnamento della mobilità «al fine di favorire la riallocazione settoriale

---

<sup>93</sup> Per una analisi più generale e maggiormente esaustiva del rapporto dei paesi nordici sul lavoro dagli anni Sessanta sino alla fine degli anni Ottanta cfr. Kosonen (1999, pp. 457-462).

della manodopera» (Anxo Ehrel 1999, p. 486). L'economia e la politica sociale formavano così un sistema perfettamente integrato, nel quadro della «politica solidale dei salari». L'ultimo elemento che illustra la politica nordica di orientamento verso il lavoro riguarda le modifiche apportate ai sistemi di protezione sociale dalla fine degli anni Cinquanta. In effetti, come sottolinea Kosonen, l'introduzione di prestazioni legate al reddito nei sistemi pensionistici, di protezione sanitaria e della disoccupazione ha contribuito a rinforzare la logica di incentivazione al lavoro: «gli individui che non possono partecipare al lavoro retribuito sono puniti per il fatto che percepiscono una indennità forfetaria poco elevata; gli individui che non lasciano mai il mercato del lavoro ricevono una indennità conseguente, cosa che crea forti incentivazioni al lavoro» (Kosonen 1999, p. 459). L'orientamento verso il lavoro ha tuttavia preso delle forme e dei livelli differenti a seconda i paesi. La politica di sviluppo delle strutture di cura dei minori è stato così più tardivo in Norvegia. In Finlandia l'accento è messo più sulla competitività che sulla piena occupazione «benché, dalla fine degli anni Settanta, si sia prodotto una certa *scandinavizzazione*, soprattutto con delle prestazioni sociali più generose e l'espansione dell'occupazione nel settore pubblico» (*idem*, p. 461). Infine, la Danimarca si è lungamente caratterizzata per prestazioni di disoccupazione relativamente generose. Il passaggio a misure attive ha avuto luogo alla fine degli anni Settanta, in un contesto di forte crescita della disoccupazione legata alla crisi petrolifera. Il punto di partenza di questa politica è il programma «offerta di lavori» inaugurato nel 1979 dal Governo socialdemocratico. L'obiettivo era di reintegrare i disoccupati di lunga durata nel mercato del lavoro garantendo loro una occupazione, nel settore pubblico o privato, della durata minima di almeno di sette mesi. Il programma ha avuto solo un effetto limitato in materia di creazione netta di occupazione ma ha contribuito a mantenere il legame tra i disoccupati e il mercato del lavoro (Abrahamson 2001, p. 128). La fine degli anni Ottanta e i primi anni Novanta sono stati contrassegnati dalla crescita della disoccupazione nei paesi nordici. Questa si è realizzata più o meno brutalmente e in proporzioni più o meno rilevanti a secondo dei paesi. Ad esempio, in Svezia il tasso di disoccupazione è passato dall'1,7% nel 1998 all'8,2% nel 1993; l'incremento è stato ancora più importante in Finlandia (dal 4,5% al 17,9%). In Danimarca la percentuale di disoccupati è cresciuta dall'8,6% al 12,3%, mentre in



Norvegia il tasso di disoccupazione è passato dal 3,2% al 6%<sup>94</sup> (Kosonen 1999, p. 473). Per fronteggiare questa situazione la dimensione attiva delle politiche per l'occupazione è stata rinforzata. In Norvegia i programmi di formazione e per l'occupazione specialmente destinati ai disoccupati sono stati ristrutturati e accresciuti. In Danimarca il Governo conservatore ha modificato il programma «offerta di lavori»; nel 1994 è stata messa in essere una «riforma globale del mercato del lavoro», che comprendeva segnatamente un dispositivo di congedi che permetteva di favorire il passaggio tra lavoro e disoccupazione (Abrahamson 2001, p. 128). Ma, e soprattutto, le politiche attive del lavoro hanno subito dei riorientamenti. La Svezia, ad esempio, privilegia meno gli aiuti alla mobilità e le misure di creazione di lavoro e più le misure di formazione. I programmi che combinano lavoro temporaneo e formazione hanno via via tendenza a sostituirsi ai programmi di creazione di occupazione (Anxo Ehrel 1999, p. 499).

La maggiore tendenza comune ai quattro paesi nordici resta però la riduzione delle prestazioni per la disoccupazione. In Svezia il livello degli assegni di disoccupazione è stato fortemente diminuito<sup>95</sup> e le condizioni di accesso al diritto si sono ristrette. La riduzione degli assegni per la disoccupazione ha avuto inizio in Finlandia nel 1992 e, nel 1997, la durata minima del lavoro richiesta per poter percepire gli assegni è passata da 6 a 10 mesi. Anche l'aiuto accordato ai giovani con una età inferiore ai 25 anni è stato ridotto allorché questi giovani non si siano iscritti a programmi di formazione o di istruzione (Kosonen 1999, pp. 469-47). Il sistema di indennizzo della disoccupazione a subito importanti riduzioni anche in Danimarca. Nel 1996 la durata del periodo di indennizzo è stata abbassata da 7 a 5 anni e ingloba ora anche le misure di attivazione. E i disoccupati percepiscono l'assegno per la disoccupazione senza condizioni per un periodo di due anni trascorsi i quali hanno l'obbligo di prendere parte a misure di inserimento (Abrahamson 2001, p. 129; Drees 1999, p. 29). Nel 1997 il periodo di attività richiesto per l'accesso ai diritti è stato aumentato da 26 a 52

---

<sup>94</sup> Ricordiamo che i paesi nordici sono stati colpiti in modo differenziato dalla recessione economica. Le difficoltà sono cominciate piuttosto tardi in Danimarca e la disoccupazione è apparsa già alla fine degli anni Settanta. La crisi economica ha colpito la Svezia e la Finlandia alla fine degli anni Ottanta e nei primi anni Novanta. I paesi nordici conoscono anche delle differenti evoluzioni del loro tasso di disoccupazione a partire dalla metà degli anni Novanta. Il tasso di disoccupazione ha tendenza a calare in Danimarca e in Finlandia e a stabilizzarsi ad un livello relativamente elevato in Svezia (Kosonen 1999, pp. 462-463 e p. 472).

<sup>95</sup> Dal 90% del salario precedente all'80% nel 1993, poi al 75% nel 1996. Nel 1997 il livello è stato riportato all'80% (Kosonen 1999, p. 471).

settimane. Peraltro, da 1996 i giovani in età inferiore ai 25 anni senza formazione professionale «hanno il diritto e il dovere di seguire una formazione professionale accompagnata da una indennità che rappresenta la metà dell'assegno per la disoccupazione» (Kosonen 1999, p. 469). Anche in Norvegia le condizioni di accesso ai diritti della prestazione per la disoccupazione sono state modificate.

Le politiche dell'occupazione dei paesi nordici mettono così via via l'accento sugli obblighi di partecipazione alle misure di incentivazione. Questo nuovo indirizzo si ritrova anche nei programmi per l'assistenza. In Danimarca i giovani sotto i 25 anni che dipendono dall'aiuto sociale sono tenuti a partecipare alle attività offerte dalle municipalità sotto pena di vedersi rifiutare l'aiuto sociale. Questo obbligo è stato in seguito esteso, nel 1997, all'insieme dei beneficiari dell'aiuto sociale (Abrahamson 2001, p. 131).

Il ricorso ad una forma di *workfare* è anche una caratteristica della politica norvegese. La nuova legge «sui servizi sociali» del 1991 lascia alle municipalità la possibilità di chiedere ai beneficiari «di adattarsi ad effettuare un lavoro nella città di residenza per tutta la durata del periodo per il quale la persona riceve l'assegno» (Enjolras Lödemel 1999, p. 516). L'obbligo a lavorare è chiaramente scritto nelle condizioni richieste per beneficiare dell'aiuto sociale e il suo non rispetto comporta la perdita dell'assegno.

Il rafforzamento delle misure di incentivazione si è operato in un contesto di crescita sia della disoccupazione che di beneficiari dell'aiuto sociale<sup>96</sup>. Corrisponde anche a mutamenti più profondi negli «Stati sociali» nordici. Enjolras e Lödemel (1999) rilevano quattro tendenze nei programmi politici e nei documenti governativi norvegesi:

- le preoccupazioni macroeconomiche sono più presenti nel dibattito socio-politico;
- i concetti di responsabilità individuale e di obbligo sono messi in primo piano più spesso rispetto al concetto di diritti individuali;
- le prestazioni sotto condizioni di reddito sono meno considerate come un male necessario legato ad una eredità del passato e sono state riabilitate sotto il termine più positivo di «*targeting*»;

---

<sup>96</sup> Nel corso degli ultimi 10-15 anni il numero dei beneficiari dell'aiuto sociale si è moltiplicato per due in Svezia e per tre in Finlandia e in Norvegia (Abrahamson 1999a, p. 59).

- l'accento è messo anche sul fatto che se le prestazioni sociali possono contribuire ad una vita degna per qualcuno, «diritti estesi e generosi alle prestazioni possono contribuire a minare la capacità degli individui a diventare autonomi» (Enjolras Lödemel 1999, p. 526).

Questo «nuovo modi di pensare» è proprio sia dei conservatori che dei laburisti. Questi ultimi si riferiscono ora «all'orientamento verso il lavoro» in opposizione «all'orientamento verso la sicurezza sociale» e l'adesione all'obbligo di lavoro è stata ufficialmente formulata ed approvata al congresso nazionale del 1995 (*idem*, p. 526 e 529). In Svezia si osserva, a partire dai primi anni Novanta, una destabilizzazione del modello della politica salariale solidale. Il sistema di negoziazione salariale molto centralizzato e composto da un piccolo numero di attori (un sindacato operaio e un sindacato padronale) ha lasciato posto ad una rappresentazione multiforme e contrapposta che accentua le «nuove forme di organizzazione del lavoro, fondate sull'individualizzazione delle remunerazioni o sull'interessamento e sulla partecipazione dei lavoratori» (Anxo Ehrel 1999, p. 487). Ne deriva una destrutturazione del consenso intorno alle politiche dell'occupazione, che costituisce una componente della «crisi del modello svedese» negli anni Novanta (*ibidem*).

## 2. L'attivazione nel resto dell'Europa

Gli altri paesi dell'Europa, soprattutto continentali, si sono solo per lungo tempo caratterizzati per le loro politiche passive del lavoro. Le spese passive predominano ancora oggi, ma le misure di incentivazione si sono sviluppate – con formule che variano a seconda dei paesi.

Le riforme più radicali hanno avuto luogo in gran Bretagna. L'obiettivo dei Governi conservatori è stato di «rendere il lavoro *appagante* riducendo fortemente il livello delle prestazioni sociali in modo che il loro livello sia molto inferiore al più basso dei salari [...] e condizionandoli via via sempre più ad una attività di formazione o di ricerca di lavoro» (Daniel Palier 2001, p. 25). Ad esempio, l'assegno per la disoccupazione e quello per l'aiuto sociale sono stati sostituiti, nel 1996, da un assegno unico – la *Job seeker's allowance*. Questa è versata ai disoccupati senza condizioni di reddito per un periodo di 6 mesi (invece dei 12 mesi previsti precedentemente) e sotto condizioni di reddito ai richiedenti un lavoro che non

abbiano contribuito in modo sufficiente.

Tutti i richiedenti un lavoro devono essere attivamente alla ricerca di una occupazione (messa in essere di controlli) e firmare un accordo che stabilisca la strategia di ricerca di lavoro (MiRe 1998, p. 137). Parallelamente sono stati messi in essere dei programmi di formazione e di inserimento. Essi funzionano sulla base del volontariato, ma i diritti a prestazioni possono essere sospesi «se il beneficiario non si mostri abbastanza cooperativo o non sembri produrre e fornire sforzi sufficienti per trovare un lavoro o migliorare le sue competenze» (Commission européenne 1998, p. 103). Inoltre la *Job seeker's allowance* può essere interrotta se, trascorso un certo arco di tempo, il richiedente un lavoro rifiuta una proposta di lavoro, quale che ne sia il salario.

L'arrivo al potere dei laburisti nel 1997 non ha profondamente modificato questo orientamento generale «anche se l'accento è stato messo anche sulla necessità di migliorare la formazione dei richiedenti un lavoro» (Daniel Palier 2001, p. 25). Il programma *New Deal*, lanciato alla fine del 1997 e destinato a far calare il numero di persone che dipendono dall'assistenza, continua «a sottomettere ogni aiuto al seguire effettivamente dei programmi di formazione e la ricerca di lavoro» (*ibidem*).

Nei paesi continentali «le prime forme di risposta alla crescita della disoccupazione sono essenzialmente consistite, negli anni Ottanta, a portare un certo numero di categorie di persone fuori dal mercato del lavoro allo scopo di diminuire il tasso di disoccupazione assicurando però dei redditi di sostituzione relativamente generosi alle persone allontanate dal mercato del lavoro» (*idem*, p. 23). Questa strategia, definita di «protezione sociale senza lavoro», è stata molto seguita in Francia, con l'utilizzo massiccio dei pre-pensionamenti. Negli anni Novanta, e anche per far fronte al costo di queste misure, l'accento è stato messo meno sulla diminuzione dell'offerta di lavoro che sulla necessità di favorire l'occupazione. Come anche nel resto dell'Europa l'accesso, il livello e la durata degli assegni per la disoccupazione sono stati ridotti. In Germania i criteri di eleggibilità all'assicurazione disoccupazione sono stati ulteriormente induriti a partire dal 1994 e il tasso delle prestazioni è stato diminuito (Commission européenne 1998, p. 106; Leisering 1996, p. 419). In Francia è stato istituito, nel 1992, un nuovo assegno per la disoccupazione, l'*allocation unique*

*dégressive* [assegno unico regressivo]: il legame tra durata di affiliazione all'assicurazione disoccupazione e durata dell'indennità è stato rafforzato ed è stata introdotta, soprattutto, una regressività delle prestazioni (Palier 2002, p. 222; Daniel 2001, p. 144). A partire dal 2000 l'assegno di ritorno al lavoro [*allocation de retour à l'emploi*] sostituisce l'assegno unico regressivo: le condizioni di eleggibilità sono state rese meno rigide e la regressività è stata soppressa. Ma soprattutto i disoccupati, indennizzati o meno, beneficiano di un accompagnamento individualizzato nel quadro del *Projet d'action personnalisé* (PAP) [Progetto di azione personalizzato] (Palier 2002, p. 224). Nel contempo l'accento viene messo sulle misure di promozione e creazione di lavori attraverso politiche che riguardano l'insieme dei «lavoratori al lavoro» (incentivi finanziari in favore del tempo parziale nel 1992, generalizzazione dell'esenzione dai carichi sociali sui bassi salari nel 1993, istituzione delle 35 ore settimanali nel 1998) (Daniel 2001, p. 143) o riguardanti dei *target* pubblici. Da questo punto di vista il programma «*Emploi jeunes*» [occupazione giovanile], lanciato nel 1997, segna una inflessione: mentre i *Travaux d'utilité collective* (TUC) [Lavori di utilità collettiva] – riservati a i giovani tra i 16 e i 25 anni) o i *Contrats emplois solidarité* (CES) [Contratti lavori di solidarietà] – riservati ai disoccupati di lunga durata) combinano obiettivi di inserimento e obiettivi di creazione di lavoro, il programma *Emplois jeunes* ha per obiettivo unico la creazione di lavoro (Enjolras Lödemel 1999, pp. 531-532).

L'attivazione in Francia di politiche per l'occupazione sembra quindi lontana dall'aver assunto il carattere coercitivo delle riforme britanniche. Tuttavia le riforme dell'assicurazione disoccupazione non devono mascherare le nuove dinamiche in essere nel sistema di protezione sociale. Da un lato, la messa in essere di assegni di aiuto per il ritorno al lavoro non rappresenta che un miglioramento limitato delle condizioni di indennizzo dei disoccupati<sup>97</sup>. Dall'altro lato, il «dibattito francese è ormai sempre più strutturato dalla tematica delle condizioni (di contribuzione ma anche di attività) alle quali si sottopongono i disoccupati per beneficiare di un indennizzo, al fine di meglio incitarli a riprendere un lavoro» (Palier 2002, p. 225).

---

<sup>97</sup> Secondo le stime solo 50.000 altre persone dovrebbero beneficiare di un indennizzo degli assegni di disoccupazione. L'obiettivo, del resto, non era quello di arrivare ad un «miglior indennizzo di un più grande numero di disoccupati» (Palier 2002, pp. 224-225).

Questa tematica dell'incentivo al lavoro si ritrova anche nelle politiche per l'assistenza e per l'inserimento. La creazione del *revenu minimum d'insertion* (RMI) [reddito minimo di inserimento] da parte del Governo socialista nel 1998 deve essere compresa in riferimento al discorso francese sull'esclusione, anch'esso legato alla tradizione *républicaine* [repubblicana] della solidarietà. Essendo l'esclusione intesa come un «deficit di solidarietà» la sua responsabilità non si fonda sull'individuo ma sulla società, che ha il dovere del reinserimento (Enjolras Lödemel 1999, p. 523). Il RMI è definito anche «come un doppio diritto: un diritto al reddito minimo e un diritto all'inserimento», che prende la forma di un contratto di inserimento tra l'individuo e la collettività. Nello spirito della legge la dimensione dell'inserimento non è una contropartita all'indennità; essa tuttavia può diventarla secondo l'interpretazione che ne viene data dai responsabili locali della sua messa in essere. La legge sul RMI è stata votata, in effetti, con una ambiguità: per la destra si trattava di «imporre un obbligo al beneficiario al fine di evitare che egli si adagi nell'assistenza»; per la sinistra l'inserimento è un obbligo per la collettività a fornire delle opportunità di inserimento (*idem*, pp. 523-524). Le politiche di inserimento sono però sempre più inquinate dalla retorica liberale della «disincentivazione al lavoro» e dalla necessità di «rendere appagante il lavoro». Due indicatori testimoniano di questa evoluzione. Il primo è l'estensione delle misure di «interessamento», che autorizzano il cumulo parziale dei redditi di attività e i *minima* sociali. Queste misure, pensate per evitare che quei beneficiari dei *minima* sociali che abbiano ritrovato una attività siano vittime di una perdita di reddito, accreditano l'idea che le persone che lavorano «guadagnino molto di più» rispetto ai beneficiari dei *minima* sociali (Palier 2002, p. 314). L'istituzione «del premio per il lavoro» ha recentemente rafforzato questa logica: si tratta di una imposta negativa che «mira a rendere l'attività retribuita più attrattiva delle prestazioni sociali minime» (*idem*, p. 317). In questo modo si sono introdotte anche in Francia delle «pratiche abitualmente associate al repertorio liberale della protezione sociale» (*idem*, p. 307).

Le misure di incentivazione attiva non si ritrovano solo nell'Europa del Nord ma anche i paesi dell'Europa del Sud. Nel 1991 l'Italia ha avviato una vasta riforma delle politiche del lavoro che segnalano una sua iniziale evoluzione verso un approccio attivo. In primo luogo si

avviò una regolamentazione più stringente del dispositivo dei licenziamenti temporanei e venne introdotto il sistema delle indennità di mobilità: la legge del 1991 ha messo fine al massiccio utilizzo dei licenziamenti temporanei come «procedura normale di gestione dei licenziamenti» a vantaggio del sistema delle indennità di mobilità (Fargion 2001, p. 238). Successivamente, i lavoratori licenziati sono stati «ufficialmente tenuti a partecipare a programmi di formazione o ad impegnarsi in *lavori di pubblica utilità* sotto pena del vedersi rifiutare il beneficio delle prestazioni» (*idem*, p. 239). Questo orientamento è proseguito con l'adozione, nel 1997, di una *legge-programma* che definiva le strategie da perseguire in materia di politiche del lavoro e che mirava ad allineare l'Italia con il resto dell'Europa. L'accento è ora messo sulle «azioni di *counselling* e di orientamento professionale individualizzato» dei disoccupati; nello stesso tempo le attività di collocamento sono state aperte al settore privato. Infine, il Governo si è visto affidare «la responsabilità di proporre un piano speciale per l'occupazione nel Mezzogiorno e di definire un insieme di incentivazioni destinate ad incoraggiare le imprese a passare dal settore formale al settore informale dell'economia» (*ibidem*). Questo insieme di misure costituisce una «rottura radicale» con i dispositivi precedenti. Tuttavia restavano da completare numerosi miglioramenti.

Ricordando la situazione italiana dei primi anni Novanta Carlo dell'Aringa e Manuela Sameck Lodovici segnalavano i seguenti disfunzionamenti: «i servizi di collocamento restavano poco sviluppati e le attività di formazione e di ricollocamento conoscevano una situazione confusa, ruoli e competenze dei diversi organismi e parti sociali che vi dovevano partecipare non erano chiaramente definiti ed identificati. I programmi più utilizzati sono le sovvenzioni all'assunzione e gli incentivi a creare il proprio lavoro, e che peraltro non sono generalmente pensati in maniera ottimale e che producono frequentemente rilevanti effetti di dispersione. L'assenza di attività di supervisione e di valutazione complicano l'individuazione di misure più efficaci per il mercato del lavoro italiano e la correzione degli interventi in corso» (dell'Aringa Lodovici 1997, p. 499). E' però necessario osservare che la concertazione Governo-Confindustria-Sindacato, che aveva contribuito al successo delle riforme della protezione sociale italiana nei primi anni Novanta, si è via via affievolita, con il rischio di nuovi conflitti sociali (Fargion 2001, pp. 239-246).

Realizzare un sistema di protezione sociali più favorevole all'occupazione costituisce uno dei tratti comuni della riflessione e delle riforme in corso nei paesi europei (Daniel Palier 2001, p. 22). E a tale fine sono state prese diverse misure di incentivazione che possiedono alcune caratteristiche comuni ma con orientamenti differenziati. Quanto *producono* queste riforme? Abrahamson (2001) studiando il caso della Danimarca mostra che l'effetto di creazione di occupazione è stato limitato ma che il mantenimento del legame con il mercato del lavoro, compreso quello protetto, resta preferibile dal punto di vista dell'individuo. Più in generale, sembra che le riforme abbiano contribuito a rafforzare il dualismo degli «Stati sociali» europei, con, da un lato, i lavoratori ben integrati e che dispongono di «diritti alle prestazioni» assai generosi e, dall'altro lato, delle popolazioni - via via sempre più numerose in ragione delle restrizioni apportate ai sistemi dell'assicurazione disoccupazione - che dipendono dall'aiuto sociale.



## Capitolo V

### «Stati sociali» in ricomposizione

L'attivazione di politiche per l'occupazione e per l'assistenza partecipa ad un processo più generale di ricomposizione che interessa gli «Stati sociali» a partire dagli anni Ottanta. Dopo aver, in effetti, conosciuto la loro «età dell'oro» nel corso dei *Trente Glorieuses* i sistemi di protezione sociale sono entrati in un periodo di stagnazione o di crisi, caratterizzato da un rallentamento delle spese sociali. Questa contrazione è, in primo luogo, legata alla crisi economica: dalla fine degli anni Settanta gli «Stati sociali» si devono confrontare con difficoltà finanziarie, che provengono dal movimento incrociato di crescita delle spese (in particolare le spese di indennizzo della disoccupazione) e di riduzione del reddito (Palier 2002, p. 45). Ma è tutto l'insieme del contesto economico e sociale che è cambiato nel corso di venti anni: l'apertura delle economie, la trasformazione dei modelli di produzione e di organizzazione del lavoro, l'invecchiamento della popolazione, i mutamenti delle strutture familiari costituiscono altrettante sfide alle quali gli «Stati sociali» devono far fronte (*idem*, pp. 48-49). E per questo fine le riforme si sono moltiplicate nel corso degli anni Novanta. Il reindirizzamento delle politiche del lavoro e le nuove misure di lotta contro l'esclusione ne costituiscono uno degli elementi centrali. Ma sono state intraprese anche altre riforme. Questo capitolo costituisce quindi un complemento del precedente per una lettura delle attuali ricomposizioni in corso nei sistemi di protezione sociale europei.

#### a. *Le nuove sfide per gli «Stati sociali»*

I problemi con i quali, nel corso degli anni Novanta, devono confrontarsi gli «Stati sociali» possono essere raggruppati in due categorie. La prima riguarda le trasformazioni dell'ambiente economico e sociale. La seconda rimanda a fattori endogeni «propri allo sviluppo dei sistemi» stessi di protezione sociale, e soprattutto per il fatto che sono arrivati a maturazione (Palier 2001, p. 41).

## 1. Le trasformazioni dell'ambiente economico e sociale

Molte delle condizioni nelle quali si sono edificati gli «Stati sociali» sono state modificate. La stessa economia è molto più aperta. Una delle conseguenze di questa forte internazionalizzazione degli scambi è l'accrescimento della competizione, competizione sui costi – segnatamente quelli legati al lavoro – per le imprese e competizione fiscale tra gli Stati che comporta «una pressione alla stabilizzazione, cioè alla riduzione delle spese sociali» (Palier 2002, pp. 2 e 48). Anche i modi di produzione e di organizzazione del lavoro si sono trasformati: il tasso di produttività è cresciuto, i licenziamenti e le interruzioni di carriera sono più frequenti. E le forme dell'occupazione sono, soprattutto, diventate più flessibili e più precarie: i lavori «atipici», lavori temporanei e lavori a tempo parziale, si sono generalizzati a danno di quella che era - sino a quel momento - la norma, il lavoro a tempo indeterminato (*idem*, p. 48; Merrien 1997, p. 111; Kaufmann 1996, pp. 376-377; Esping-Andersen 2001, p. 84; Commission européenne 1998, pp. 36-37). Secondo Merrien «il mondo del lavoro è ormai composto da tre strati. Lo strato centrale è composto dai lavoratori che dispongono di un lavoro fisso e di una qualificazione riconosciuta. Costituiscono il nocciolo duro delle imprese e sono, globalmente, protetti dai rischi economici. Il secondo strato è prodotto dal nuovo modello produttivo. E' composto da persone che fluttuano tra periodi di lavoro e periodi di disoccupazione e, quindi, molto sensibili alla congiuntura economica. Si forma così una riserva di lavoratori in attesa, sovvenzionati dall'assicurazione disoccupazione. Il terzo strato è composto da esclusi-marginalizzati. Esso è composto da persone senza qualificazione, mal adattati alla disciplina dell'impresa e alle sue regole. In periodi di forte espansione economica possono trovare dei *lavoretti*, ma nella fase attuale la loro situazione è molto difficile. Le loro opportunità e possibilità di integrarsi nel mercato del lavoro sono via via più minacciate» (Merrien 1997, pp. 111-112).

Alle trasformazioni dell'ambiente economico occorre aggiungere le trasformazioni sociali e demografiche. L'invecchiamento della popolazione è un fenomeno comune a tutti i paesi europei. Dal 1985 al 1995 la quota di persone anziane (65 anni e più) nell'insieme della popolazione dell'Unione Europea è passata dal 13% al 15,5%<sup>98</sup>; secondo le proiezioni

---

<sup>98</sup> Con tuttavia un tasso del 18% per la Svezia nel 1995 (Commission européenne 1998, p. 30).

dovrebbe raggiungere il 18% nel 2010 e il 20% nel 2020, con punte del 22% in Finlandia e del 23% in Italia<sup>99</sup> (Commission européenne 1998, pp. 29-30). Inoltre l'età media di questa categoria di popolazione sta aumentando: nel 1995 il 41% delle persone anziane (65 anni e più) aveva almeno 75 anni; sulla base delle proiezioni la proporzione dovrebbe passare al 47% nel 2010, «vale a dire una crescita del 37% in valore assoluto in solo 15 anni» (*idem*, p. 30). Le previsioni variano tuttavia considerevolmente da un paese all'altro. Ad esempio, in Francia, Spagna, Italia e Grecia l'incremento del numero dei settantacinquenni e ultrasettantacinquenni dovrebbe essere superiore al 50% nel periodo 1995-2020; viceversa in Svezia e Danimarca non dovrebbe, rispettivamente, crescere che del 6% e del 2%. La progressione degli anziani (65 anni e più), cioè delle persone che hanno superato l'età di lavoro, si raddoppia a fronte di un calo della popolazione che non ha ancora l'età di lavoro. Dal 1985 al 1995 la quota di giovani in età inferiore ai 15 anni è passata dal 19,5% al 17,5% dell'insieme della popolazione dell'Unione Europea; e dovrebbe toccare il 15% nel 2020. Il calo è particolarmente pronunciato negli Stati del Sud, segnatamente in Spagna – dove la proporzione dei soggetti con meno di 15 anni è calata dal 23% al 17%. Quanto alla popolazione in età da lavoro (15-64 anni), è leggermente aumentata tra il 1985 e il 1995. Le previsioni sono però verso il declino: dal 67% nel 1995 la quota delle persone in età di lavoro dovrebbe passare al 64,5% nel 2020. Si assiste così, e il fenomeno sarà via via più marcato, ad un assottigliamento del tasso di dipendenza. Nel 1986 nell'Unione Europea si contavano 5 persone in età di lavoro per ogni persona che avesse superato l'età della pensione; il rapporto registrava appena 4 persone per una nel 1996 e dovrebbe calare ad un po' più di tre per 1 nel 2020.

La seconda trasformazione demografica che colpisce gli «Stati sociali» riguarda l'evoluzione delle strutture delle famiglie. Tra il 1986 e il 1996 la taglia della famiglia media è calata di circa il 5%, e questa contrazione è legata all'incremento del numero delle persone che vivono da sole e delle famiglie monoparentali. Queste ultime hanno, in effetti, il loro numero progressivo del 64% nel corso dello stesso periodo, con una forte crescita in Gran

---

<sup>99</sup> Tutte le informazioni e dati di questo paragrafo provengono da Commission européenne 1998, pp. 29-32.

Bretagna (10% all'anno in media)<sup>100</sup> (*idem*, p. 13 e pp. 33-34). La proporzione delle famiglie monoparentali nell'insieme delle famiglie con figli varia a seconda dei paesi. Il Regno Unito presenta la più forte percentuale, con il 21% di genitori soli alla metà degli anni Novanta; seguono Svezia e Danimarca (18%) poi Francia e Germania (16%) e Italia (15%). Le proporzioni sono più moderate in Spagna, Portogallo e Finlandia (rispettivamente 13% e 12%) (Esping-Andersen 2001, p. 79). Le famiglie «senza reddito da lavoro» costituiscono la seconda categoria di «famiglie non standard» in crescita. Ad esempio, alla metà degli anni Novanta tra il 10 e il 13% delle famiglie non aveva alcun reddito da attività in Italia, Francia, Germania e Regno Unito. La proporzione era del 7-8% nei paesi nordici (Finlandia, Svezia, Danimarca) (*ibidem*).

Una ultima caratteristica dell'evoluzione economica e sociale dei paesi europei è lo sviluppo dell'occupazione femminile, significativa e continua. Nel 1970 meno del 40% delle donne dell'Unione Europea lavorava o cercava attivamente un lavoro: era quasi del 55% nel 1980 e il 70% nel 1996 (Commission européenne 1998, p. 37). Questa progressione quantitativa, ma anche qualitativa<sup>101</sup>, della partecipazione delle donne al mercato del lavoro si è operata con ritmi differenti a seconda dei paesi: l'evoluzione si è, in primo luogo, prodotta in gran parte nel Nord dell'Europa negli anni Sessanta e Settanta, per prodursi poi nell'Europa del Sud negli anni Ottanta (Commission européenne 1998, p. 13). Oggi i tassi di attività delle donne sono ancora molto contrastati: vanno dal 55% circa in Italia, Grecia e Spagna all'80% e più in Scandinavia<sup>102</sup> (*idem*, pp. 36-37; cfr. anche Esping-Andersen 2001, p. 86).

Tutte queste evoluzioni economiche e sociali hanno delle conseguenze sui sistemi di protezione sociale. L'invecchiamento della popolazione, coniugato alla debole natalità e al gran numero di disoccupati, accresce le pressioni sui regimi pensionistici e sulle cure sanitarie – le due più grandi poste di spesa della protezione sociale<sup>103</sup>. Sono però le evoluzioni del mercato del lavoro e le modificazioni delle strutture delle famiglie ad essere all'origine dei «nuovi rischi» e dei «nuovi bisogni sociali». Come spiega Esping-Anderson «il modello del

---

<sup>100</sup> La crescita delle famiglie monoparentali è più limitata in altri paesi dell'Unione Europea, soprattutto in Portogallo e in Grecia (meno del 10%). Vi è anche una leggera diminuzione in Italia (Commission européenne 1998, p. 34).

<sup>101</sup> Su questo punto cfr. Schweitzer (2002) e Ohlander (1994, pp. 41-42).

<sup>102</sup> Delle donne nella classe di età 25-54 anni.

<sup>103</sup> Cfr. cap. II.

dopoguerra poteva contare sulla stabilità della struttura della famiglia e sulla buona performance del mercato del lavoro per fornire la maggior parte della loro protezione sociale ad una maggioranza di individui durante una gran parte della loro vita [...] E, salvo alcune specifiche eccezioni, gli uomini potevano contare su un lavoro stabile, su una crescita continua dei loro redditi e su una lunga carriera professionale seguita da qualche anno di pensione dopo i 65 anni. Le donne cessavano, generalmente, di lavorare alla nascita del primo figlio, diventando così le principali responsabili delle cure ai figli e alle persone anziane. La disoccupazione e la povertà erano poco diffuse tra i genitori in età di lavoro» (Esping-Andersen 2001, pp. 77-78). Di fatto, i principali rischi sociali – e segnatamente quello della povertà – erano concentrati sulle pensioni e le famiglie numerose.

Questo schema si è completamente modificato. I rischi sociali si sono spostati verso le giovani famiglie e le famiglie con figli. Ad esempio, tra la fine degli anni Settanta e la metà degli anni Novanta, il livello di vita delle persone anziane si è globalmente migliorato<sup>104</sup> mentre quello delle giovani famiglie e delle famiglie con figli si è degradato (*idem*, p. 81). La povertà aumenta soprattutto tra le famiglie monoparentali. In Francia la proporzione delle famiglie monoparentali che vivono al di sotto della soglia di povertà è passata dal 12% al 17% tra il 1985 e il 1995<sup>105</sup>; nello stesso tempo il tasso di povertà delle famiglie numerose è passato dal 13 all'11% (Olier Herpin 1999, p. 325 e p. 331).

Le trasformazioni economiche e sociali sono anche all'origine dei nuovi bisogni sociali. L'invecchiamento della popolazione, l'allungamento della speranza di vita, insieme anche alla partecipazione crescente delle donne al mercato del lavoro, hanno come conseguenza di accrescere la domanda di servizi di cura ai minori e alle persone anziane. Lo sviluppo dei servizi sociali avrebbe anche l'effetto di favorire l'occupazione delle madri, «il mezzo migliore per arginare la povertà» all'interno delle famiglie con figli secondo Esping-Andersen (2001, pp. 80-81). Assistiamo così ad «una delle mutazioni storiche essenziali, cioè che i principali bisogni di protezione sociale [...] sono meno legati al miglioramento dei

---

<sup>104</sup> Anche se restano delle «sacche di povertà», soprattutto tra le vedove e le persone che non hanno accumulato sufficientemente dei diritti per la pensione. Inoltre, il tasso di povertà delle persone anziane ha tendenza ad essere più elevato nei paesi del Sud, che avevano sino al passato recente una forte densità di popolazione rurale (Esping-Andersen 2001, p. 82).

<sup>105</sup> Il tasso di povertà delle famiglie monoparentali varia considerevolmente da un paese all'altro. Secondo le statistiche dell'OCSE è particolarmente elevato nel Regno Unito, Italia e Germania (tra il 49% e il 41% delle famiglie monoparentali alla meta degli anni Novanta). Viceversa, è inferiore al 10% in Svezia e Finlandia (Esping-Andersen 2001, p. 79).

trasferimenti monetari che all'accesso ai servizi» (idem, p. 80).

## 2. I problemi specifici per gli «Stati sociali»

Tutti i sistemi di protezione sociale devono confrontarsi con la globalizzazione economica e le trasformazioni sociali. Tuttavia non tutti presentano la stessa vulnerabilità; non tutti formulano i problemi negli stessi termini; tutti, infine, conoscono delle proprie e specifiche difficoltà (Palier 2002, p. 50). Esistono anche dei fenomeni di dipendenza istituzionale (*path dependency*) risultante «dalla forza degli impegni passati, dal peso politico delle coalizioni di interessi associate ai differenti programmi di protezione sociale e dall'inerzia degli accordi istituzionali». Questi fenomeni si manifestano tanto a livello dei problemi riscontrati che delle riforme messe in opera (Palier 2001, pp. 40-41).

Ad esempio, in Gran Bretagna i problemi dello Stato sociale sono stati affrontati dai Governi conservatori attraverso due elementi: i costi della protezione sociale – «bisogna diminuirli per ridurre i deficit pubblici» - e l'efficienza del sistema – «bisogna accrescerlo». «Questi problemi derivano dalle caratteristiche istituzionali del sistema britannico» (idem, p. 41). Le spese della protezione sociale, finanziate al 60% dall'imposta e gestito dallo Stato centrale, sono, in primo luogo, «un problema posto al bilancio dello Stato». In questo quadro le soluzioni preconizzate non si sono basate su un incremento delle imposte, misura impopolare<sup>106</sup>, ma su una riduzione delle spese, tanto più facile da mettere in essere per il fatto che le spese sociali appaiono in Gran Bretagna «meno legittime che in altri paesi»<sup>107</sup> (*ibidem*). I paesi anglosassoni sono stati così i primi ad avviare, già dagli anni Settanta, delle politiche di ripiegamento dello Stato sociale, caratterizzato soprattutto da misure di riduzione delle prestazioni e di *targeting* in favore dei più svantaggiati (Palier 2002, p. 45). La questione dell'accrescimento dell'efficacia del sistema di protezione sociale britannico riguarda, in

---

<sup>106</sup> Harris afferma che nel corso degli anni Settanta si assiste ad «una generalizzata presa di posizione da parte degli elettori e dei consumatori nei confronti del livello troppo alto della fiscalità e delle contribuzioni sociali necessarie al finanziamento di un sistema universalistico della protezione sociale» (Harris 2001, p. 25). Glennester e Le Grand richiamano anche la «reticenza» dei cittadini britannici «a pagare più imposta» a proposito della riforma del sistema nazionale sanitario (Glennester Legrand 1995, p. 317).

<sup>107</sup> Un sondaggio del 1976 rivelava che «il 72% delle persone che avevano risposto ad una domanda sulle contribuzioni all'assicurazione nazionale dichiaravano che «preferivano conservare questo danaro nelle proprie tasche». Occorre tuttavia osservare, come dice Southall, che «la maggior parte degli elettori britannici restano fortemente legati al concetto di Stato sociale» e soprattutto al Servizio sanitario nazionale (Southall 1995, p. 66).

primo luogo, il servizio sanitario nazionale e, soprattutto, «le liste di attesa interminabili nelle quali bisogna iscriversi prima di farsi curare» (Palier 2001, p. 44).

Questo ripiegamento rinvia anche, e più largamente, allo sviluppo della «retorica della cultura della dipendenza» e «dei disincentivi al lavoro» (*idem*, p. 41). In altre parole, gli aiuti dello Stato avrebbero per effetto di generare una dipendenza dei beneficiari dalle prestazioni sociali e di incitarli a restare disoccupati piuttosto che a ricercare un lavoro. Un tale approccio si richiama molto alla logica delle *Poor Laws* e al suo principio della *loss eligibility*<sup>108</sup>. E', inoltre, legata all'importanza delle prestazioni sotto condizione di reddito nel sistema britannico, che non ha smesso di crescere dagli anni Sessanta.

Lo Stato sociale scandinavo si caratterizza in particolare per «una marginalizzazione del settore privato per quel che riguarda la conservazione del reddito e le prestazioni per malattia» e per prestazioni pubbliche di alto livello per tutti i segmenti della popolazione, in una ottica di eguaglianza (Hagen 1999, p. 724). Questo sistema si è costruito nel quadro di una economia aperta, essendo i paesi nordici riusciti nel coniugare «competitività all'internazionalizzazione e costruzione di uno Stato sociale generoso» per tutti (Lehto 1999, p. 686). Dopo una dozzina di anni questa combinazione diventa però più difficile da mantenere e il modello scandinavo di protezione sociale mostra oggi i suoi limiti (*ibidem*; Abrahamson 1999a, p. 32). I paesi nordici sono stati, in effetti, investiti dalla recessione economica, con forte crescita della disoccupazione e problemi di finanziamento dei sistemi di protezione sociale.

Anche lo Stato sociale nordico ha molte difficoltà a conservare l'alto livello delle prestazioni e si impegna in un movimento di restrizione (Palme 2001, pp. 69-70). Questa situazione pone un «reale dilemma» al modello di protezione sociale scandinavo, fondato su principi egualitari: l'ideale di giustizia sociale esige che le persone più svantaggiate siano «protette dalle restrizioni nel settore della protezione sociale». Ma il rischio è che questa «protezione erogata ai poveri» inciti i gruppi della popolazione meglio favoriti a «ristabilire dei diritti sociali perduti nel quadro di dispositivi privati o corporativi» (Hagen 1999, p. 725). Lehto ha anche mostrato che esistono dei segni di rottura nell'universalismo del sistema

---

<sup>108</sup> Cfr. cap. I.

sanitario dei paesi nordici, con un ricorso significativo – soprattutto in Finlandia – al settore privato per le cure ambulatoriali specializzate e ospedaliere<sup>109</sup> (Lehto 1999, p. 691). «Anche se i dispositivi privati hanno (o continuano ad avere) via via più importanza per un numero crescente di persone il regime centralizzato di protezione sociale nei paesi scandinavi diventa poco a poco pluralista. E se le classi sociali più agiate possono beneficiare di una assicurazione sociale generosa da parte del settore privato mentre le altre classi sociali continuano a dipendere dai programmi pubblici, le ambizioni egualitarie del regime di protezione sociale scandinavo si dissiperanno definitivamente» (Hagen 1999, p. 726).

Il secondo problema con il quale deve confrontarsi il modello nordico di Stato sociale consiste nei rischi di destabilizzazione della politica dei salari fondata sulla solidarietà. La liberalizzazione economica mondiale e le nuove forme di organizzazione del lavoro mettono, in effetti, in difficoltà un sistema centralizzato e tripartito (Stato-imprese-lavoratori) di determinazione dei salari (nominali e sociali), un sistema che ha permesso ai paesi nordici di proteggersi dalle variazioni economiche esterne, di contenere gli scarti di salario e di mantenere la stabilità sociali sull'insieme del ciclo di attività (*idem*, p. 728 e p. 732). I meccanismi del mercato sono si sono ancora sostituiti certo al sistema della negoziazione salariale tripartita. Ma l'interrogativo resta aperto: un crollo della politica solidale dei salari rischierebbe di far saltare il consenso intorno alla protezione sociale egualitaria e di scalzare l'universalismo alla scandinava, cioè «l'integrazione di tutti, moderatamente poveri e moderatamente ricchi, in uno Stato sociale-nazione comune» (*idem*, p. 737).

I problemi ai quali gli «Stati sociali» continentali (Francia, Germania ed Europa del Sud) devono far fronte derivano anch'essi dalle loro caratteristiche istituzionali. Il primo è il «supposto peso delle contribuzioni sociali sul costo del lavoro», che è legato all'importanza delle contribuzioni sociali nel finanziamento del sistema (Palier 2001, p. 42). Questo problema è soprattutto chiaro in Francia, dove la quota dei contributi sociali nel finanziamento della protezione è il più forte, attraverso l'espressione «carichi sociali», che «sono ritenute gravanti sulla competitività delle imprese e impediscono le assunzioni» (*ibidem*).

---

<sup>109</sup> Queste cure sono rimborsate dall'assicurazione malattia pubblica ma «il livello del rimborso è così basso che i costi sopportati dagli utilizzatori limitano il ricorso ai servizi privati da parte delle categorie socio-economiche più modeste» (Lehto 1999, p. 691).



Questa analisi traduce più largamente un cambiamento profondo nel concepire il ruolo economico della *Sécurité sociale*. Pensata nell'ottica keynesiana come un «motore per l'economia» attraverso il sostegno del consumo e la creazione di lavoro, la *Sécurité sociale* sarebbe ora diventata - in ragione delle modalità del suo finanziamento - un «peso per l'economia», cioè una delle cause della disoccupazione (Palier 2002, pp. 148-151 e pp. 332-333). Il secondo problema che devono affrontare i sistemi di protezione sociale bismarckiani è legato al modo di acquisizione dei diritti sociali, che rafforza i processi di esclusione nei periodi di crisi economica. In effetti, in un regime dove i diritti sociali sono fondati sul lavoro «l'esclusione dal mercato del lavoro si trova raddoppiata da una esclusione dal sistema di protezione sociale» (Palier 2001, p. 42). «Il sistema può prendere in carico e proteggere solo quelli che non lavorano o non lavorano sufficientemente per assegnare dei diritti» (Palier 2002, p. 284). Questo processo è ulteriormente accentuato dalle misure di indurimento dei criteri di eleggibilità alle prestazioni (soprattutto l'allungamento delle durate di contribuzione) messe in essere nei differenti paesi di queste categorie (Leisering 1996, pp. 419-420).

Questi sistemi di protezione sociale appaiono così come particolarmente vulnerabili alla globalizzazione economica e alle mutazioni dell'organizzazione del lavoro (soprattutto la precarizzazione del lavoro). E sono anche, secondo Esping-Andersen, i meno adatta a riformarsi e a rispondere alle nuove poste dei giochi economici e sociali (Esping-Andersen 1997). In primo luogo, l'assicurazione sociale bismarckiana alimenta un forte sentimento di equità («si riceve ciò che si guadagna e si guadagna quello che si riceve») e beneficia, per questo fatto, una larga legittimità, che rende l'edificio poco incline al mutamento. Poi, esiste una forte propensione dei «lavoratori integrati» a difendere la sicurezza del loro lavoro e a resistere alla domanda di flessibilità del mercato del lavoro. Infine, la marcata preferenza per i trasferimenti monetari a svantaggio dei servizi sociali sembra poco adatta a rispondere alle mutazioni demografiche e delle famiglie (idem, p. 430, p. 432, pp. 447-448).

#### *b. Le riforme del decennio degli anni Novanta*

Per far fronte ai mutamenti dell'ambiente economico e sociale ed ai loro specifici problemi

gli «Stati sociali» hanno avviato importanti riforme nel corso degli anni Novanta.

La principale, secondo Marrien (1997, p. 123), consiste nella messa in opera di politiche sociali attive in tutti i paesi europei. Ma vengono avviate anche altre riforme che testimoniano di una certa convergenza tra i sistemi. Conviene tuttavia - oltre questa constatazione, interrogarsi sui fenomeni di dipendenza istituzionale e sul significato delle riforme degli «Stati sociali».

### 1. Una protezione sociale meno generosa

La riduzione del livello delle prestazioni sociali costituisce una delle tendenze comuni all'insieme dei sistemi di protezione sociali europei. Abbiamo visto, nel capitolo precedente, cosa era accaduto nelle prestazioni per la disoccupazione. Altri settori sono ugualmente interessati. Nella quasi totalità degli Stati membri dell'Unione Europea la partecipazione dei malati ai costi sanitari tende ad essere più elevata (Dumont 1998, pp. 22-23). Alcuni paesi hanno diminuito il tasso delle indennità sanitarie. E' segnalato il caso dei paesi nordici (Svezia, Finlandia) in cui i livelli di sostituzione e supplenza erano particolarmente elevati (*idem*, p. 110). In Norvegia il livello degli assegni non è stato ridotto ma «i criteri che definiscono la malattia sono stati ristretti nel 1993» (Kosonen 1999, p. 472).

Le pensioni costituiscono l'altro settore nel quale si effettuano delle restrizioni in vista del governo delle spese. Tre tipi di riforme sono state messe in essere nel corso degli anni Novanta<sup>110</sup>. In primo luogo, l'età di accesso ad una pensione a tasso pieno viene ritardata, sia attraverso l'aumento dell'età legale di accesso al diritto sia attraverso l'aumento della durata minima della contribuzione (Drees 1999, p. 130).

La Germania si è avviata lungo questa strada a partire dal voto, nel 1989, della riforma detta *del 1992* (Reynaud 1995, p. 224). Nel 1996 una nuova riforma è intervenuta una nuova riforma: si è deciso di elevare l'età di accesso alla pensione da 63 a 65 anni per gli uomini a partire dal 2001 e da 60 a 65 anni per le donne a partire dal 2005 (Drees 1999, p. 130).

In Portogallo e Grecia l'età della pensione delle donne è aumentata a tappe per raggiungere quella degli uomini. In Francia l'età legale della pensione (60 anni) non è stata modificata, ma

---

<sup>110</sup> Riprendiamo qui l'analisi di Philippe Montigny e Jean-Marie Saunier, *Les systèmes de retraite en Europe*, in Drees 1999, pp. 129-132.

la riforma del 1993 ha elevato il periodo minimo di contribuzione da 37,5 anni a 40 anni. Numerosi paesi europei hanno anche riformato le modalità del calcolo delle pensioni, allungando il periodo che serve da base per il calcolo dei redditi percepiti (*idem*). E' il caso della Francia, dove il numero degli anni presi in conto per il calcolo del salario di riferimento è passato dai 15 migliori anni ai 25 migliori anni (Babeau 1997, p. 294).

Anche la Spagna, la Finlandia<sup>111</sup>, la Grecia e il Portogallo si sono incamminate lungo tale indirizzo. La Svezia e l'Italia hanno adottato riforme più radicali. La prima ha soppresso la pensione forfetaria universalistica «per lasciar posto sia ad un sistema contributivo e obbligatorio finanziato dalle contribuzioni padronali per quelli che lavorano sia ad un minimo garantito finanziato dall'imposta per quelli che non hanno sufficientemente contribuito» (Palier 2001, p. 43). In tale quadro il montante della pensione è calcolato non più in funzione dei 15 migliori anni ma dall'insieme dei periodi contributivi<sup>112</sup> (Drees 1999, p. 1319). Accade lo stesso in Italia che, nel quadro della riforma Dini (1995), è passata da un sistema pensionistico a prestazioni definite ad un sistema pensionistico a contribuzioni definite<sup>113</sup>. Il montante della pensione non è più calcolato in funzione del salario dei 10 ultimi anni ma in funzione dei contributi versati durante tutta la vita lavorativa, secondo un principio dell'assicurazione attuariale<sup>114</sup> (Fargion 2001, p. 235; Artoni Zanardi 1997, pp. 277-278; Ascoli 1997).

L'ultima riforma riguarda le modalità di rivalorizzazione delle pensioni versate. In Germania, dopo il 1992, le pensioni non sono più indicizzate sui salari netti ma sui salari lordi (Reynaud 1995, p. 255; André 1996, p. 255). In altri paesi (Francia, Regno Unito, Svezia, Italia) le rivalutazioni sono passate da una indicizzazione sui salari ad una indicizzazione sul costo della vita calcolata in funzione dell'indice dei prezzi. Questi cambiamenti hanno un impatto innegabile sull'evoluzione delle pensioni. Ad esempio, nel Regno Unito, dove il

---

<sup>111</sup> Per la componente legata al reddito (presa in conto del salario degli ultimi dieci anni invece che ai quattro precedenti). La pensione forfetaria (pensione nazionale) è stata sottoposta a condizioni di reddito (Drees 1999, p. 131).

<sup>112</sup> Per maggiori dettagli cfr. Drees 1999, p. 131.

<sup>113</sup> In un sistema a prestazioni definite l'ammontare della prestazione è calcolata «senza riferimento all'ammontare dei contributi versati ma in riferimento al livello del salario precedentemente percepito». In un sistema a contribuzioni definite «le prestazioni versate sono, più o meno, proporzionali al volume dei contributi versati da parte dell'assicurato» (Palier 2002, p. 76).

<sup>114</sup> La riforma Dini è la seconda grande riforma del sistema pensionistico italiano dopo la riforma Amato del 1992 (Fargion 2001, p. 235). Per maggiori dettagli sulla nuova formula del calcolo delle pensioni cfr. Fargion (2001, pp. 234-235) e Artoni Zanardi (1997, pp. 278-281).

modo di rivalutazione della pensione forfetaria è passata da una indicizzazione sui salari ad una indicizzazione sui prezzi nel corso degli anni Ottanta, questa prestazione è passata dal 20 al 16% del salario medio maschile tra il 1979 e il 1996.

La restrizione del livello della protezione sociale non attiene solo il lato dei trasferimenti; riguarda anche i servizi di aiuto alla persona. In Svezia, ad esempio, si osserva un calo del 50% della proporzione di persone anziane che beneficiano di un aiuto pubblico a domicilio<sup>115</sup> a partire dal 1980 (Szebehely 1999, p. 419)<sup>116</sup>; a metà degli anni Novanta il paese era di fatto ritornato ai livelli raggiunti da questi servizi negli anni Sessanta (Sundström 1999, p. 378). Questa evoluzione rivela, in primo luogo, delle condizioni più ristrette nell'attribuzione dell'aiuto a domicilio da parte delle municipalità. Ad esempio, alcune hanno deciso di escludere dall'aiuto a domicilio le persone che hanno bisogno di una assistenza solo per la gestione della casa; altre hanno concentrato l'aiuto sulle persone che non hanno alcun parente che vive nelle sue vicinanze; altre, infine, non attribuiscono più aiuto familiare alle persone il cui reddito supera la soglia dell'aiuto sociale (Szebehely 1999, p. 420).

Queste evoluzioni verso una definizione più restrittiva del bisogno appaiono come altrettanti strappi all'universalismo dello Stato sociale svedese. Prendendo in conto la prossimità geografica di un parente nell'attribuzione dell'aiuto a domicilio la Svezia tende ad allontanarsi dalla «tradizione della prestazione universalistica, per la quale l'unità di intervento era l'individuo e non la famiglia» (*idem*). Inoltre. Ricentrare l'aiuto pubblico verso le persone più povere «assomiglia ad una attribuzione sotto condizioni di reddito che non corrisponde al modello scandinavo dell'aiuto sociale» (*ibidem*). Tuttavia occorre sottolineare che la diminuzione della proporzione di beneficiari non è dovuta solo «ad una evoluzione più rigorosa a livello municipale. Essa è anche legata ad una caduta della domanda da parte delle persone anziane, meno numerose nel ricercare un aiuto per il fatto dell'incremento spettacolare della partecipazione finanziaria degli utilizzatori da alcuni anni in qua» (*ibidem*). In effetti, «per le persone che non hanno bisogno di un aiuto molto rilevante (in particolare se

---

<sup>115</sup> Aiuto nei compiti domestici e nelle cure personali, che talvolta includono delle cure sanitarie di base (Sundström 1999, p. 377).

<sup>116</sup> L'evoluzione svedese è fondamentalmente differente dall'evoluzione norvegese e, soprattutto, danese il cui numero di beneficiari di un aiuto a domicilio è aumentato. Viceversa esiste anche un forte calo in Finlandia (Lehto 1999p. 695; Szebehely 1999, p. 419).

esse godono di una pensione elevata) è spesso più economico procurarsi questi servizi presso il settore privato – segnatamente nel quadro dell'economia informale» (*ibidem*). Questa tendenza pesa meno sui principi universalisti ed egualitari della protezione sociale svedese: perché «meno aiuto pubblico può rappresentare un vantaggio nel ricorso al mercato - nell'alto della scala sociale - e alla riattivazione delle antiche solidarietà familiari - nel basso della scala sociale» (Blanchet 1999, p. 340).

2. L'introduzione di meccanismi del mercato nella protezione sociale: la regolazione dei sistemi sanitari

I sistemi di protezione sanitaria sono divisi in due grandi famiglie: i sistemi sanitari nazionali e i sistemi di assicurazione malattia<sup>117</sup>. Tenendo presenti queste differenti configurazioni istituzionali i problemi non sono della stessa natura. Schematicamente, nel primo caso (Gran Bretagna) si tratta di migliorare la qualità e l'efficienza del sistema, nel secondo (Francia) è soprattutto il governo incontrollato delle spese sanitarie a costituire il problema principale (Palier 2002, pp. 44-45). Gli anni Novanta sono stati quindi l'occasione per avviare importanti riforme strutturali nei sistemi sanitari europei. Benché queste siano state condotte secondo differenti modalità presentano tuttavia delle linee di convergenza. Le riforme si caratterizzano così con l'introduzione di strumenti caratteristici dell'economia di mercato, sia che si tratti dell'utilizzo dei metodi di gestione propri al privato o dell'introduzione di relazioni di concorrenza tra gli attori del sistema sanitario (Drees 1999, pp. 132-134).

In Gran Bretagna il *National Health Service and Community Care Act* del 1990 rappresenta la riforma più importante avviata nel servizio sanitario nazionale dagli anni Quaranta (Knapp Wistow 1995, p. 258). Ispirata dalle analisi dell'economista statunitense Enthoven<sup>118</sup> il suo oggetto era rimediare al problema delle liste di attesa e migliorare la capacità di risposta ai bisogni e desideri dei consumatori (Glennester Le Grand 1995, p. 316).

---

<sup>117</sup> Cfr. cap II.

<sup>118</sup> Secondo Enthoven le responsabilità nel settore delle cure sanitarie «doveva essere separato tra ordinatori e fornitori delle cure e dei servizi allo scopo di far sì che le autorità sanitarie esercitino un controllo più effettivo sulla produzione e i costi di cure e servizi» (MiRe 1998, p. 25).

La principale innovazione risiede nella messa in essere di un quasi-mercato<sup>119</sup> o, in altri termini, nell'introduzione di meccanismi di mercato all'interno di un «sistema sanitario nazionale rimasto interamente pubblico e finanziato dall'imposta» (Drees 1999, p. 136). Numerosi grandi cambiamenti sono, così, stati operati. In primo luogo, è stata instaurata una separazione chiara tra fornitori (*providers*) e compratori (*purchasers*) di sanità e di servizi. Sino ad allora lo Stato era il finanziatore e il fornitore delle prestazioni di cure sanitarie: egli «finanziava e gestiva gli ospedali» - attraverso l'intermediazione delle autorità sanitarie di distretto; «finanziava e forniva un servizio di medicina generale» (Glennerster Le Grand 1995, p. 307). La riforma non ha toccato il finanziamento statale del *National Health Service* (NHS), ma ha ridotto il ruolo dello Stato (più precisamente, delle autorità sanitarie di distretto) a quello di compratore presso degli ospedali e altri centri prestatori<sup>120</sup> messi in concorrenza gli uni con gli altri. Per questo gli ospedali hanno potuto costituirsi in *trust* a scopo non lucrativo e disporre così di una maggiore autonomia gestionale<sup>121</sup>. Divenuti fornitori gli ospedali devono «proporre i loro servizi nel quadro di negoziazione e coprire così l'essenziale delle loro spese» (Drees 1999, p. 136). Infine, i medici generici hanno avuto la possibilità «allorquando la loro clientela superi una soglia minima, di ottenere dei preventivi di bilancio che permettono di *acquistare* delle cure ospedaliere o specialistiche per i loro pazienti» (*ibidem*).

Per riassumere, la riforma del 1990 instaura una «separazione tra acquirenti (autorità sanitarie di distretto e medici generici detentori di un budget – i *GP funholders* – e fornitori (ospedali e altri centri prestatori), questi ultimi essendo in concorrenza per conquistare delle quote del bilancio amministrato dai primi» (Commission européenne 1998, p. 132). Da questa messa in concorrenza all'interno del sistema pubblico era atteso un «miglioramento dell'efficacia e della qualità delle cure» (MiRe 1998, p. 163).

---

<sup>119</sup> I quasi-mercati «non hanno le caratteristiche né dei veri mercati economici né del settore pubblico tradizionale» (MiRe 1998, p. 200). Si distinguono «da un alto, da un vero mercato nella misura in cui i consumatori non sono degli acquirenti e, dall'altro lato, da un sistema di controllo burocratico nella misura in cui la fornitura dei servizi è decentrata» (Ringén 1995, p. 299). Si tratta infatti «di imitare le azioni del mercato privato all'interno del settore pubblico» (MiRe 1988, p. 200).

<sup>120</sup> Compresi gli ospedali privati ma in Gran Bretagna il settore privato della salute è piuttosto ristretto (Glennerster Le Grand 1995, p. 315).

<sup>121</sup> Essi dispongono anche del loro proprio bilancio, del loro proprio personale e di loro propri organi di direzione. Tuttavia sussiste un controllo governativo poiché gli ospedali «devono pubblicare rapporti sulle loro attività, trasmettere i loro conti al ministro e sottoporsi alle indagini della commissione per l'*auditing*». Oggi il 95% degli ospedali britannici sono dei *trust* (MiRe 1998, pp. 163-164).

L'instaurazione dei quasi-mercati non riguarda solo il servizio sanitario nazionale: questi sono stati anche introdotti, a partire dalla fine degli anni Ottanta, in altri settori della protezione sociale quali l'educazione, le cure di base<sup>122</sup> e l'abitazione (Glennester Le Grand 1995, pp. 304-307), sulle cure comunitarie cfr. Knapp Wistow 1995). Le ragioni di queste vaste riforme non sono chiaramente stabilite: Flennerster e Le Grand hanno passato in rassegna diverse possibili spiegazioni.

Secondo i due studiosi «l'attaccamento ideologico» del governo Thatcher al «meno Stato», ancora, la sua volontà di «scalzare lo Stato sociale» non potevano da soli costituire una sufficiente spiegazione, anche se – almeno inizialmente – esso aveva l'intenzione di accrescere il ruolo del finanziamento privato all'interno del *National Health Service* (NHS) e di sviluppare il settore privato della sanità (Glennester Le Grand 1995, p. 312; pp. 315-316). L'esistenza di una «tensione tra dei consumatori più esigenti (e soprattutto) quelli delle classi medie, e delle risorse limitate» sembra loro una spiegazione più convincente. E', in ogni caso, sicuro che l'introduzione dei quasi-mercati nella protezione sociale britannica non si è realizzato senza opposizione. La sinistra, soprattutto, vi ha visto un «tentativo deliberato di indebolire lo Stato sociale, di introdurre dei valori commerciali e di prepararlo ad una privatizzazione finale» (*ibidem*, p. 314).

La riforma inglese del 1990 ha suscitato molto interesse tra i paesi europei e molti tra di loro hanno introdotto delle relazioni di concorrenza nel loro sistema sanitario.

Così la Finlandia si è ispirata, nel 1993, alla riforma inglese; anche la Svezia ha seguito un orientamento simile per modernizzare il suo servizio sanitario nazionale. In entrambi i casi le autorità locali (municipalità in Finlandia, contee in Svezia) «mettono in concorrenza gli ospedali attraverso bandi di offerta o contratti» (Frees 1999, p. 137). La riforma del *National Health Service* (NHS) ha anche ispirato i paesi dell'Europa del Sud. Nel 1992-1993 l'Italia ha avviato una importante riforma strutturale del suo servizio sanitario nazionale<sup>123</sup>. L'obiettivo era di rimediare ai numerosi disfunzionamenti del servizio (cattiva qualità dei servizi forniti, pesantezze burocratiche, possibilità per i medici di lavorare sia per il settore pubblico sia per il settore privato) introducendo dei criteri di gestione nel servizio ed accrescendone

---

<sup>122</sup> Questo concetto ricopre i servizi sanitari di primo soccorso e i servizi sociali.

<sup>123</sup> Questa riforma è definita come «la riforma della riforma».

progressivamente le responsabilità delle Regioni, soprattutto sul piano finanziario (Fargion 2001, pp. 236-237). Concretamente, le 659 Unità sanitarie locali (Usl) sono state «trasformate in 199 Aziende sanitarie locali (Asl) che godono di una maggiore autonomia, con le regole della contabilità commerciale ed un controllo della loro efficienza» (*ibidem*). E' stato anche introdotto il principio della separazione tra acquirenti e fornitori: gli ospedali sono stati autorizzati a creare degli enti indipendenti per vendere i loro servizi alle Aziende sanitarie locali. Ogni Regione, tuttavia, resta libera di valutare sino a qual punto intende separare le funzioni di acquirente e di fornitore di cure. Così «mentre la Lombardia ha deciso di favorire la costituzione di 'Aziende ospedaliere' autonome, la gran parte delle altre regioni hanno privilegiato un modello integrato conservando la maggioranza degli ospedali sotto la responsabilità delle Aziende sanitarie locali» (*ibidem*, p. 237). La riforma del servizio sanitario nazionale italiano è continuata nel 1999, con l'accrescimento dell'autonomia finanziaria delle Regioni e l'interdizione fatta ai medici di cumulare attività pubblica e privata.

In Spagna l'introduzione della concorrenza regolata nel servizio sanitario nazionale è stata, in primo luogo, fatta da alcune Regioni. La Catalogna ha, nel 1990, stabilito una separazione tra acquirenti e fornitori, il servizio sanitario regionale poteva scegliere tra i servizi forniti dalla rete dei prestatori pubblici e quelli forniti dagli ospedali privati —in base ad un contratto valido per la durata di 4 anni (Cabiedes Guillén 1999, p. 156). L'esperienza catalana ha suscitato l'interesse del potere centrale e, nel 1991, sono state fatte proposte in favore di una riforma più globale. Queste preconizzavano una separazione delle funzioni acquirente/fornitore insieme ad una messa in concorrenza delle prestazioni pubbliche e private (*ibidem*, p. 157; Rico 1997, pp. 241-242). Queste raccomandazioni sono state tuttavia vivamente rigettate in quanto lette come rappresentanti un tentativo di privatizzazione del servizio sanitario nazionale spagnolo. Ma hanno generato l'introduzione di accordi-programmi con gli ospedali pubblici, definendo ogni anno stanziamenti di risorse, l'attività e il livello di qualità (Cabiedes Guillén 1999, p. 157).

In Portogallo e in Grecia, infine, sono stati fatti tentativi di messa in concorrenza del settore pubblico e privato (Portogallo), di estensione dell'autonomia degli ospedali e di



istituzione di medici generici gestori di fondi (Grecia), ma le riforme hanno avuto poca riuscita. Secondo Cabiedes e Guillén si tratta piuttosto «di tracce di concorrenza regolata» (*ibidem*, pp. 158-162).

Gli anni Novanta sono anche stati l'occasione per introdurre delle riforme nei sistemi di assicurazione malattia francese e tedesco con il fine di governare le spese. Le nuove politiche si concentrano ormai sulla regolazione dell'offerta di cure (Palier 2002, p. 254).

In Germania la riforma Seehofer, del 1992, ha istituito un «bilancio» delle spese farmaceutiche e ospedaliere ed avviato un movimento di concentrazione delle casse dell'assicurazione malattia (Döhler Hassenteufel 1996, p. 289). La riforma ha, in oltre, introdotto una concorrenza tra le casse dando agli assicurati una libertà di scelta (Drees 1999, p. 135).

Dopo aver a lungo privilegiato, come in Germania, l'aumento delle contribuzioni e della partecipazione dei malati ai costi sanitari la Francia si è anch'essa indirizzata verso la messa in essere «di nuovi strumenti che permettessero di controllare l'offerta di cure e di mettere un tetto alle spese» (Palier 2002, p. 246)). Agli inizi degli anni Novanta il sistema si orienta verso un «finanziamento tutto compreso», attraverso attribuzioni di capitoli di bilancio<sup>124</sup>. Una nuova ondata di riforme ha avuto luogo nel 1996. Il bilancio della *Sécurité sociale* è ora votato dal Parlamento, che definisce anche «una percentuale di crescita delle spese sanitarie per l'anno a venire» (*idem*, p. 248). In tale quadro, delle «convenzioni per obiettivi e di gestione» devono essere negoziate tra le casse dell'assicurazione malattia e le professioni medicali. Sono state create delle nuove istituzioni (*conseils de surveillance des caisses de Sécurité sociale* [consigli di sorveglianza delle casse della *Sécurité sociale*], *unions régionales des caisses d'assurance maladie* [unioni regionali delle casse dell'assicurazione malattia], *agences régionales de l'hospitalisation* [agenzie regionali dell'ospedalizzazione]) nelle quali i rappresentanti dello Stato occupano un posto centrale allo scopo di meglio regolare il sistema sanitario (*idem*, pp. 248-249). Queste diverse misure testimoniano l'introduzione di «metodi di gestione propri del privato» nel sistema sanitario francese «allo scopo di controllare il volume delle spese» (*idem*, p. 260). Esse evidenziano anche, come in Germania, un

---

<sup>124</sup> In opposizione al finanziamento a pronta cassa, che funziona senza un bilancio limitato e vincolante.

rafforzamento del potere dello Stato che «limita il principio di gestione da parte degli attori interessati» (*idem*, p. 254).

### 3. Gli «Stati sociali» tra conservazione e ricomposizione

Gli anni Novanta hanno quindi visto gli «Stati sociali» europei impegnarsi in un vasto processo di riforme che riguarda l'insieme dei settori della protezione sociale. Le politiche per l'occupazione e l'aiuto sociale hanno conosciuto un ri-orientamento nel senso di una attivazione delle prestazioni dell'assicurazione disoccupazione e dell'assistenza; le modalità del diritto alla pensione sono state modificate; meccanismi di concorrenza e metodi di gestione propri del privato sono stati introdotti nei sistema di cura della salute. Sono state diffusamente operate delle restrizioni che rendono la protezione sociale meno generosa. L'importanza e il grado delle riforme intraprese variano a seconda dei settori e i paesi. Queste sono state particolarmente profonde in Italia poiché le trasformazioni congiunte del regime delle pensioni, del sistema sanitario e delle politiche occupazionali segnano un «ri-orientamento dei principi e degli obiettivi» del sistema della protezione sociale, che «sembra sfociare su un cambiamento di paradigma delle politiche sociali» (Fargion 2001, p. 232). Le riforme avviate rompono soprattutto con la logica particolaristica, che era la caratteristica del sistema italiano, tanto che i privilegi e le ineguaglianze «cominciano a sgretolarsi» (*ibidem*, p. 231). Il sistema italiano di protezione sociale appare così come un sistema *in transizione*.

Il caso italiano invita ad interrogarsi più largamente sul significato delle riforme avviate nei sistemi di protezione sociale nel corso degli anni Novanta. Secondo P. Pierson<sup>125</sup> «un tipo di riforma della protezione sociale predomina» all'interno di ogni regime di Stato sociale: la «ri-mercantilizzazione negli Stati sociali liberali, la modernizzazione delle prestazioni negli Stati sociali socialdemocratici, la ricalibrazione nei sistemi continentali» (Palier 2002, p. 50). Le riforme hanno così più contribuito a rinforzare la logica propria ad ogni sistema: «gli Stati sociali liberali, attraverso la ri-mercantilizzazione delle loro politiche sociali, sono diventati ancora più residuali e liberali; gli Stati sociali socialdemocratici, grazie ad una distribuzione egualitaria delle riduzioni delle prestazioni (meno 10% per tutte le prestazioni) e la riscoperta

---

<sup>125</sup> Pierson, P., *The New Politics of the Welfare State*, Oxford, Oxford University Press, 2001, citato in Palier (2002, p. 50).

dell'orientamento verso il lavoro, sono ritornati al loro modo tradizionale di fare della protezione sociale; la maggior parte degli Stati sociali continentali restano immutati, non solo perché le poche misure che hanno preso rinforzano le loro caratteristiche, ma anche e soprattutto perché sembrano incapaci di mettere in opera delle riforme rilevanti» (*ibidem*, p. 50). Possiamo citare, a titolo di esempio, la creazione – nel 1994 – in Germania di una nuova assicurazione sociale per le cure sanitarie di lunga durata, che «funziona secondo modalità molto vicine a quelle di altre branche del suo sistema» (Palier 2001, p. 42; Hinrichs 1996). Questa nuova assicurazione sociale testimonia della «fiducia» che pone la Germania «nel suo modo di fare della protezione sociale» (Palier 2001, p. 42).

Secondo B. Palier occorre, tuttavia, «sfatare l'idea di una inerzia istituzionale assoluta» degli «Stati sociali» (Palier 2001, p. 45). Alcune riforme strutturali sono la testimonianza, in effetti, di un cambiamento della logica istituzionale. Analizzando il caso francese Palier distingue le riforme che «mirano a preservare il sistema della *Sécurité sociale*» da quelle che «mariano a trasformarla» (Palier 2002, pp. 9-10). Le misure di innalzamento delle contribuzioni sociali e di abbassamento delle prestazioni, la riduzione delle spese di indennizzo della disoccupazione, la riforma delle pensioni e le misure di governo delle spese sanitarie appartengono alla prima categoria, anche se alcune segnano la messa in essere di nuovi strumenti. Viceversa, la messa in essere del Reddito Minimo di Inserimento (RMI), l'istituzione della *Contribution sociale généralisée* (CSG) [Contribuzione sociale generalizzata] e il suo sviluppo nel finanziamento della *Sécurité sociale*, il voto della legge di finanziamento della *Sécurité sociale* attengono al secondo registro (Palier 2002, p. 51; p. 54). Si può anche citare la messa in essere, nel 1999, della *Couverture maladie universelle* (CMU) [Copertura sanitaria universalistica) che garantisce fortemente l'assicurazione malattia per tutti<sup>126</sup> ed organizza una copertura complementare gratuita, con la dispensa dei costi per le persone «che non possono pagarsi una mutua»<sup>127</sup> (*ibidem*, p. 252; Brocas 2001). Queste riforme modificano i «modi di fare e di pensare» la protezione sociale. Lo sviluppo delle prestazioni sotto condizione di reddito (Rmi, Cmu), la fiscalizzazione del sistema di

---

<sup>126</sup> Il numero delle persone che non hanno copertura sanitaria era stimato in 150.000 (Palier 2002, p. 252). Per una analisi storica della generalizzazione della copertura sanitaria ed una analisi della CMU, cfr. Brocas (2001).

<sup>127</sup> Cioè 6 milioni di persone.

protezione sociale (Csg) e il rafforzamento delle capacità dello Stato (voto della legge di finanziamento) non si collocano più nel repertorio bismarckiano della protezione sociale: appartengono ad altri repertori, e soprattutto al repertorio liberale. Si crea così una nuova dinamica che, secondo Palier, può «modificare i processi all'origine della continuità delle configurazioni istituzionali e ideologiche, e quindi essere all'origine di nuovi indirizzi storici» (Palier 2002, p. 51; p. 54).

## Conclusioni

Da molti punti di vista i sistemi europei di protezione sociale appaiono come sistemi ben definiti, con principi e configurazioni istituzionali ben distinti. La protezione sociale britannica è fondata anche sul bisogno, inteso in senso stretto – vale a dire dei «minimi da soddisfare» (Merrien 1997, p. 101). Le prestazioni dell'assicurazione nazionale – contributive – sono forfetarie e di livello poco elevate; le prestazioni sotto condizione di reddito sono numerose e il loro godimento è strettamente controllato. Viceversa le cure sanitarie sono erogate all'interno del servizio sanitario nazionale universale e gratuito. Il sistema di protezione sociale è, in maggioranza, finanziato attraverso l'imposta e gestito dallo Stato in maniera centralizzata. Rispetto alla Gran Bretagna il sistema di protezione sociale dei paesi nordici si presenta come un sistema «universalista forte» (*ibidem*). I diritti sociali sono fondati sulla cittadinanza, ogni cittadino ha l'assicurazione di beneficiare di prestazioni in caso di bisogno, inteso qui in maniera molto ampia (*ibidem*). Le prestazioni universali sono costituite non solo di prestazioni in natura – forfetarie e di livello elevato – ma anche [ed è uno dei tratti distintivi dello Stato sociale nordico] di numerosi servizi sociali gratuiti mirati ai minori e alle persone anziane. Oltre alle prestazioni universali i lavoratori dipendenti beneficiano di prestazioni complementari, contributive e legati al salario precedente. Come in Gran Bretagna il sistema è essenzialmente finanziato attraverso l'imposta ma gestito in maniera decentrata. Un'altra differenza risiede nel ruolo del settore privato: marginale nei paesi nordici, molto importante in Gran Bretagna a causa del debole livello delle prestazioni. Il sistema di protezione sociale dei paesi continentali (Francia, Germania) è organizzato intorno all'assicurazione sociale obbligatoria. I diritti sociali derivano dalla situazione nell'occupazione e l'accento è messo sui trasferimenti monetari in un'ottica di garanzia del reddito. Le prestazioni sono contributive e proporzionali al livello del salario anteriore dell'assicurato. Esiste anche un sistema pubblico di aiuto sociale, costituito da prestazioni sotto condizione di reddito, a destinazione delle persone che non abbiano sufficientemente contribuito o che abbiano perso i loro diritti. Il sistema dell'assicurazione sociale è essenzialmente finanziato attraverso la contribuzione degli imprenditori e degli assicurati e la

sua gestione afferisce alle parti sociali. La protezione sociale dei paesi dell'Europa del Sud è ugualmente organizzata sul principio delle assicurazioni sociali bismarckiane, ad eccezione delle cure sanitarie erogate nel quadro del servizio sanitario nazionale. Essa presenta inoltre delle particolarità specifiche: una distribuzione squilibrata della protezione dei rischi (ultraprotezione del rischio vecchiaia, sottosviluppo delle prestazioni familiari); una fortissima frammentazione istituzionale, generatrice di ineguaglianza tra i gruppi professionali; forti disparità territoriali; debole grado di penetrazione dello Stato nelle istituzioni di protezione sociale; un funzionamento particolaristico – cioè clientelare; una debole efficacia dei servizi della protezione sociale (Ferrera 1997, pp. 16-20).

Queste configurazioni istituzionali, caratteristiche delle quattro famiglie europee della protezione sociale, sono il prodotto del processo di costruzione storica degli «Stati sociali». Il sistema di protezione sociale britannico si è costruito in reazione contro le *Poor Laws* e il loro carattere stigmatizzante, e proprio per questo restandone fortemente marcato. Rompere con la logica delle *Poor Laws* era uno degli obiettivi del dispositivo pubblico delle pensioni di vecchiaia e delle assicurazioni nazionali del 1908-1911. Ed era anche l'intenzione di Beveridge, che assegnava la netta priorità all'assicurazione contributiva nel sistema della sicurezza sociale e poneva in secondo piano l'assistenza a giustificare l'assenza o la scarsità di risorse. Il Piano Beveridge rappresenta una tappa fondamentale nella costruzione dello Stato sociale britannico e molti dei suoi orientamenti segnano ancora fortemente il dispositivo della sicurezza sociale. Il servizio sanitario nazionale, la gestione di un sistema unificato dallo Stato centrale, il principio delle prestazioni forfetarie e minime destinate a coprire unicamente i bisogni di sussistenza ne sono una diretta discendenza. Di contro, su altri aspetti, il sistema della sicurezza sociale si è differenziato dal Piano Beveridge: gli assegni familiari sono stati marginalizzati e si sono soprattutto sviluppate le prestazioni sotto condizione di reddito. Nei paesi dell'Europa continentale la scelta di una protezione sociale fondata sull'assicurazione sociale obbligatoria è stata più o meno contemporanea alla fase dell'emergere degli «Stati sociali». Con le leggi del 1883, 1884 e 1889 la Germania è stata la prima ad impegnarsi su questa strada e le principali caratteristiche del sistema attuale erano, più o meno, contenute in queste prime legislazioni. La riforma dell'assicurazione pensione del 1957 consacrerà

definitivamente il modello di Stato sociale bismarckiano. In Francia la scelta si è, in primo luogo, fondata sulla costruzione di un dispositivo di assistenza pubblica nazionale e repubblicana, articolato intorno all'idea di solidarietà, e sul quale si sono innestate l'assicurazione pensione per gli operai e i contadini nel 1910, poi le assicurazioni sociali del biennio 1928-1930. Tuttavia è con la messa in essere della *Sécurité sociale* nel 1945 che l'assicurazione sociale si è definitivamente imposta come tecnica primaria di protezione sociale. Nei paesi dell'Europa del Sud la storia dell'assicurazione sociale appare più tormentata, segnata in ragione delle esperienze autoritarie e fasciste. Questi regimi hanno in effetti sviluppato i programmi di protezione sociale messi in essere nel decennio 1910-1920 seguendo un orientamento corporativo, avendo come risultato la costruzione o il consolidamento di regimi estremamente frammentati. Un'altra fonte di influenza dei paesi continentali e latini risiede nelle dottrine sociali cattoliche, che hanno consacrato il familismo sostenendo il modello del maschio sostegno di famiglia attraverso un sistema di trasferimenti (Esping-Andersen 1997, p. 430). Se l'assicurazione sociale bismarckiana ha potuto un tempo ispirare i paesi nordici la scelta si è, tuttavia, indirizzata in favore della costruzione di un sistema di protezione sociale universalista, come spiega la messa in essere in Svezia dell'assicurazione pensione universale nel 1913 e che si affermerà nel corso degli anni Quaranta. Inoltre, la mobilitazione<sup>3</sup> delle femministe nel corso degli anni Trenta in Svezia avrà un'influenza determinante nel processo di de-istituzionalizzazione delle forme della vita familiare e il trasferimento al settore pubblico delle attività di aiuto e di cura.

Durante i *Trente Glorieuses*, i paesi europei si impegneranno a sviluppare il loro sistema di protezione sociale secondo gli orientamenti e i principi fissati nel corso degli anni Quaranta. In Francia e in Germania gli sforzi tendono verso la generalizzazione della protezione sociale a tutti gli strati della popolazione e all'insieme dei rischi sociali (creazione nel 1958 dell'assicurazione disoccupazione in Francia). Anche il livello delle prestazioni viene elevato, mentre si mettono in essere dei dispositivi rinnovati di assistenza, ultima rete di sicurezza dei sistemi di protezione sociale organizzati sul principio dell'assicurazione. Anche i paesi nordici rinforzano le dimensioni universalistiche ed egualitarie del loro sistema di protezione sociale: elevano il livello delle prestazioni, si impegnano in una politica attiva del mercato del

lavoro e di solidarietà dei salari, sviluppando i servizi sociali – tuttavia con delle differenze tra i paesi (Norvegia per i servizi sociali, Danimarca per le politiche passive dell’occupazione). La Gran Bretagna, di contro, tende – dagli anni Sessanta, ad orientarsi verso una politica di target delle prestazioni e delle politiche sociali. Tuttavia è nel corso dei *Trente Glorieuses* che delle convergenze cominciano ad emergere tra i sistemi di protezione sociale «sulla base di reciproche ibridazioni» (Merrien 1997, p. 13). Dalla fine degli anni Cinquanta i paesi nordici introducono delle prestazioni contributive legate al reddito nei loro programmi universalistici dell’assicurazione malattia e dell’assicurazione pensione, integrando così una delle componenti del sistema bismarckiano. Lo stesso orientamento viene seguito in Gran Bretagna con le riforme delle pensioni del 1959 e del 1975, che rompono con la logica dell’uniformità del Piano Beveridge. Possiamo anche citare il caso della Francia, in cui la politica familiare passa, a partire dagli anni Settanta, dalla promozione del maschio sostegno della famiglia ad un modello parentale, avvicinandosi così al modello nordico. I più grandi capovolgimenti hanno tuttavia luogo nei paesi dell’Europa del Sud. Gli anni 1970-1980 segnano non solo una modernizzazione della protezione sociale in favore dell’universalismo ma anche una trasformazione radicale del sistema delle cure sanitarie, che passa da un sistema dell’assicurazione malattia ad un servizio sanitario nazionale. La trasformazione fu però molto meno completa in Portogallo e in Grecia rispetto all’Italia e alla Spagna.

La fine degli anni Settanta e i primi anni Ottanta aprono, per i sistemi europei di protezione sociale, un periodo di difficoltà, caratterizzate dalla crescita della disoccupazione e della precarietà, dalla povertà e dall’esclusione. Anche gli «Stati sociali» sono investiti dalle trasformazioni dell’ambiente economico e sociale, e che si ripercuotono in maniera differenziata secondo i sistemi. E anche da problemi specifici. Le riforme messe in essere nel corso dell’ultimo decennio per farvi fronte fanno, nell’insieme, appello alle stesse ricette. Assistiamo così ad un movimento comune di riduzione del livello della protezione sociale, segnato da un indurimento dei criteri di elegibilità e da una riduzione del livello delle prestazioni, che incoraggia lo sviluppo del settore privato. La gestione dei sistemi sanitari fa ormai appello a degli strumenti caratteristici dell’economia di mercato, sia che si tratti dell’introduzione delle relazioni di concorrenza tra gli attori o dei metodi di gestione propri



del privato. Assistiamo anche ad una presa in conto dell'esclusione attraverso la generalizzazione di politiche di reddito minimo. Infine, tutti i paesi europei si sono impegnati in un processo di attivazione di politiche per l'occupazione e di assistenza, miranti meno al sostegno del reddito che all'inserimento sul mercato del lavoro. Come interpretare queste riforme in apparenza convergenti? I responsi sembrano univoci. Secondo P. Pierson le riforme degli anni Novanta hanno soprattutto contribuito a rinforzare la logica propria ad ogni sistema di protezione sociale (Palier 2002, p. 50). Privilegiano le politiche sociali mirate, incoraggiando il risparmio individuale (riforma del sistema delle pensioni del 1986), sviluppando una politica di attivazione particolarmente costrittiva lo Stato sociale britannico tende a divenire più residuale e liberale. Mostrandosi meno generoso verso le classi medie lo Stato sociale scandinavo tende a ritornare verso il suo punto di partenza Beveridgeano (prestazioni universali forfetarie) (Hagen 1999, p. 726). Infine, le riforme avviate negli «Stati sociali» continentali tendono a rinforzare la logica assicurativa del sistema a detrimento della solidarietà. Viceversa, secondo F.-X. Merrien, i tre modelli di Stato sociale tendono maggiormente a ricomporsi secondo un modello binario, l'uno liberale-residuale repressivo (Usa, Nuova Zelanda e Gran Bretagna, in una certa misura) e l'altro «europeo», fondendo elementi del modello universalista ed elementi del modello bismarckiano (Merrien 1997, pp. 117-125). Bisogna in ogni caso sfumare, con B. Palier, l'idea di una inerzia istituzionale degli «Stati sociali», come testimoniano le riforme francesi degli anni Novanta. Secondo Palier «sembrano disegnarsi nuovi riferimenti di politiche sociali» a livello europeo, segnatamente «attraverso i testi pubblicati dalla Commissione Europea»: «le nuove norme di azione prescrivono di adattare i sistemi di protezione sociale ad una politica dell'offerta e non più della domanda; di mettere lo Stato sociale al servizio della competitività; di rendere i sistemi di protezione sociale più favorevoli all'occupazione riducendone il loro costo [...] e non più aumentando le spese sociali; di rendere le prestazioni più incitative attraverso politiche di attivazione delle spese; di rendere appagante il lavoro; di mirare l'intervento pubblico su quelli che ne hanno più bisogno; di fare appello a tutti gli attori della protezione sociale: Stato, ma anche mercato, famiglia, settore associativo» (Palier 2002, p. 406).

### Nota

Questo *progress* presenta una sintesi dei primi risultati di un programma di ricerca che mira a comparare il sistema della protezione sociale italiana con gli altri sistemi europei. Molti aspetti non sono stati affrontati e questa sintesi soffre certamente di numerose lacune.

Percepriamo forse qui i limiti di un esercizio centrato su una data documentazione, che guadagnerebbe dall'essere allargato all'integrazione dell'abbondante letteratura anglosassone sui sistemi di protezione sociale. Per altro alcune ulteriori piste di ricerca possono essere suggerite. Le ricerche sugli «Stati sociali» non hanno tutte lo stesso grado di avanzamento secondo i paesi: ad esempio il «sistema portoghese di sicurezza sociale, e soprattutto le sue radici storiche, sono, anche nello stesso Portogallo, poco conosciuti e insufficientemente dibattuti» (Guibentif 1997, p. 65). Anche se la storia del sistema di protezione sociale francese ha costituito l'oggetto, e continua ancora ad esserlo, di numerosi lavori molti dei suoi aspetti chiedono di essere più finemente chiariti. In un'ottica comparativa dovremmo forse indirizzarci in favore di una maggiore conoscenza del funzionamento concreto dei sistemi di protezione sociale e dell'applicazione delle politiche sociali. Lo «Stato sociale» svedese e la sua politica segnata a favore dell'eguaglianza dei sessi perde un po' della sua rilevanza allorquando si conosce la debole proporzione di padri che usano del loro diritto all'assicurazione parentale: «le donne continuano a pagare un prezzo molto più elevato per avere dei figli di quanto facciano i maschi» (Ohlander 1994, p. 47).

Il nostro programma di ricerche mira, globalmente, a favorire le comparazioni dei sistemi di protezione sociale a livello nazionale: un'altra pista di ricerca potrebbe essere l'investire l'analisi delle politiche locali<sup>128</sup>. Le comunità locali hanno avuto un ruolo fondamentale nella costruzione degli «Stati sociali», compresa quella degli Stati segnati storicamente dalla centralizzazione (come nel caso francese).

Esse continuano oggi ad essere fortemente sia svantaggiate che mobilitate. Favorire le comparazioni europee tra le politiche sociali locali e il loro rapporto col «nazionale» potrebbe permettere una maggiore comprensione dei sistemi di protezione sociale, nelle loro configurazioni passate e presenti, e forse affinare la conoscenza dei percorsi di ricomposizione degli «Stati sociali».

---

<sup>128</sup> Cfr. il colloquio franco-tedesco del 2002, MiRe, *Les transformations des politiques sociales au niveau local en France et en Allemagne*, MiRe-Mairie d'Andernach, Andernach, 22-24 avril 2002.

## Bibliografia

Abelshauser, W. 1996

*Erhard ou Bismarck? L'orientation de la politique sociale allemande à la lumière de la réforme de l'assurance sociale des années cinquante*, in MiRe 1996, pp. 115-143.

Abrahmson, P. 1999a

*Le modèle scandinave de protection sociale*, in MiRe 1999, pp. 31-63.

Abrahmson, P. 1999b

*Activation et politiques sociales. Une comparaison entre la France et la Scandinavie*, in MiRe 1999, pp. 437-452.

Abrahmson, P. 2001

*L'activation des politiques sociales scandinaves: le cas du Danemark*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 123-140.

Alapuro, R. 1999

*Le répertoire de l'action collective en France et Scandinavie*, in MiRe 1999, pp. 99-119.

Alber, J. 1982

*Le origini del Welfare State: teorie, ipotesi ed analisi empirica*, in «Rivista Italiana di Scienza Politica», n. 3.

Alber, J. 1982

*Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa*, Frankfurt a. M. – New York, tr. it. *Dalla carità alla Stato sociale*, Bologna, Il Mulino, 1987.

Almqvist, A.L., Boje, T. 1999

*Garde des enfants: acteurs, financement et organisation. Comparaison de la vie familiale et professionnelle dans différents systèmes européens d'État-Providence*, in MiRe 1999, pp. 285-314.

Andre, C. 1996

*Protection sociale et systèmes de retraite: une comparaison franco-allemande*, in MiRe 1996, pp. 241-269.

Anxo, D., Erhel, C. 1999

*Systèmes institutionnels et financement des politiques actives de l'emploi en France et en Suède: quelles évolutions dans les années quatre-vingt-dix?*, in MiRe 1999, pp. 481-505.

Artoni, R., Zanardi, A. 1997

- L'évolution du système de retraite italien*, in MiRe 1997, pp. 267-292.
- Ascoli, U. 1997
- Introduction à la troisième partie: Réformer les systèmes de retraite*, in MiRe 1997, pp. 255-266.
- Ascoli, U. (a cura di) 1984
- Welfare State all'italiana*, Bari, Laterza.
- Ashford, D.E. 1981
- The Growth of Social Security in Britain and France: Welfare State by Intent and by Default*, Cornell, settembre, mimeo.
- Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale (ed) 2001
- Un siècle de protection sociale en Europe*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale.
- Attias-Donfut, C. 1996
- Retraites et équité entre générations*, in MiRe 1996, pp. 163-181.
- Babeau, A. 1997
- Problèmes posés par l'introduction des fonds de pension en France*, in MiRe 1997, pp. 293-306.
- Badaloni, N. 1987
- La teoria gramsciana delle dislocazioni egemoniche*, in «Critica marxista», nn. 2-3, pp. 29-54.
- Balbo, L., Nowotny, H. (eds) 1986
- Time to Care in Tomorrow's Welfare Systems*, Vienna, Eurosocial.
- Bandres, E., Cuenca, A. 1997
- Annuités et transferts dans les pensions de la Sécurité sociale espagnole*, in MiRe 1997, pp. 307-328.
- Barthe., M.A. 1997
- L'action des politiques sociales sur les mécanismes d'allocation des emplois*, in MiRe 1997, pp. 459-477.
- Bec, C. 1999
- Assistance et égalité dans le système français de protection sociale*, in MiRe 1999, pp. 135-147.
- Becchi Collidà, A. 1979
- Politiche del lavoro e garanzie del reddito in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Becchi Collidà, A. (a cura di) 1984
- Lavoro, sussidi, Mezzogiorno*, Milano, Angeli.
- Beveridge, W. 1948 (ed. originale)

- L'azione volontaria*, tr. it. Milano, Edizioni di Comunità, 1954.
- Blanchet, D. 1999  
*Introduction à la quatrième partie: Aspects du cycle de vie*, in MiRe 1999, pp. 337-342.
- Boccella, N. 1982  
*Il Mezzogiorno sussidiato: reddito, prodotto e trasferimenti alle famiglie nei comuni meridionali*, Milano, Angeli.
- Bouget, D. 1997  
*Introduction à la sixième partie: pauvreté et action sociale locale*, in MiRe 1997, pp. 507-515.
- Bouget, D. 1999  
*Introduction à la septième partie: De nouveaux enjeux de protection sociale? Enjeux actuels*, in MiRe 1999, pp. 629-641.
- Bowles, S., Gintis, H. 1981  
*La crisi del capitalismo liberal-democratico. Il caso degli Stati Uniti*, in «Stato e Mercato», n. 1.
- Bradshaw, J. 1995  
*Un exemple de simulation de politique sociale en méthode comparative*, in MiRe, 1995, pp. 471-492.
- Bradshaw, J. 2001  
*Jusqu'où les minima sociaux contribuent-ils à lutter contre la pauvreté des enfants?*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 177-193.
- Breuil-Genier, P. 1999  
*Aides aux personnes âgées dépendantes: une très grande hétérogénéité des pratiques*, in MiRe 1999, pp. 387-407.
- Briggs, A. 1961  
*The Welfare State in Historical Perspective*, in «Archives Européennes de Sociologie», n. 2.
- Burdillat, M., Outin, J.L., 1996  
*Interaction emploi/travail/protection sociale*, in MiRe 1996, pp. 337-367.
- Cabiedes, L., Guillén, A. 1999  
*L'introduction de la concurrence dans les systèmes de santé des pays de l'Europe du Sud*, in «Revue française des affaires sociales», Décembre, pp. 145-165.
- Castel, R. 1997  
*Le modèle de la société salariale comme principe d'une comparaison entre les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en Europe du Sud*, in MiRe 1997, pp. 29-48.

Castillo, S. 2001

*La mutualité et la construction du système de protection sociale en Espagne*, in Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale (ed) 2001, pp.103-123.

Catrice-Lorey, A. 2001

*L'État social en France: genèse et évolution d'un modèle institutionnel (1920-1996)*, in Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale (ed) 2001, pp. 59-90.

Chambaz, C. 2001

*Construction, usages et portées des indicateurs statistiques*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 47-54.

Commaille, J. 2001

*Comparer les systèmes de protection sociale en Europe. une mobilisation scientifique pour un projet politique*, in Daniel., C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 7-14.

Commaille, J., De Singly, F. (eds) 1997

*La question familiale en Europe*, Paris, L'Harmattan.

Commaille, J., Jobert, B. (eds) 1998

*Les métamorphoses de la régulation politique*, Paris, LGDJ.

Commission Européenne 1993

*La Protection sociale en Europe*, DG V, Bruxelles.

Commission Européenne 1995

*La Protection sociale en Europe*, DG V, Bruxelles.

Commission Européenne 1998

*La Protection sociale en Europe*, DG V, Bruxelles.

Daniel, C. 2001

*Les politiques sociales françaises face au chômage*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 141-149.

Daniel, C., Palier, B. 2001

*Comparer les réformes en cours, éclairer les débats à venir*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 17-29.

Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001

*La protection sociale en Europe. Le temps des réformes*, Paris, La Documentation française.

Dell'Aringa, C., Lodovici, M. 1997

*Mesures en faveur des chômeurs et amortisseurs de chocs sociaux: l'expérience de l'Italie*, in MiRe 1997, pp. 479-504.

Ditch, J. 1995

*Comparaison des dispositifs de secours dans les systèmes d'aide sociale*, in MiRe 1995, pp. 367-399.

Döhler, M., Hassenteufel, P. 1996

*Configuration et régulation de l'assurance maladie, une comparaison France-Allemagne*, in MiRe 1996, pp. 271-297.

Donati, P. 1986

*Innovazione e regolazione nelle politiche sociali: la sfida dei sistemi complessi*, in Donati (a cura di) 1986.

Donati, P. (a cura di) 1986

*Le politiche sociali nella società complessa*, Milano, Angeli.

Drees 1999

*La protection sociale dans les pays de l'Union européenne. Chiffres repères - 1998*, Paris, La Documentation française.

Dumons, B., Pollet, G. 1994

*L'État et les retraites. Genèse d'une politique*, Paris, Belin.

Dumont, J.P. 1998

*Les systèmes de protection sociale en Europe*, Paris, Économica.

Elbaum, M. 2001

*Comparer pour mieux analyser les enjeux nationaux*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 255-261.

Enjolras, B., Lodemel, I. 1999

*Activation des dépenses passives en France et en Norvège: nouvelles divergences dans une période convergence*, in MiRe 1999, pp. 507-541.

Esping-Andersen, G. 1990

*The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge, Polity Press.

Esping-Andersen, G. 1997

*L'État social sans travail: l'impasse des stratégies de licenciement et du familialisme dans les politiques sociales en Europe continentale*, in MiRe 1997, pp. 429-458.

Esping-Andersen, G. 2001

- Un État-Providence pour le XXIe siècle*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 75-105.
- Esping-Andersen, G., Korpi, W. 1983  
*From Poor Relief to Institutional Welfare States: The Development of Scandinavian Social Policy*, relazione presentata al Convegno su *Comparative Study of Distribution and Social Policy in Advanced Industrial Nations*, Friburgo, 20-25 maggio.
- Fargion, V. 1997  
*Les effets de la décentralisation sur l'État-Providence italien: l'aide sociale entre la pauvreté et le bien-être*, in MiRe 1997, pp. 583-605.
- Fargion, V. 2001  
*Des réformes négociées: le cas de l'Italie*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 231-246.
- Ferrera, M. 1985  
*Il Welfare State in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Ferrera, M. 1997  
*Introduction générale*, in MiRe 1997, pp. 15-26.
- Ferrera, M. (a cura di) 1981  
*Lo stato del benessere: una crisi senza uscita?*, Firenze, Le Monnier.
- Flora, P., Heidenhimer, A.J. (eds) 1981  
*The Development of Welfare States in Europe and America*, New Brunswick and London, Transaction Books, tr. it., *Lo sviluppo del Welfare State in Europa e in America*, Bologna, Il Mulino, 1983.
- Gauvin, A. 2001  
*Activité féminine et politique familiale: les compromis français*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 169-175.
- Gibaud, B. 1995  
*La mutualité française entre État et marché, naissance d'une identité (1850-1914)*, in MiRe 1995, pp. 189-216.
- Glennerster, H., Le Grand, J. 1995  
*Le développement des quasi-marchés dans le domaine de la protection sociale*, in MiRe 1995, pp. 299-322.
- Gough, I. 1979  
*The Political Economy of the Welfare State*, London, MacMillan.
- Granaglia, E. 1997



*Le service national de santé en Italie face aux défis de la privatisation*, in MiRe 1997, pp. 195-215.

Greve, B. 1999

*Soutien économique aux familles avec enfants. Comparaison entre la France, le Danemark et la Suède*, in MiRe 1999, pp. 267-284.

Guibentif, P. 1997

*Les transformations de l'appareil portugais de Sécurité sociale*, in MiRe 1997, pp. 49-69.

Guillén, A. 1997

*Développement de l'État-Providence en Espagne: une approche historique et explicative*, in MiRe 1997, pp. 71-96.

Guillén, A. 2001

*L'universalisation des systèmes de santé dans les pays de l'Europe du Sud*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 209-224.

Gutmann, A. 1980

*Liberal Equality*, Cambridge (Mass.), Cambridge University Press.

Hagen, K. 1999

*Vers une européanisation des politiques sociales? Un point de vue scandinave*, in MiRe 1999, pp. 707-740.

Harris, J. 1995

*Contrat et citoyenneté dans la protection sociale: 1934-1948*, in MiRe 1995, pp. 161-179.

Harris, J. 2001

*Le cas de la Grande-Bretagne*, in Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale (ed) 2001, pp. 19-26.

Hatland, A. 1999

*Introduction à la troisième partie: Politiques familiales*, in MiRe 1999, pp. 261-266.

Heidenheimer, A.J., Elvander, N. (eds) 1980

*The Shaping of the Swedish Health System*, New York, St. Martin Press.

Hesse, P.H. 1999

*Le «modèle français»: comme une essaim de chauve-souris*, in MiRe 1999, pp. 15-29.

Hinricks, K. 1996

*L'assurance soins de longue durée: une innovation institutionnelle de la politique sociale*

*allemande*, in MiRe 1996, pp. 299-330.

Hudeman, R. 2001

*Sécurité sociale et modèle allemand*, in Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale (ed) 2001, pp. 223-231.

Igl, G. 2001

*Architecture du système de protection sociale en Allemagne*, in Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale (ed) 2001, pp. 91-98.

Jeppsson Grassman, E. 1999

*Secteur associatif et protection sociale: situation en Suède et comparaison avec la France*, in MiRe 1999, pp. 643-665.

Johnson, P. 2001

*La retraite en Grande-Bretagne*, in Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale (ed) 2001, pp. 199-208.

Kangas, O., Velli-Matti, R. 1999

*Transferts de revenu et pauvreté dans les pays nordiques et en France*, in MiRe 1999, pp. 551-580.

Kaufman, O. 1996

*La relation de travail, l'emploi et l'exclusion face à la protection sociale*, in MiRe 1996, pp. 369-387.

Kaufmann, F.X. 1996a

*Introduction générale*, in MiRe 1996, pp. 15-22.

Kaufmann, F.X. 1996b

*Introduction à la quatrième partie: Emploi, relations professionnelles et protection sociale*, in MiRe 1996, pp. 333-336.

Kaufmann, F.X. 1997

*Les États-Providence européens dans leur rapport avec la famille*, in Commaille, J., De Singly, F. (eds) 1997, pp. 103-131.

Kerschen, N. 1995

*L'influence du plan Beveridge sur le plan de Sécurité sociale français en 1945*, in MiRe 1995, pp. 127-159.

Knapp, M., Wistow, G. 1995

*Le développement de l'économie mixte dans le domaine des soins de santé et de l'action sociale*

- en Angleterre: réussites et échecs*, in MiRe 1995, pp. 257-285.
- Kohli, M. 1996  
*Introduction à la deuxième partie: Catégories sociales et catégories d'État-Providence*, in MiRe 1996, pp. 155-161.
- Korpi, W. 1995  
*Le développement de la citoyenneté sociale en France: une perspective comparative*, in MiRe 1995, pp. 13-54.
- Kosonen, P. 1999  
*Activation, incitations et workfare dans quatre pays nordiques*, in MiRe 1999, pp. 453-480.
- Kott, S. 1996  
*Communauté ou solidarité. Des modèles divergents pour les politiques sociales française et allemande à la fin du XIXe siècle*, in MiRe 1996, pp. 41-59.
- Laparra, M., Aguilar, M. 1997  
*Exclusion sociale et programmes de revenu minimum en Espagne*, in MiRe 1997, pp. 557- 582.
- Lefaucheur, N. 1995  
*«Familles à risques» et «risques familiaux»: petite généalogie de la «protection sociale» des familles monoparentales en France*, in MiRe 1995, pp. 449-469.
- Lefaucheur, N. 1999  
*Introduction à la première partie: Histoire et idéologies*, in MiRe 1999, pp. 91-97.
- Letho, J. 1999  
*Universalité du droit aux services de santé et de protection sociale*, in MiRe 1999, pp. 685-706.
- Leisering, L. 1996  
*Limites de l'État d'assurance sociale? Les mutations sociales ou le défi des garanties de revenu publiques*, in MiRe 1996, pp. 407-437.
- Lelievre, E., Gauthier, A. 1995  
*L'emploi des femmes en Europe: Inégalités, discontinuités, politiques publiques*, in MiRe 1995, pp. 493-518.
- Letourmy, A. 1995  
*Les formes économiques de la régulation des dépenses de santé en France: le gaspillage négocié*, in MiRe 1995, pp. 323-360.
- Lewis, J. 1997  
*Introduction à la quatrième partie: Politique familiale et place de la famille*, in MiRe 1997, pp.

331-339.

Liakos, A. 1997

*La politique de protection sociale en Grèce (1909-1940): des besoins privés à la question sociale*, in MiRe 1997, pp. 97-114.

Maravall, J. 1997

*Introduction à la cinquième partie: Emploi et protection sociale*, in MiRe 1997, pp. 415-428.

Marshall, T.H. 1961

*The Welfare State. A Sociological Interpretation*, in «Archives of European Sociology, n. 2.

Marshall, T.H. 1964

*Class, Citizenship and Social Development*, New York, Doubleday, tr. it. *Cittadinanza e classe sociale*, Torino, Utet, 1976.

Marshall, T.H. 1965

*Social Policy*, London, Hutchington University Library.

Martin, C. 1997

*Protection sociale et protection par la famille en Europe du Sud: quelles spécificités?*, in MiRe 1997, pp. 341-362.

Merrien, F.X. 1996

*Introduction à la deuxième partie: Catégories sociales et catégories d'État-Providence*, in MiRe 1996, pp. 147-154.

Merrien, F.X. 1997

*L'État-Providence*, Paris, PUF, collection Que sais-je?.

Messu, M. 1999

*Solidarisme et familialisme, le poids des conceptions idéologiques dans la formation de la protection sociale française*, in MiRe 1999, pp. 121-134.

MiRe 1995

*Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 1: Rencontres d'Oxford, Paris, MiRe.

MiRe 1996

*Comparer les systèmes de protection sociale en Europe*, Volume 2: Rencontres de Berlin, Paris, MiRe.

MiRe 1997

*Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud*, Volume 3, Paris, MiRe.

MiRe 1998

*Social Protection: a Bilingual Glossary/Glossaire bilingue de la protection sociale*, Volume 2: Les termes anglais, Paris, MiRe.

MiRe 1999

*Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Nord et en France*, Volume 4 Rencontres de Copenhague, Nantes, MSH Ange Guépin.

Mishra, R. 1977

*Society and Social Policy: Theoretical Perspectives on Welfare*, London, MacMillan.

Ohlander, A.S. 1994

*Les femmes, les enfants et le travail en Suède, 1850-1993*, Rapport pour la conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire.

Olafsson, S. 1999

*Le modèle islandais. Sécurité sociale et Welfare dans une perspective comparative*, in MiRe 1999, pp. 65-88.

Olier, L., Herpin, N. 1999

*Les familles monoparentales: aidées mais fragilisées*, in MiRe 1999, pp. 315-334.

Olsson Hort, S. 2001

*La société civile, l'État et la Sécurité sociale en Suède: centralisation et décentralisation dans le modèle social scandinave*, in Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale (ed) 2001, pp. 49-58.

Ostner, I. 2001

*Régimes de protection sociale, taux d'activité des femmes et famille*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 153-168.

Ostner, I., Lessenich, S. 1996

*Droits de la citoyenneté sociale, capacité de gain et obligations familiales. La politique de protection sociale dans les États-Providence catholiques*, in MiRe 1996, pp. 183-202.

Palier, B. 2001

*Les différents modèles de protection sociale et leur impact sur les réformes nationales*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 33-46.

Palier, B. 2002

*Gouverner la Sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, Paris, PUF.

Palme, J. 1999

*Introduction à la deuxième partie: Genre et politiques sociales*, in MiRe 1999, pp. 151-159.

Palme, J. 2001

*Les effets redistributifs de la protection sociale, une analyse comparative du modèle scandinave comme stratégie de lutte contre les inégalités*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 55-71.

Pereirinha, J. 1997

*États-Providence et dispositifs de lutte contre la pauvreté: quelques éléments pour une comparaison axée sur les pays d'Europe du Sud. Le cas spécifique du Portugal*, in MiRe 1997, pp. 517-556.

Pinto, C. 1997

*Santé, équité et bien-être social*, in MiRe 1997, pp. 149-164.

Pollet, G. 1998

*La régulation au confluent des coalitions sociales et politiques*, in Commaille, J., Jobert, B. (eds) 1998, pp. 329-359.

Pollet, G., Renard, D. 1996

*Genèses et usages de l'idée paritaire dans le système de protection sociale français (fin XIXe-XXe siècles)*, in MiRe 1996, pp. 61-86.

Prost, A. 2001

*Le cas de la France*, in Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale (ed) 2001, pp. 27-46.

Renard, D. 1995a

*Les rapports entre assistance et assurance dans la constitution du système de protection sociale français*, in MiRe 1995, pp. 105-125.

Renard, D. 1995b

*Intervention de l'État et genèse de la protection sociale en France (1880-1940)*, in «Lien social et politique-RIAC», printemps, 33, pp. 13-26.

Reynaud, E. 1995

*Les régimes complémentaires: retraites d'entreprise en Allemagne et au Royaume-Uni*, in MiRe 1995, pp. 217-255.

Reynaud, E. 2001

*Réformes des retraites et concertation sociale*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 247-252.

- Rhodes, M. 1997  
*Introduction à la deuxième partie: Santé, équité, bien-être*, in MiRe 1997, pp. 145-148.
- Rico, A. 1997  
*Décentralisation régionale et réforme de la santé en Espagne (1975-1995)*, in MiRe 1997, pp. 217-251.
- Rimlinger, G.V. 1971  
*Welfare Policy and Industrialization in Europe, America and Russia*, New York, J. Wiley and Sons.
- Ringen, S. 1995  
*Introduction au chapitre 3: Enjeux politiques et économiques de la régulation des systèmes de santé*, in MiRe 1995, pp. 299-301.
- Ritter, G.A. 1991  
*Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich*, München, Oldenbourg Verlag GmbH, tr. it. *Storia dello Stato sociale*, Bari, Laterza, 1996.
- Ritter, G.A. 1996  
*Introduction à la première partie: Les origines, les termes de base, les significations*, in MiRe 1996, pp. 25-39.
- Ritter, G.A. 2001  
*La Sécurité sociale en Allemagne de Bismarck à nos jours*, in Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale (ed) 2001, pp. 7-17.
- Rocaboy, Y. 1999  
*La décentralisation des politiques d'action sociale en France: un point de vue économique*, in MiRe 1999, pp. 581-600.
- Rossi, G., Donati, P. 1982  
*Welfare State. Problemi e alternative*, Milano, Angeli.
- Sainsbury, D. 1999  
*Le genre et la construction des États-Providence en Norvège et en Suède*, in MiRe 1999, pp. 161-178.
- Schultheis, F. 1996  
*La famille, une catégorie de droit social? Une comparaison franco-allemande*, in MiRe 1966, pp. 203-234.
- Schweitzer, S. 2002

*Les femmes ont toujours travaillé. Une histoire du travail des femmes aux XIX et XXe siècles*, Paris, Editions Odile Jacob.

Skevik, A. 1999

*Mères, ménagères, épouses et travailleuses: les mères seules dans la politique sociale norvégienne*, in MiRe 1999, pp. 237-257.

Skrede, K. 1999

*Façonner l'égalité entre hommes et femmes, le rôle de l'État en Norvège: expérience, politique actuelle et défis de demain*, in MiRe 1999, pp. 179-212.

Southall, H. R. 1995

*Ni État ni marché: Les premières prestations sociales en Grande-Bretagne*, in MiRe 1995, pp. 65-103.

Strobel, P. 2001

*La contribution des politiques familiales à la réduction et de la pauvreté et des inégalités: les paradoxes du cas français*, in Daniel, C., Palier, B. (eds) 2001, pp. 195-205.

Sunström, G. 1999

*Politique sociale et mode de vie des personnes âgées dans les pays nordiques et en France*, in MiRe 1999, pp. 373-385.

Symeonidou, H. 1997

*État-Providence et réseaux informels dans la Grèce contemporaine*, in MiRe 1997, pp. 363-388.

Szebehely, M. 1999

*Concepts et tendances de l'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes en France et en Suède. Commentaires sur les contributions de Pascale Breuil-Genier et Gerdt Sundström*, in MiRe 1999, pp. 409-426.

Tawney, R.H. 1931

*Equality*, London, Capricorn Books.

Thane, P. 1991

*Genre et protection sociale. la protection maternelle et infantile en Grande-Bretagne, 1860-1918*, in «Genèses», décembre, pp. 73-97.

Titmuss, R.M. 1950

*Problems of Social Policy*, London, Allen and Unwin.

Titmuss, R.M. 1958

*Essays on the Welfare State*, London, Allen and Unwin, tr. it. *Saggi sul Welfare State*, Roma,



- Edizioni Lavoro, 1986.
- Titmuss, R.M. 1968  
*Commitment to Welfare*, London, Pantheon Books.
- Titmuss, R.M. 1971  
*The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*, London, Allen and Unwin.
- Titmuss, R.M. 1974  
*Social Policy: An Introduction*, New York, Pantheon Books.
- Topalov, C. 1995  
*L'invention du chômage. Terminologie, classification et réforme sociale, 1880-1910*, in MiRe 1995, pp. 525-541.
- Uusitalo, H. 1999  
*Introduction à la sixième partie: Politiques nationales et locales de lutte contre la pauvreté*, in MiRe 1999, pp. 545-550.
- Valiente, C. 1997  
*Le rejet de l'héritage autoritaire: la politique de la famille en Espagne (1975-1995)*, in MiRe 1997, pp. 389-411.
- Vicarelli, G. 1997  
*Systèmes de Welfare et changement social: cent ans de politiques de Sécurité sociale en Italie*, in MiRe 1997, pp. 115-142.
- Visti Hansen, J. 1999  
*Politique de la ville au Danemark et en France*, in MiRe 1999, pp. 601-626.
- Whiteside, N. 1995  
*La recherche du consensus: politiques des revenus salariaux et sociaux dans la Grande-Bretagne de l'Après-Guerre*, in MiRe 1995, pp. 575-573.
- Wilensky, H.L. 1975  
*The Welfare State and Equality. Structural and Ideological Roots of Public Expenditure*, Berkeley, University of California Press.
- Wilensky, H.L. 1976  
*The New Corporatism. Centralization and the Welfare State*, London, Sage.
- Wilensky, H.L., Lebeaux, Ch.N. 1965  
*Industrial Society and Social Welfare*, New York, Free Press.
- Wikeley, N. 2001

*Prestations familiales et niveau de vie des familles en Grande-Bretagne*, in Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale (ed) 2001, pp. 213-221.

Appendici

Appendice 1. I tre regimi di protezione sociale secondo G. Esping-Andersen

<b>Regime di protezione sociale</b>	<b>Liberales</b>	<b>Socialdemocratico</b>	<b>Conservatore-corporativo</b>
Situazione geografica	Anglo-sassone	Scandinavo	Continental
Riferimento storico	Beveridge	Beveridge	Bismarck
Obiettivi	Lottare contro la povertà	Assicurare un reddito eguale a tutti, redistribuzione egualitaria	Mantenere il reddito dei lavoratori
Principio di funzionamento	Selettività	Universalità	Contributività
Tecnica	Target mirato	Redistribuzione	Assicurazione sociale

Fonte: Palier (2001, p. 35)

Appendice 2. Le caratteristiche istituzionali degli «Stati sociali»

	<b>Paesi nordici</b>	<b>Paesi anglo-sassoni (Regno Unito)</b>	<b>Paesi continentali (Francia, Germania)</b>	<b>Europa del Sud</b>
<b>Principio di funzionamento</b>	Universalità	Universalità Contributività	Contributività (occupazione)	Contributività (occupazione) Universalità
<b>Natura delle prestazioni</b>	Forfetarie Servizi sociali	Servizio sanitario nazionale Forfetario	Proporzionali ai salari	Proporzionali ai salari Servizio sanitario nazionale
<b>Modello di funzionamento</b>	Imposta	Imposta	Contribuzioni sociali	Contribuzioni sociali
<b>Modello di gestione</b>	Stato de-centralizzato	Stato centrale	Parti sociali	Parti sociali Stato

Fonte: ns. sintesi da Palier (2001, pp. 38-40).