

**COMMISSIONE PER L'ANALISI DELLE
COMPATIBILITA' MACROECONOMICHE
DELLA SPESA SOCIALE**

RELAZIONE FINALE

28 febbraio 1997

Riconoscimenti:

la Commissione ringrazia per la collaborazione prestata la Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, l'Istituto centrale di Statistica, l'Istituto di Ricerche sulla Popolazione, l'Istituto Studi per la Programmazione Economica, il Nucleo di Valutazione della Spesa Previdenziale, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, la Ragioneria Generale dello Stato e l'Ufficio Statistico delle Comunità Europee.

Sommario

Le origini dei sistemi di benessere collettivo; La situazione italiana; Italia e Europa, un confronto; Le tendenze comuni ai paesi maturi; I vincoli comuni; Le strategie per l'efficienza; La convergenza europea dei sistemi di benessere collettivo; La convergenza del sistema di spesa sociale italiano; I vincoli macroeconomici di medio lungo periodo; Le politiche del lavoro; La spesa per l'assistenza; La politica sociale della casa; Il sistema sanitario; Il sistema pensionistico; Le implicazioni macroeconomiche delle riforme nel prossimo triennio; Conclusione

RELAZIONE FINALE

28 febbraio 1997

Le origini dei sistemi di benessere collettivo

Il secondo dopoguerra ha visto svilupparsi, in momenti diversi, nei diversi paesi occidentali, sistemi complessi di protezione sociale.

L'obiettivo generale che tali sistemi di spesa sociale si sono dati è stato di combinare il benessere con la coesione sociale. A questo fine, si sono proposti di:

- attenuare gli effetti della povertà;
- promuovere la salute dei cittadini;
- promuovere la qualità di vita delle famiglie;
- promuovere le pari opportunità tra donna e uomo;
- promuovere l'istruzione dei giovani e la formazione degli adulti;
- assicurare contro i rischi economici conseguenti a:
 - * disoccupazione
 - * malattia
 - * invalidità
 - * vecchiaia

La fase di avvio dei sistemi di sicurezza sociale ha coinciso, generalmente, con gli anni della ricostruzione e dello sviluppo industriale, anni in cui la popolazione era più giovane e la crescita dell'intero sistema economico era elevata. A questa condizione di rapido aumento delle risorse complessive e di tutti i redditi individuali, corrispondeva anche un numero limitato di eventi negativi, ai quali la spesa sociale doveva far fronte.

Con la prima crisi petrolifera del 1973, i sistemi di sicurezza sociale dei paesi industrializzati cominciano a misurarsi con una prospettiva di crescita più contenuta delle risorse e con la necessità di contenere la crescita della spesa sociale, proprio nel momento in cui maggiore diventa il numero degli eventi negativi cui far fronte.

Comincia, dapprima, un processo di riflessione sulla possibilità che la spesa sociale contenga un insieme di incentivi perversi volti a ridurre la capacità potenziale di crescita delle economie e si sviluppa, poi, un processo di revisione dei meccanismi di spesa finalizzato a contenere tali incentivi perversi, riducendo le possibilità di comportamenti opportunistici individuali, introducendo incentivi a ridurre i tempi di permanenza nelle condizioni di bisogno e, da ultimo, agendo anche sulla riduzione delle aree di copertura dei rischi.

A distanza di quasi venticinque anni, questo lento processo è ancora in corso. Esso trova

ora giustificazioni aggiuntive negli effetti di ritorno della liberalizzazione del commercio mondiale, effetti sui quali ritorneremo, in seguito.

La situazione italiana

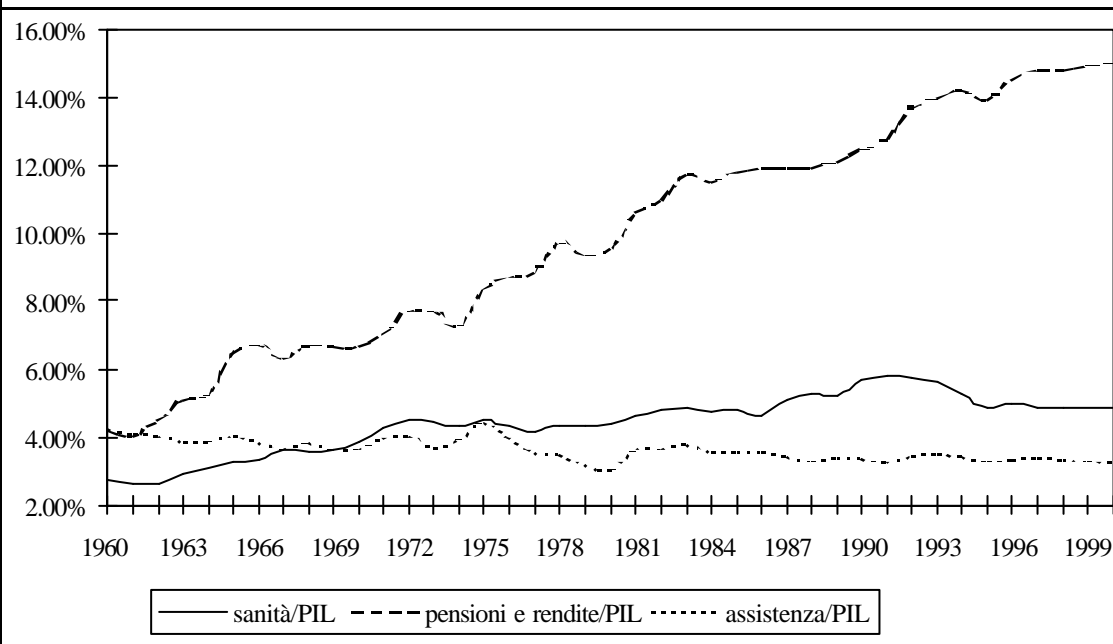
In questo quadro generale, che, secondo modalità non radicalmente dissimili, può riferirsi a tutti i paesi a sviluppo maturo (pur considerando le differenze tra i diversi modelli di stato sociale), l'evoluzione del sistema di sicurezza sociale in Italia presenta alcune peculiarità.

Anche se ormai è trascorso un secolo da quando, nel 1898, fu introdotta la prima assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, il sistema di sicurezza sociale italiano si definisce nella sua completezza solamente alla fine degli anni settanta di questo secolo con la istituzione del servizio sanitario nazionale, ovvero quando negli altri paesi si palesano i ripensamenti prima menzionati.

In termini di contenuti, lo strumento principale di intervento è costituito dalla spesa previdenziale. Come mostrano chiaramente le figure 1 e 2, allegate, poco meno dei due terzi della spesa per la protezione sociale è costituito da pensioni e rendite, pur escludendo da questa voce le pensioni di guerra, sociali, di invalidità civile, per ciechi e sordomuti, che vanno considerate sotto la voce assistenza. Mentre la spesa per la sanità ha raddoppiato in trentacinque anni il suo peso in termini di Pil e quella per assistenza l'ha leggermente ridotto, la spesa per pensioni e rendite si è moltiplicata quasi per quattro.

Fig. 1

Spese di protezione sociale (in % del PIL) 1996: stima; 1997-2000 proiezioni tendenziali



**Fig. 2 Conto della protezione sociale
1996: stima; 1997-2000 proiezioni tendenziali**

Fig. 2.1 Spesa sanitaria (in % del PIL)

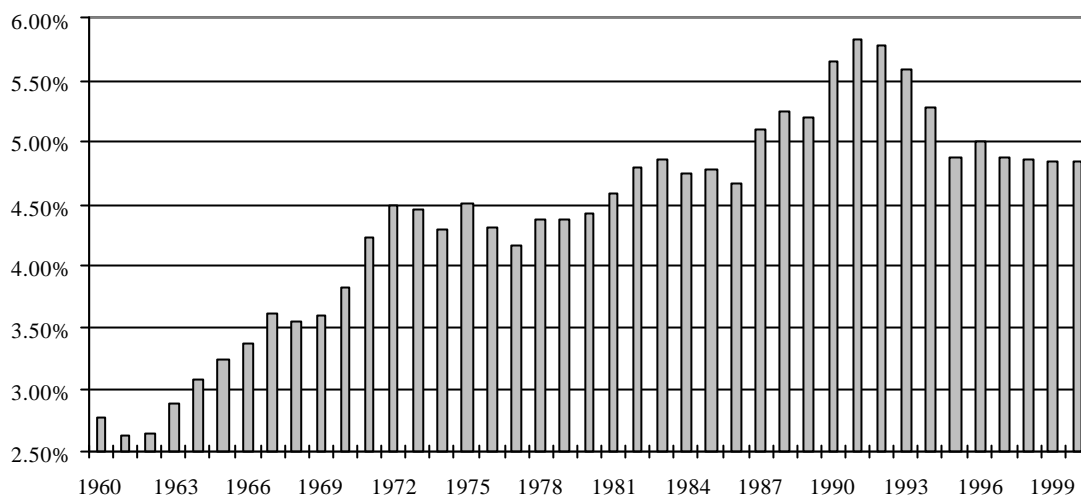


Fig. 2.2 Spesa per pensioni e rendite (in % del PIL)

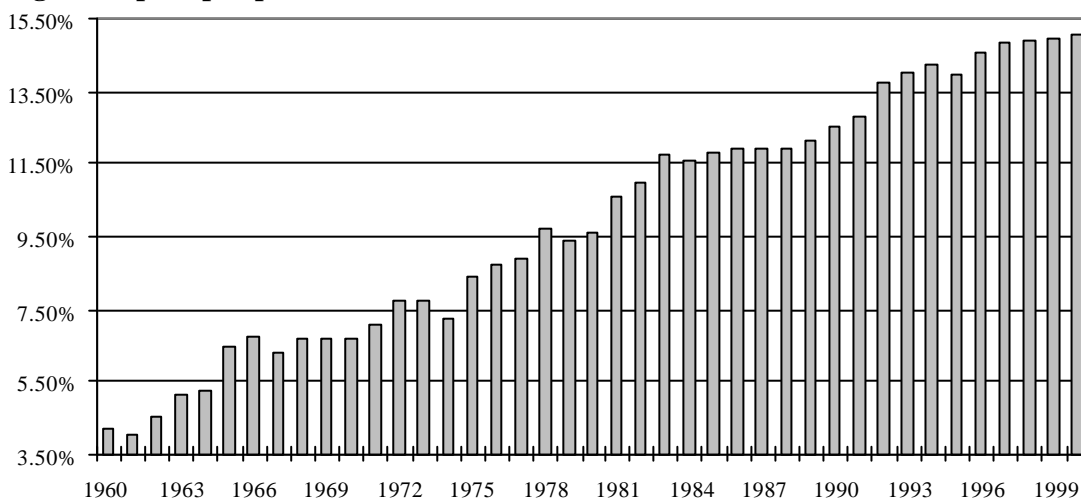
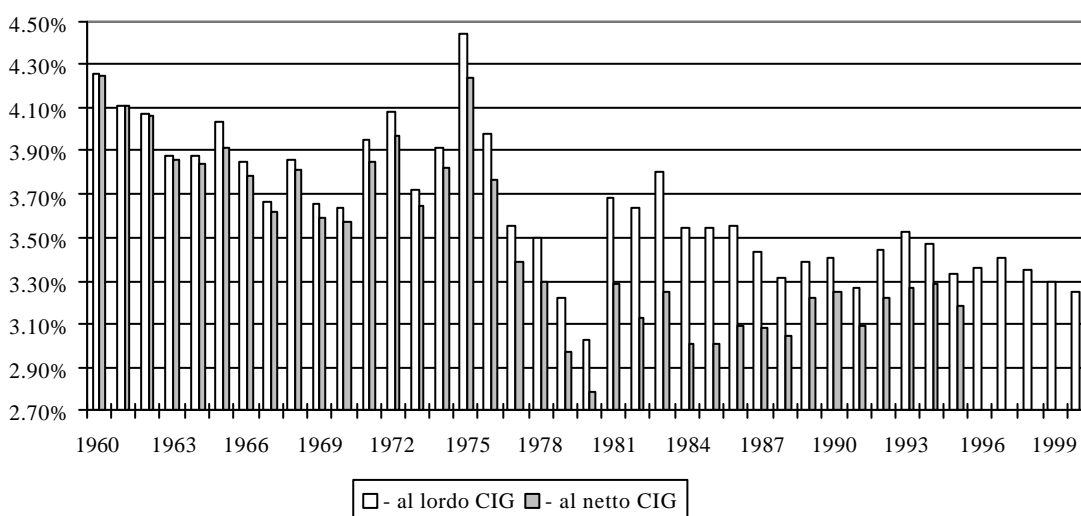


Fig. 2.3 Spesa per assistenza (in % del PIL)



Negli ultimi trentacinque anni il sistema della spesa sociale si è, quindi, concentrato sui rischi economici della vecchiaia. Attraverso il sistema pensionistico ha sostenuto la ricchezza prospettica degli individui, garantendo un più elevato reddito disponibile, che i lavoratori dipendenti e, in misura più rilevante, quelli autonomi hanno potuto proiettare permanentemente anche oltre il ciclo lavorativo della propria vita. Nel caso degli autonomi, non tanto per l'entità delle pensioni individuali, quanto per la innovazione che il sistema ha presentato per tali lavoratori, ai quali veniva garantita la pensione indipendentemente dagli anni di contribuzione.

Scarsi sono stati gli interventi a copertura degli altri rischi economici individuali, se si escludono le integrazioni salariali per interruzione temporanea del lavoro (CIG), che per quasi vent'anni sono state l'unica forma di assistenza significativa.

Italia e Europa, un confronto

Osservata in prospettiva comparata, la situazione del nostro paese appare caratterizzata da alcune vistose anomalie.

Per il complesso delle prestazioni sociali (nella definizione dell'Eurostat) il nostro paese spende all'incirca un quarto del Pil; una spesa non dissimile da quella media dei dodici paesi dell'Unione Europea nel 1994. L'Italia non appare dunque "fuori linea" in termini aggregati, né per eccesso né per difetto.

La grande anomalia della situazione italiana riguarda piuttosto la struttura interna della spesa. I confronti europei mettono in luce infatti due marcate distorsioni: una distorsione che riguarda i *rischi* ed una che riguarda le *categorie* protette.

Per quanto riguarda i rischi, la quota di risorse destinata, nel nostro paese, a proteggere "vecchiaia e superstiti" appare significativamente più elevata che negli altri paesi: il 61,5% della spesa sociale complessiva, di contro a una media comunitaria del 45,3%. La spesa a tutela dei rischi "disoccupazione/formazione", "famiglia/maternità", "abitazione" e "altra assistenza" riceve una proporzione di risorse della spesa sociale di gran lunga più bassa che altrove in Europa (il 18,4% contro il 31,9%). Per quanto riguarda la spesa sanitaria, il nostro paese è in linea con gli altri. A essa viene destinato dalla media dei dodici paesi europei circa un sesto della spesa sociale. In termini di Pil, si tratta all'incirca del 5%, con una tendenza alla diminuzione comune anche agli altri paesi OCSE.

Per quanto riguarda le categorie protette (seconda distorsione), rispetto alle situazioni straniere si osserva un forte divario tra le prestazioni previste per i lavoratori (o ex lavoratori) inseriti all'interno del mercato del lavoro regolare (in particolare la grande impresa o il pubblico impiego) e le prestazioni previste per gli altri lavoratori o per i non occupati. La pensione di vecchiaia di un lavoratore "forte" può essere fino a quattro volte superiore alla pensione sociale (negli altri paesi il rapporto tende ad essere di uno a due). Per quanto riguarda la tutela della disoccupazione, chi beneficia dell'indennità di mobilità riceve in Italia più del doppio di chi riceve l'indennità ordinaria (negli altri paesi esiste un trattamento uniforme per tutti i lavoratori). Risalta poi anche l'assenza in Italia di uno schema di reddito minimo per chi è totalmente

sprovvisto di mezzi, nonché di una rete adeguata di servizi per le famiglie. Tutti i paesi europei più sviluppati dispongono di questo tipo di schemi e servizi.

In termini comparati, dunque, la situazione della spesa sociale nel nostro paese appare sbilanciata a favore delle pensioni e, quindi, prospetticamente più fragile a causa della stretta dipendenza del sistema pensionistico dall'invecchiamento più rapido della popolazione. Nello stesso tempo, la situazione della nostra spesa sociale appare anche quella più costosa da correggere; da un lato, in quanto trattasi di spesa in larga misura predeterminata e, dall'altro, per gli effetti di ritorno che una sua correzione può manifestare come conseguenza della distorsione relativa alle categorie protette, dei conseguenti conflitti politico-sociali, che possono essere facilmente indotti tra diversi gruppi della società, e, infine, come conseguenza della competizione nella rappresentanza politica, che può innescarsi.

Le tendenze comuni ai paesi maturi

Queste difficoltà specifiche per il nostro paese si sommano alle tendenze comuni fra i paesi a sviluppo maturo, tendenze che influenzeranno negativamente la sostenibilità dei sistemi di sicurezza sociale.

Esse comporteranno l'emergere di fenomeni presenti e prospettici, ormai ben noti. Dal lato della domanda, per tutti i paesi già industrializzati i costi relativi dell'intero sistema di sicurezza sociale cresceranno per *l'invecchiamento della popolazione*. E' nota a tutti la pressione finanziaria che l'invecchiamento della popolazione eserciterà sui sistemi pensionistici e sulle strutture sanitarie.

Forse un po' meno consueta, per l'opinione pubblica più ampia, è la riflessione sul fatto che le reti familiari saranno meno estese nella loro azione di supporto materiale, proprio come conseguenza della forte caduta di natalità che metterà in evidenza nei prossimi decenni un numero crescente di anziani sempre più longevi e senza figli. Pochi sistemi di sicurezza sociale (tra questi quello tedesco) hanno già affrontato il problema della possibile non autosufficienza di un numero crescente di anziani soli.

Alcune stime effettuate presso la Ragioneria Generale dello Stato, sulla base delle valutazioni del diverso fabbisogno di spesa per prestazioni sanitarie per età e delle previsioni dell'andamento della distribuzione per età della popolazione, segnala che la spesa sanitaria, in Italia, nei prossimi venti anni potrebbe espandersi di mezzo punto percentuale di Pil e di un altro punto nei venti anni successivi.

Lo stesse proiezioni demografiche applicate alla dinamica della spesa per pensioni mostrano che, nel nostro paese, questa potrebbe crescere nel corso dei prossimi venti anni di circa 1,5 punti percentuali di Pil. A differenza della spesa sanitaria, la spesa pensionistica, man mano che va a regime il passaggio al sistema contributivo, arresterebbe la sua crescita in termini di Pil, stabilizzandosi, in momenti diversi di tempo e su livelli diversi di spesa, a seconda delle ipotesi fatte sulla dinamica della popolazione.

Dal lato della offerta, i servizi di sostegno a situazioni di disagio sociale assorbiranno

sempre più risorse, in termini relativi, a causa della *più lenta crescita della produttività in questo settore* rispetto agli altri settori dell'economia.

I vincoli comuni

La redistribuzione delle risorse mondiali in modo meno ineguale di quanto è avvenuto nel passato, non assume più l'aspetto di un peggioramento della ragione di scambio dei paesi industrializzati, come avvenne venticinque anni fa, ma quello di un allargamento della concorrenza sui mercati dei prodotti manufatti ai paesi emergenti. La liberalizzazione di tali mercati sta già dando benefici effetti sul commercio mondiale, la cui crescita è stata in questi anni meno depressa dalla scarsa crescita dei paesi più maturi. La stessa liberalizzazione seleziona i beneficiari di tale crescita sulla base delle capacità concorrenziali sistemiche che ciascun paese maturo è in grado di manifestare. A questo riguardo, *l'onere di finanziamento della spesa sociale caricato sulla produzione di prodotti e servizi commerciabili internazionalmente dovrà, quindi, essere contenuto.*

Su un diverso piano, le condizioni di ripresa della crescita economica così strettamente legate alla liberalizzazione dei mercati dei beni e dei servizi, stanno spingendo tutti i paesi a sviluppo maturo verso la ricostruzione di una maggiore efficienza sistemica. Ciò comporterà un intenso spostamento di risorse da un settore meno competitivo a un altro più competitivo, una profonda trasformazione dei settori meno competitivi e contributi all'efficienza generale che provengono anche da una amministrazione pubblica più snella. Man mano che tali ristrutturazioni procederanno sarà necessario un aumento della mobilità del lavoro; a regime la mobilità tra le occupazioni che segneranno la vita individuale risulterà più elevata che nei decenni passati.

La polarizzazione che si creerà tra lavoratori nei settori di successo e quelli negli altri in declino, tra le occupazioni ad alto valore aggiunto e quelle non qualificate, tra chi potrà cambiare con successo molte posizioni di lavoro e chi sperimenterà lunghi periodi di disoccupazione si trasformerà in una polarizzazione sociale complessiva, che potrebbe spingere verso una distribuzione del reddito tendenzialmente più ineguale.

A questi vincoli si sommano quelli posti dalle crescenti difficoltà a redistribuire il reddito attraverso il sistema tributario, a causa della mobilità dei fattori e dei conseguenti pericoli di competizione fiscale, anche se nel nostro paese resta la necessità di proseguire con azioni incisive di recupero dell'evasione. In ogni caso, per tutti i paesi si porrà, quindi, il problema della individuazione di gerarchie di obiettivi da perseguire sia all'interno della spesa sociale che tra spesa sociale e altra spesa.

Le strategie per l'efficienza

Il primo passo che viene affrontato riguarda una maggiore efficienza nella pubblica amministrazione, in generale, e, in particolare, nella erogazione dei servizi sociali. Non si può trascurare il fatto che, in alcuni paesi, questi *miglioramenti di efficienza sono stati ricercati*

attraverso il collocamento della produzione di alcuni di questi servizi sul mercato, in particolare della sanità e della previdenza. Vale la pena di sottolineare che in questo modo l'onere complessivo per il sistema economico cambia solo nella misura in cui tali miglioramenti di efficienza (impiego di minori risorse per fornire lo stesso servizio) si realizzano. Diversamente, si tratta di scelte che afferiscono solamente alla redistribuzione di reddito e sottraggono all'intermediazione dello stato il finanziamento di tali spese.

La difesa della offerta pubblica di sanità, previdenza e assistenza richiede, quindi, uno sforzo di efficienza interno alla amministrazione pubblica e non si può escludere che, data la scarsità delle risorse e la domanda crescente a ritmi crescenti, si renda necessaria la concentrazione degli sforzi della collettività su aree più delimitate di produzione pubblica, spostando nella sfera di produzione privata, a esempio, altri servizi, che in modo più agevole possono essere collocati sul mercato.

In altre parole, non potrà essere rinviata a lungo la scelta se sia più opportuno conservare la sanità e la previdenza nella sfera pubblica oppure conservare la produzione pubblica di energia, oppure la consegna pubblica della posta, oppure ancora i trasporti pubblici e così via ... *Ci si dovrà domandare quale di questi diversi contesti di organizzazione della offerta garantisce di più la coesione sociale.*

Un altro aspetto dell'efficienza sistemica può essere ricondotto al problema della formazione e del modo di affrontare il rapporto individuale con il lavoro. La immobilità del posto di lavoro con la ovvia conseguenza della supremazia dell'impiego pubblico, che esalta tale immobilità, è uno strumento perdente in questa sfida. Una condizione necessaria, anche se non sufficiente per superare questa cultura del posto di lavoro fisso, è fornita dal *sistema formativo dei giovani*, che dovrebbe essere in grado di realizzare capacità personali, tali da integrare conoscenze diversificate nel tempo e tornare a essere uno strumento di mobilità sociale. Allo stesso tempo, anche il *sistema della formazione degli adulti* dovrebbe contribuire offrendo le opportunità di tale integrazione in fasi successive.

La convergenza europea dei sistemi di benessere collettivo

In termini di istituti, i sistemi di sicurezza sociale europei sono diversamente predisposti ad affrontare gli effetti esercitati dalle tendenze e dai vincoli menzionati. Al fine di stimolare una convergenza anche nella spesa sociale e non solamente nelle condizioni finanziarie, l'Unione Europea ha sollecitato i singoli paesi ad agire nella direzione:

- della ristrutturazione dei sistemi pensionistici obbligatori, volta ad attenuarne la generosità a fronte dell'evoluzione demografica;
- dell'adozione di un approccio "contrattuale" e di forme di "concorrenza amministrata" in seno ai sistemi sanitari pubblici, onde promuoverne l'efficienza;
- del rafforzamento della "selettività" rispetto ai mezzi negli schemi di integrazione del reddito ed un generale spostamento di risorse dalla tutela dei tradizionali rischi "standard" delle assicurazioni sociali alla protezione di nuovi bisogni (esclusione sociale, perdita

dell'autosufficienza ecc.) nonché all'offerta di nuovi e maggiori servizi alle famiglie;

- del passaggio da un approccio "passivo" ad uno "attivo" nel disegno e nella gestione degli schemi di inabilità al lavoro e di disoccupazione, al fine di prevenire sindromi di eccessiva dipendenza dai sistemi pubblici di sostegno;
- della riforma dei meccanismi di finanziamento della protezione sociale, al fine di renderla più "amichevole" nei confronti del mercato occupazionale, ed in particolare lo sforzo di ridurre le imposte e gli oneri sociali sul lavoro, per non disincentivare l'offerta di nuovi posti.

La convergenza del sistema di spesa sociale italiano

Per quanto riguarda il nostro paese, le tendenze prima menzionate e l'esigenza di una maggiore convergenza verso la struttura della spesa sociale europea sollecitano uno spostamento della spesa verso gli ammortizzatori sociali al fine di sostenere una maggiore mobilità occupazionale e proteggere in modo sistematico dai rischi della povertà e verso le politiche attive del lavoro.

Tutto ciò richiederà, da un lato, *la riduzione delle risorse destinate ad assicurare, tramite la previdenza pubblica, alle classi di reddito medie un livello di reddito simile sul lavoro e in pensione* (il rischio economico della vecchiaia ipertutelato), *per impiegarle nella tutela del rischio economico reddito/occupazione*, ora sottotutelato. Dall'altro, si dovrà attenuare la generosità di alcune prestazioni oggi previste per l'occupazione "standard" e accrescere (o introdurre ex novo) la protezione per le categorie sociali oggettivamente più deboli.

In altre parole, la mobilità occupazionale avrà un ritorno sociale in termini di crescita complessiva, ma vi saranno dei costi pagati individualmente di cui la collettività dovrà farsi carico. I mezzi per farlo dovranno trovarsi nelle zone di privilegio che ancora rimangono non solo all'interno della spesa sociale, ma di tutta la spesa pubblica.

Nel procedere in questa direzione, il nostro paese dovrà trarre profitto dall'esperienza di altri che sono già da diversi anni nella fase di ristrutturazione delle regole di erogazione della spesa per ammortizzatori sociali. La loro formulazione dovrà, infatti, tener conto della *necessità di evitare situazioni di "azzardo morale" e di creare un sistema di incentivi che stimoli gli individui a uscire dalla condizione di bisogno dell'intervento pubblico, in una adeguata combinazione di diritti e di responsabilità individuali.*

I vincoli macroeconomici di medio lungo periodo

Proiezioni meccaniche, molto caute, di evoluzione della spesa per la protezione sociale nei prossimi tre anni indicano un ulteriore incremento della quota di Pil destinata alla spesa per pensioni e una stabilità delle altre voci. Il che, a sua volta, implica una tendenza all'aumento della quota di spesa complessiva per la protezione sociale.

Tale aumento risulta decisamente marcato nel corso del 1996: +9,5% in termini nominali. Rallenta nel corso del 1997 e si assesterebbe all'incirca al 5% annuo nel prossimo triennio. Ma non si deve dimenticare, come spesso queste proiezioni siano state superate dalla realtà, per la natura di spesa inderogabile, che pensioni e sanità assumono e che produce, di frequente, indebitamenti pregressi poi assunti a proprio carico dal bilancio dello stato.

In ogni caso, sono le tendenze di lungo periodo che segnalano possibili situazioni di instabilità intrinseca dei sistemi di spesa sociale, oppure una loro palese incompatibilità prospettica con vincoli macroeconomici. A questo riguardo abbiamo già sottolineato che la tendenza di medio-lungo periodo segnala la possibilità che nel corso dei prossimi venti anni vi sia una espansione della spesa per pensioni e per prestazioni sanitarie che aumenta di due punti percentuali del Pil. L'adeguamento del nostro sistema di ammortizzatori sociali (mercato del lavoro e redditi, in generale) potrebbe richiedere un'ulteriore espansione di circa 0,7 punti percentuali.

L'aumento tendenziale di 2,5/3 punti di Pil della spesa per la protezione sociale sarebbe decisamente incompatibile con il mantenimento della attuale pressione tributaria e contributiva, giudicata già politicamente insopportabile, economicamente disincentivante e penalizzante per quanto riguarda le capacità concorrenziali del nostro sistema economico.

Solo una rapidissima discesa dell'onere per interessi potrebbe aprire qualche spazio nella struttura del bilancio pubblico, ma essa è raggiungibile solamente con un aumento ancora più forte e permanente, di quanto non stia avvenendo attualmente, dell'avanzo primario dei conti delle AP. Il che, a sua volta, richiederebbe un contributo dalla spesa sociale al risanamento dei conti pubblici, ancora più forte nel breve periodo.

A questo riguardo, non va dimenticato che quando sarà terminata la discesa dei tassi di interesse italiani rispetto a quelli internazionali, la riduzione dell'onere degli interessi su Pil dipenderà dalla discesa del rapporto debito pubblico/ Pil; a sua volta, quest'ultima potrà realizzarsi solamente se l'indebitamento netto primario in termini di Pil eccederà la differenza tra costo medio del debito e tasso di crescita del Pil.

Tab. 1							
Conto della Protezione Sociale - 1996, stime; 1997-2000, proiezioni tendenziali							
(miliardi di lire correnti)							
		1995	1996	1997	1998	1999	2000
Sanità		86382	93560	95122	99663	103564	108322
	% Pil	4.88	5.00	4.88	4.86	4.84	4.84
<i>di cui:</i>							
retribuzioni		39243	42072	44000	46000	47000	48500
consumi int.		19150	20078	20822	21863	22864	24322
Assistenza Sanitaria		27989	31410	30300	31800	33700	35500
Assistenza		58899	62937	66525	68670	70551	72835

	% Pil	3.33	3.36	3.41	3.35	3.30	3.25
<i>di cui:</i>							
	Lavoro *	25194	25457	26322	27370	28175	29122
	Famiglia	10480	13340	15450	16200	16856	17543
	Altra assistenza	23225	24140	24753	25100	25520	26170
Pensioni e rendite		246765	272521	289459	304936	319614	337295
	% Pil	13.93	14.55	14.84	14.87	14.94	15.06
totale		392046	429018	451106	473269	493729	518452
	% Pil	22.14	22.91	23.13	23.09	23.07	23.15
Pil nominale (migliaia mld)		1771	1873	1950	2050	2140	2240
* inclusa liquidazione fine rapporto di lavoro; 1995: 8634, 2000: 10608.							
Variazioni percentuali medie annue							
		1996/95	1997/96	2000/97			
Sanità		8.3	1.7	4.4			
Assistenza		6.8	5.7	3.1			
Pensioni e rendite		10.4	6.2	5.2			
totale		9.5	5.1	4.8			
per riferimento: tasso di inflazione		3.8	2.5	2.0			

L'azione che la Commissione suggerisce al Governo di adottare dovrebbe essere, quindi, orientata su due piani logicamente distinti:

- *la neutralizzazione delle tendenze di medio periodo dell'aumento delle quote di spesa per la sanità e, soprattutto, per le pensioni;*
- *la riduzione del ritmo di crescita attuale della spesa sociale quale condizione per la ricostituzione, nei primi anni del prossimo secolo, dei livelli di protezione sociale e per la messa a regime dei nuovi istituti di assicurazione reddito/occupazione; quest'ultimo obiettivo richiederà una gradualità nella loro introduzione, necessaria per consentire una fase di sperimentazione, anche in aree limitate del paese, al fine di mettere a punto le modalità pratiche di attuazione dei meccanismi di controllo e incentivo. Ciò che in passato è successo per le pensioni di invalidità è indubbiamente un monito.*

Consideriamo ora, in termini sintetici, l'azione che la Commissione suggerisce su ciascun

comparto di spesa.

LE POLITICHE DEL LAVORO

Le misure selettive. Il sistema degli incentivi per l'occupazione presenta nel nostro paese numerosi limiti e difetti: c'è un uso indiscriminato e protratto nel tempo degli incentivi, con il rischio di far sopravvivere situazioni inefficienti a carico della collettività; l'accesso alle incentivazioni presenta ostacoli procedurali che possono scoraggiare le aziende, specie quelle di piccola dimensione. Infine, la graduale, ma rapida riduzione delle agevolazioni e degli sgravi contributivi sin qui concessi e prevalentemente concentrati nel Mezzogiorno.

Alcuni strumenti - come gli sgravi indiscriminati - vanno progressivamente ma rapidamente eliminati, per aprire una fase nuova in questo campo. In particolare:

- i beneficiari dovrebbero essere gradualmente sostituiti con specifiche categorie di percettori, facendo riferimento, più che ai settori produttivi, ai bacini d'occupazione locali (in relazione a interventi sul tipo dei patti territoriali e dei contratti d'area) o ai giovani in cerca di prima occupazione e ai lavoratori svantaggiati, anche seguendo al riguardo le raccomandazioni dell'Unione Europea;
- va rafforzato il collegamento tra i regimi d'incentivazione e il quadro comunitario di sostegno che passa attraverso i fondi;
- il sistema degli incentivi e in particolare i rinnovati contratti a causa mista (CFL e apprendistato) vanno coordinati con la formazione professionale, in modo da creare sinergie e dar vita a un pacchetto organico di aiuti alla mobilità territoriale;
- le risorse per incentivazioni vanno evidenziate in un fondo per la creazione di nuova occupazione da trasferire gradualmente alle regioni secondo principi perequativi, affinché impieghino tali risorse a supporto delle politiche locali per il lavoro.

Gli ammortizzatori sociali. L'attuale sistema degli ammortizzatori sociali è un sistema disorganico e quasi ingovernabile di strumenti, caratterizzato da successive sovrapposizioni.

Vi sono innumerevoli iniquità di trattamento, ricollegabili in larga parte al prevalere di meccanismi di pressione, che escludono i gruppi e i soggetti meno rappresentati;

- la rigidità dei trattamenti costituisce, soprattutto nell'ambito dei gruppi più tutelati, un oggettivo ostacolo ai processi di mobilità;
- le varie forme di sostegno non seguono un disegno logico per il reinserimento lavorativo;
- nell'assenza di veri e propri strumenti di assistenza si verifica un utilizzo improprio e "assistenzialistico" di strumenti che dovrebbero avere natura temporanea e servire ai processi fisiologici di mobilità e di reinserimento nel lavoro.

Attualmente, in molti paesi europei è in corso un'evoluzione verso modelli più flessibili, che

dovrebbero ridurre le inefficienze nel mercato del lavoro. Anche in Italia, che è caratterizzata tra l'altro da una struttura produttiva a forte presenza di piccole e medie aziende interessate al sostegno di sospensioni temporanee, si può pensare ad una evoluzione in questo senso.

Le linee su cui potrebbero muoversi le proposte di modifica degli strumenti di garanzia del reddito, richiedono di organizzare gli ammortizzatori sociali all'interno di un sistema strutturato su tre livelli, che riguardano nell'ordine:

1. i trattamenti in caso di sospensione temporanea con la conservazione del rapporto di lavoro;
2. i trattamenti di disoccupazione riservati ai lavoratori che perdono una precedente occupazione;
3. gli interventi di tipo assistenziale da erogare in caso di esaurimento del diritto alle precedenti prestazioni.

Per quanto riguarda il **primo livello**, esso dovrebbe sostituire con un istituto omogeneo le attuali erogazioni per la Cassa integrazione ordinaria e innovare l'attuale utilizzo dei contratti di solidarietà destinandolo a una finalità più espressamente connessa ai problemi delle riorganizzazioni aziendali.

La principale finalità dello strumento è rappresentata dall'esigenza comune alle parti sociali di mantenere alcune prerogative di stabilità del contratto e del reddito lavorativo, a fronte di una normale variabilità del contesto economico in cui le imprese operano.

Per il tipo di obiettivo perseguito, questo strumento dovrebbe reggersi su uno *schema di tipo assicurativo*, simile cioè all'attuale modello della Cig ordinaria. Ciò significa che:

- le erogazioni devono tendenzialmente essere finanziate per intero con un prelievo contributivo ricadente sui soggetti beneficiari dei trattamenti;
- il prelievo contributivo va caricato proporzionalmente sulle retribuzioni e ripartito secondo percentuali da decidere tra datori e lavoratori;
- le prestazioni devono essere correlate, almeno entro un certo limite, all'onere contributivo ricadente sui singoli individui.

La durata del sostegno: periodi limitati entro un tetto massimo di utilizzo fissato in un intervallo predefinito di tempo (es. un massimo di 12-18 mesi nell'arco di un periodo di cinque anni).

Il tasso di copertura (rapporto tra livello dell'integrazione e retribuzione di riferimento) deve essere decrescente nel tempo, mentre l'ammontare iniziale della copertura, seguendo i valori medi adottati nei sistemi di altri paesi, potrebbe inizialmente assestarsi intorno al 70% della retribuzione.

Nel **secondo livello** degli ammortizzatori sociali (il trattamento generalizzato di disoccupazione) dovrebbero essere inglobate le diverse forme (indennità ordinaria e speciale di disoccupazione, Cassa integrazione speciale, indennità di mobilità) con cui la disoccupazione è stata finora trattata nel nostro sistema. Per quanto riguarda il prepensionamento, non si dovrebbero formulare più proposte di tal genere, potenziando il part-time per i lavoratori anziani.

I punti da affrontare per strutturare questo nuovo istituto unificato per il trattamento della disoccupazione sono:

- il *metodo di finanziamento*, che dovrebbe essere di tipo assicurativo, o al più, parzialmente integrato con risorse di provenienza fiscale;
- la *modalità di calcolo della prestazione*, essendo il meccanismo di finanziamento di tipo assicurativo comporta una correlazione con le contribuzioni, simile a quella già definita per il primo livello. La retribuzione di riferimento potrebbe essere la media di più anni passati, rivalutata con l'inflazione.
- la *misura dell'indennità*, che dovrebbe gradualmente salire ai livelli medi europei, in modo da permettere ai lavoratori beneficiari di dedicare tutto il tempo necessario alla ricerca di una nuova occupazione. Successivamente, l'ammontare dell'erogazione si riduce ed entrano in gioco altri parametri (carichi familiari, impegno nel lavoro di cura, età del soggetto, ecc), che inquadrano aspetti di effettivo bisogno e proiettano nella direzione del sostegno assistenziale, che interviene dopo un biennio.
- un *elemento di selezione* particolarmente efficace dovrebbe essere l'assoggettamento obbligatorio ai servizi per l'impiego erogati in funzione della ricerca di un nuovo posto di lavoro, oltre che la disponibilità, pena decadenza del beneficio, ad accettare forme di impiego anche a termine, compatibili con la difesa della professionalità dei soggetti assistiti;
- il *collegamento con il sistema dei servizi reali per l'impiego*.

La definizione del **terzo livello** di intervento per il sistema degli ammortizzatori sociali rinvia direttamente ai problemi concernenti l'area dell'assistenza sociale.

La formazione professionale. L'Italia è rimasta il paese che meno investe risorse proprie e meno provvede in materia di formazione professionale. Ciò dipende da molti fattori, tra i quali la mancata riforma della scuola secondaria superiore, la mancata definizione da parte dello Stato delle qualifiche che devono essere rilasciate dalle Regioni e avere validità sul territorio nazionale, il mancato equilibrio tra formazione di base e formazione professionale.

Da tutto ciò deriva un oggettivo sottodimensionamento dell'offerta di formazione professionale. L'Italia si situa al terz'ultimo posto, in Europa, con una percentuale di cittadini sopra i 15 anni coinvolti in attività di formazione pari soltanto al 12%.

Inoltre esiste un forte scarto tra le risorse programmate dalle Regioni e quelle effettivamente spese, che mette in evidenza l'inefficienza del sistema. Infine, grave è soprattutto l'incapacità delle Regioni di utilizzare i fondi comunitari disponibili (solo il 17% delle risorse comunitarie "impegnate" dalle Regioni nel periodo 1994-1996 è stato poi effettivamente utilizzato).

L'investimento di risorse in questo campo non dovrà più essere concentrato, come oggi, nella formazione professionale iniziale, concepita come modalità di formazione riservata a chi ha abbandonato la scuola post-obbligo, ma bisognerà sviluppare un sistema più organico ed equilibrato, secondo le linee dell'accordo per il lavoro del settembre 1996:

1. potenziando la formazione superiore, ai livelli della scuola post-obbligo e dell'Università;
2. offrendo una formazione effettiva nei "contratti a causa mista" (contratti di formazione e lavoro e apprendistato), attraverso un sistema di certificazione e riconoscimento di crediti formativi che permetta il rientro nel sistema scolastico;
3. riformando lo strumento dei lavori socialmente utili, in vista di un più efficiente sistema di formazione per adulti disoccupati, volto a favorire il loro rientro nel lavoro.
4. dando vita a un sistema di formazione continua per i lavoratori occupati, al fine di favorire la mobilità professionale.

Si deve pensare, dunque, ad una qualificazione, nei prossimi anni, della spesa pubblica per la formazione professionale e la formazione lavoro. A questo si può far fronte, come accennato, in vari modi:

- ricorrendo con maggiore efficienza e capacità di spesa ai fondi comunitari disponibili;
- finalizzando alla formazione dei lavoratori disoccupati almeno una parte dei fondi oggi spesi per i Lavori Socialmente Utili;
- aumentando il coinvolgimento finanziario delle aziende nei progetti di formazione continua, rivedendo il sistema attuale di incentivazioni e passando da sgravi incondizionati sul costo del lavoro ad un sistema che premi l'impegno formativo profuso dall'azienda.

I nuovi servizi per l'impiego. Per attuare con efficacia le politiche del lavoro sin qui menzionate (incentivi, nuovi ammortizzatori e formazione professionale) occorre attivare un sistema pubblico di consulenza e di promozione del lavoro, a servizio sia dei lavoratori (dipendenti e autonomi), che degli imprenditori, rivolto a migliorare l'utilizzo delle risorse umane. I nuovi servizi pubblici devono essere fortemente decentrati - come prevedono l'accordo per il lavoro e le proposte di legge in discussione al Parlamento. Al potere centrale resteranno i poteri di indirizzo generale, di controllo degli standard del servizio, di ispezione e di riequilibrio delle risorse fra le varie regioni del paese. In questo nuovo sistema *potranno operare attori privati*, compresi organismi che siano espressione delle parti sociali, debitamente controllati.

Le linee generali della riforma del collocamento, che sono oggi sufficientemente chiare e condivise, appaiono le seguenti:

- riunificazione delle competenze in materia di gestione del mercato del lavoro in capo ai nuovi servizi per l'impiego;
- decentramento a livello locale del luogo in cui si decide e si gestisce l'intervento pubblico in questo campo;
- offerta di servizi diversificati (di informazione, orientamento, "counseling" avviamento al lavoro e promozione dell'occupazione) e non più attività meramente certificatoria e burocratica;
- riqualificazione e ricollocazione del personale degli uffici;
- fine del monopolio pubblico del collocamento.

Per quanto riguarda i costi di tale riforma, va tenuta presente la complessità del processo di riorganizzazione funzionale e amministrativa dei servizi coinvolti e, in particolare, la necessità di garantire degli standard sufficientemente uniformi dei servizi, nonché di una informatizzazione degli stessi su base nazionale. Ma, soprattutto, va tenuta presente l'esigenza che i nuovi servizi dispongano di personale dotato di competenze diverse da quelle utilizzate fino ad oggi.

Certo, una parte dei nuovi compiti potrà essere affidata ad agenzie private specializzate. Tuttavia, questo non può significare la rinuncia da parte del settore pubblico ad una sua importante e qualificata presenza. In questo ambito, prevediamo una espansione della spesa per le politiche attive del lavoro di un decimo di punto percentuale del Pil, nel corso dei prossimi anni.

Conclusioni. Occorre restituire centralità alle politiche attive del lavoro, come una componente essenziale dello Stato sociale, permettendo, così, di caratterizzare meglio lo Stato sociale stesso in termini di passaggio da una "spesa sociale passiva" o puramente "risarcitoria" a una spesa sociale "più attiva" volta ad accrescere le opportunità e a promuovere il cambiamento.

LA SPESA PER L'ASSISTENZA

La spesa per assistenza in Italia riflette un modello obsoleto, molto distante da quello seguito dai paesi europei con i quali siamo soliti confrontarci. Nell'ambito delle politiche sociali, essa ha un ruolo residuale, schiacciata da un sistema pensionistico ingombrante e iniquo e un sistema sanitario poco efficiente. Le risorse destinate a questo settore non sono molte (3,5% del Pil) e mostrano un trend declinante rispetto al Pil (era il 5,4 % nel 1985). In prospettiva, sembra opportuno muoversi verso un incremento di questi interventi, ma la necessità più urgente è una profonda ristrutturazione del loro assetto, oggi fondato su un insieme di istituti prevalentemente costituiti da prestazioni monetarie di tipo "passivo", che non sono in grado né di raggiungere apprezzabili risultati redistributivi, né di cogliere i veri bisogni

dei beneficiari dando loro concrete opportunità, in quanto possibile, di recuperare autosufficienza.

La riforma deve ispirarsi ad una scelta equilibrata tra universalismo, quanto ai beneficiari, e selettività, nell'erogazione delle prestazioni; ridefinire i bisogni e i destinatari degli interventi rivolti alla cittadinanza in generale (non solo anziani, ma anche altre figure sociali; non solo sussidi monetari, ma sostegni mirati ai bisogni e alle funzioni di cura che emergono nel ciclo di vita); sostenere radicalmente un approccio che destini sempre più i trasferimenti dello stato a servizi erogati a livello locale; valorizzare le funzioni di orientamento e programmazione e scelte gestionali svolte a livello locale nell'ambito di un quadro legislativo di indirizzo nazionale.

I cardini delle riforme proposte sono i seguenti.

- i) Portare a compimento la *separazione tra previdenza ed assistenza*, fondando il finanziamento della prima su forme contributive, e quello della seconda sull'imposizione generale. In questo quadro vanno, in una prima fase, rivisti i criteri e le modalità degli attuali trasferimenti dal bilancio dello stato all'Inps e, successivamente, ridefiniti gli enti gestori in un quadro di maggiore decentramento e in una prospettiva federalista.
- ii) Razionalizzare e unificare gli istituti di redistribuzione monetaria esistenti, introducendo nuovi istituti, il *Minimo vitale e il Fondo per i non autosufficienti*; attuare appropriate *revisioni delle detrazioni per figli a carico* nell'ambito dell'imposizione personale; riformare, nella fase transitoria, gli istituti esistenti, con particolare riguardo alla definizione di criteri omogenei e affidabili di controllo delle risorse dei beneficiari.
- iii) *Potenziare il ruolo degli enti decentrati* nell'offerta dei servizi ai cittadini in condizioni di disagio, definendo un meccanismo di finanziamento del settore, analogo a quello della sanità, che attribuisca allo stato la funzione di indirizzo e sostegno, alla regione il compito della programmazione e ai comuni, in primis, le funzioni di orientamento degli interventi e quelle relative alle scelte gestionali a livello della città e del territorio, in accordo con gli altri enti locali e alle organizzazioni non profit pubbliche e private.
- iv) Costituire un istituto nazionale, con la partecipazione degli enti decentrati interessati (Regioni e Comuni), con lo scopo di *ridefinire e uniformare i criteri di misura e accertamento dei mezzi* a cui è subordinata l'erogazione delle prestazioni di sicurezza sociale e più in generale dei servizi pubblici e di fornire supporto tecnico e informativo agli utilizzatori.

Nel sistema italiano, a differenza di quanto accade in tutti paesi evoluti, manca un istituto di *Minimo vitale* che assolva la funzione di una *rete di protezione*, a cui qualsiasi cittadino, indipendentemente dal genere, dalla classe sociale, dalla professione - in condizioni di indigenza, per ragioni non dipendenti dalla propria volontà - possa accedere per trovare un sostegno economico e/o l'offerta di opportunità e servizi per uscire dallo stato di bisogno.

Il Minimo vitale che si propone è uno strumento *indirizzato alle fasce più deboli* della società: aiuta tutti coloro che hanno risorse inferiori ad una certa soglia di reddito ed è costruito in modo da attenuare *la trappola della povertà*, perché reintegra solo parzialmente la distanza tra le risorse del soggetto e la soglia di povertà.

Il Minimo vitale è un sussidio indirizzato agli individui maggiorenni, *il cui benessere è tuttavia valutato in base alle risorse del nucleo familiare* in cui è inserito e *tiene conto del fatto che le famiglie sono diverse*, per numerosità, composizione e carico di persone non autosufficienti o non ancora fisicamente autonome; misura le risorse economiche della famiglia nel modo più corretto possibile, fondandosi non solo sul reddito dichiarato ai fini dell'Irpef, ma tenendo conto anche di altri elementi (redditi esclusi dall'Irpef, patrimonio immobiliare, ecc.), cercando così di attenuare i problemi legati all'accertamento delle risorse dei beneficiari.

Il Minimo vitale *mira al reinserimento nel mondo del lavoro dei beneficiari*, perché, nel caso di inoccupati non inabili in età da lavoro, l'aiuto è concesso per un periodo limitato, solo se il nucleo familiare si trova in condizioni di effettiva indigenza, ed è congegnato in modo che il beneficiario sia responsabilizzato alla ricerca attiva di occupazione e solo se è disponibile ad accettare offerte di lavoro, a partecipare a lavori socialmente utili o a programmi di formazione. Esso tiene inoltre conto dei bisogni e delle opzioni di scelta di chi svolge lavori di cura nel nucleo familiare.

Il Minimo vitale è *gestito dalle comunità locali*, in primo luogo dai Comuni, perché queste sono più capaci di cogliere le diverse esigenze delle persone che si trovano nello stato di bisogno e perché a questo livello è più facile individuare le priorità a cui rispondere e identificare le forme di gestione adatte per realizzare i servizi più efficaci; è *integrato con le politiche assistenziali locali* che offrono servizi alle persone in stato di bisogno (vecchiaia, malattia, handicap, esclusione sociale); è *integrato con le politiche attive del mercato del lavoro*, che a loro volta possono essere realizzate solo attraverso strutture decentrate e flessibili, con la collaborazione degli enti locali.

In prospettiva, il sistema assistenziale potrebbe essere arricchito di un altro nuovo istituto: il *Fondo per i non autosufficienti*, sul modello della *Pflegeversicherung* tedesca, con la funzione di assicurare a tutti i cittadini che vi partecipano prestazioni monetarie e cure mirate all'effettivo stato di bisogno nel momento in cui si crei una situazione di non autosufficienza. La copertura assicurativa dovrebbe essere estesa a tutta la popolazione, con modalità di finanziamento che garantiscano l'equilibrio della gestione.

L'introduzione dei nuovi istituti comporterebbe l'abolizione degli assegni familiari, dell'assegno per il nucleo familiare, della pensione sociale e dell'assegno sociale introdotto dalla riforma del 1995. Al finanziamento di tali programmi andrebbero gradualmente destinate le risorse che si renderanno disponibili in seguito all'interruzione dei residui istituti di redistribuzione del reddito (integrazioni al minimo, pensioni di guerra, indennità di accompagnamento e in genere pensioni e indennità per invalidità).

I nuovi istituti di cui si propone l'introduzione dovranno convivere per lungo tempo con quelli preesistenti. Questi dovranno tuttavia essere riformati, prevedendo più razionali criteri di determinazione dei limiti di reddito; accelerando l'estinzione delle integrazioni al minimo in connessione con le proposte qui avanzate di completamento della riforma pensionistica; prevedendo modificazioni dei criteri di riconoscimento delle invalidità; riformando l'istituto dell'indennità di accompagnamento.

Dal punto di vista finanziario la spesa per l'assistenza potrebbe mantenere nella fase iniziale il proprio peso sul Pil, pari al 3,5%, per elevarsi gradualmente al 4,2% nel 2001, a condizione che si realizzino apporti derivanti da risparmi di altri comparti della spesa sociale. Quanto alla composizione della spesa, la riforma determinerà un ingente spostamento di risorse da istituti che si limitano ad erogare trasferimenti monetari a istituti che mirano al soddisfacimento dei bisogni offrendo servizi (che passerebbero, dal 7-10% attuale, a oltre un terzo della spesa complessiva). L'efficacia della riforma dipenderà tuttavia in modo cruciale dalla determinazione con cui, nella fase di articolazione delle proposte, si affronteranno le inerzie derivanti da malintese interpretazioni dei diritti acquisiti e dalle lentezze burocratiche.

LA POLITICA SOCIALE DELLA CASA

Il settore della prima abitazione ha sofferto in Italia numerosi vincoli i cui risultati sono stati ben diversi dalle intenzioni. La protezione sociale assicurata tramite questo strumento alla fascia debole degli inquilini si è dimostrata poco efficace e del tutto inefficiente, provocando una carenza di investimenti edilizi finalizzati alla locazione e un'asfissia del mercato delle locazioni degli alloggi esistenti, con alti livelli di sfritto e diffusione di contratti illegali. Ne è risultato un significativo e a volte drammatico problema della casa per ampi strati di popolazione, i quali, dato lo stadio di sviluppo raggiunto dal paese, avrebbe trovato invece ragionevoli soluzioni in un mercato libero e ben funzionante.

Il sistema di vincoli ha inevitabilmente generato forti segmentazioni di mercato e ridotto la mobilità spaziale delle famiglie; esso ha, inoltre, generato profonde discriminazioni tra famiglie di analoga condizione sociale.

Il problema della casa oggi in Italia ha diversi profili che richiedono un insieme coordinato di interventi di tipo fiscale, regolamentare, creditizio e urbanistico. Ma si può dire che sotto il profilo della politica sociale conviene certamente liberarsi del vecchio equivoco che postulava un approccio dirigistico all'intero settore quale garanzia di protezione della fascia debole e che conviene invece darsi due obiettivi strategici; da un lato, puntare ad un mercato delle locazioni e ad un mercato delle compravendite sempre più liberi e funzionanti, per rispondere alle esigenze della grande maggioranza delle famiglie; dall'altro, cercare di individuare un insieme di misure selettive, all'insegna dell'efficacia e dell'efficienza, per la quota di popolazione che non può trovare risposta adeguata nel libero mercato.

Concretamente la politica sociale della casa deve puntare ad un triplice risultato:

- aumentare la quantità di abitazioni disponibili per la fascia debole;
- gestire con livelli di efficienza ed equità ben superiore al passato il parco alloggi;
- attuare una calibrata politica transitoria di uscita dal regime di equo canone nel mercato delle locazioni, quando l'inquilino sia meritevole di particolare tutela sociale, utilizzando allo scopo anche qualche moderato sgravio fiscale.

IL SISTEMA SANITARIO

Negli ultimi anni sono stati intrapresi nel nostro Paese numerosi sforzi volti a contenere la spesa sanitaria. E' un fatto che la comparazione della spesa media pro-capite nei Paesi Europei pone ora l'Italia tra quelli a più basso livello di spesa. Ad oggi si pone il duplice obiettivo di mantenere il controllo sulla spesa sanitaria, da un lato, e di riqualificare l'assistenza, dall'altro. Ciò richiede di ridisegnare, all'interno di un quadro organico che comprenda tutti gli agenti interessati, un sistema di incentivi adeguati. E' cioè necessario che la sanità italiana passi da un sistema basato prevalentemente su meccanismi di controllo esterni ad un sistema che faccia prevalere la responsabilizzazione di ciascuno in merito a qualità e costo dei servizi erogati, facendo leva su un collegamento più efficiente tra obiettivi individuali e risorse a disposizione.

Nell'ottobre del 1992 il Parlamento indicava le linee guida per il riordino delle SSN da cui trassero origine i decreti legislativi di riforma. A seguito di tali decreti il Ministero della Sanità è chiamato a svolgere compiti di programmazione sanitaria nazionale, a determinare i livelli uniformi di assistenza sanitaria e le relative quote capitarie di finanziamento. I decreti prevedono inoltre un'accentuata decentralizzazione del sistema, attribuendo alla potestà delle Regioni la definizione delle attività ospedaliere. Le principali innovazioni introdotte dai decreti, per quanto attiene alla A-USL prevedevano una trasformazione in "aziende di servizi sanitari" ed una maggiore responsabilità del direttore generale-manager. Per gli ospedali è stata introdotta la trasformazione in "azienda" dei principali presidi e modalità di remunerazione delle prestazioni sulla base di tariffe fissate dalle Regioni, secondo i criteri stabiliti dal legislatore nazionale. Per il personale ospedaliero sono stati introdotti contratti di tipo privato, una maggiore mobilità e verifiche sull'attività di primari. Per quanto concerne i rapporti con i privati è stata prevista una revoca graduale delle precedenti convenzioni e la creazione di un elenco di istituzioni "accreditate" dal SSN. in possesso dei requisiti di legge e che accettino il sistema della remunerazione a prestazione. Il decreto 517 ha corretto l'impostazione iniziale della riforma prevedendo l'incentivazione dei fondi sanitari, anche aziendali e di categoria autogestiti o affidati in gestione a imprese assicurative o società di mutuo soccorso, con funzione soltanto integrativa rispetto al SSN. Infine, la riforma impone alle Regioni il ripiano dei propri disavanzi, anche attraverso l'introduzione di nuovi ticket locali, la graduazione delle esenzioni e l'aumento dei contributi sanitari e/o dei tributi regionali.

Ad alcuni anni dall'approvazione della riforma, sono rilevabili alcuni problemi di fondo connessi ai seguenti nodi principali:

- i processi di assegnazione dei budget dal centro alle Regioni e da queste alle A-USL non sono stati ratificati in modo preciso e portano a fenomeni di contrattazione spesso non correlati alle esigenze di finanziamento dei livelli di assistenza;
- il ripetersi di deficit "strutturali" a livello sia regionale sia di A-USL evidenzia una difficoltà ad individuare forme efficaci di responsabilizzazione e di penalizzazione dei soggetti che erogano la spesa;
- con riferimento al punto precedente, i soggetti erogatori prestano un'insufficiente attenzione all'introduzione di adeguati incentivi mirati al contenimento della spesa a livello

dei singoli operatori;

- viene destinata una quota eccessiva di spesa ai trattamenti ospedalieri a scapito delle altre funzioni istituzionali del SSN;
- si verifica una grave difficoltà a definire le modalità di competizione tra soggetti privati e pubblici e, per quanto riguarda questi ultimi, la separazione tra funzioni di programmazione e di erogazione dei servizi.

A fronte dei problemi di cui sopra, la riforma che qui si propone tocca in maniera equilibrata sia la componente del prelievo sia quella delle modalità di erogazione della spesa.

Per quanto attiene al primo aspetto, in seguito all'abolizione dei contributi sanitari e all'introduzione dell'IREP, per tener conto del diverso trattamento dei redditi da pensione nei due regimi si auspica una ridefinizione delle detrazioni IRPEF su tali redditi.

Sempre dal lato delle entrate, si propone di accelerare l'attuazione della normativa vigente relativamente all'autofinanziamento delle Regioni. In particolare, si prevede che quest'ultime, per ampliare le entrate proprie, possano introdurre compartecipazioni sul ricovero in regime ordinario e di day-hospital, all'interno di importi minimi e massimi fissati dal Ministero della Sanità. Le somme derivanti dalla partecipazione alla spesa per queste prestazioni non devono concorrere al finanziamento della quota capitolaria. Inoltre, le Regioni potranno introdurre compartecipazioni sulle prestazioni aggiuntive erogate dalla medicina generale (visite domiciliari e assistenza domiciliare programmata) con l'esclusione di quelle previste all'interno di programmi regionali speciali.

Per quanto attiene alle modalità di erogazione della spesa, si propone in primo luogo di rivedere il meccanismo di riparto tra il centro e le Regioni, ratificando le modalità di distribuzione del FSN ed ampliando il potere del Ministero della Sanità e delle Regioni nell'attribuzione dei finanziamenti ad organismi ed attività di interesse nazionale. In questo ambito, si propone di rafforzare gli strumenti di penalizzazione per le Regioni che presentano disavanzi e di ridurre le quote di interessi sui mutui accesi dalle Regioni.

Per quanto attiene alle competenze del Ministero della Sanità, si propone un riassetto delle organizzazioni centrali finalizzato a riorganizzare le strutture preposte alla funzione sanitaria, potenziando i compiti di programmazione, coordinamento e controllo e finalizzando le risorse dell'Istituto Superiore di Sanità a compiti di sanità pubblica.

Per quanto concerne le competenze delle Regioni, si evidenzia la necessità che queste ultime adottino tariffari DRGS articolati in base alla complessità delle strutture produttrici e che impongano alle A-USL la definizione di budget preventivi per la spesa ospedaliera per evitare sfondamenti su altre prestazioni. Si propone inoltre che venga effettivamente imposto ai singoli presidi il vincolo del bilancio in pareggio e che eventuali residui attivi possano essere utilizzati all'interno delle divisioni che li hanno realizzati per finalità di potenziamento delle strutture. Per favorire una maggiore scelta dei pazienti e più stringenti meccanismi di contenimento della spesa, si propone inoltre di accentuare il processo avviato di responsabilizzazione del medico di medicina generale, consentendo nuove modalità organizzative della medicina di gruppo e

prevedendo penalizzazioni per lo sfondamento dei tetti di spesa programmati.

Come si è visto, il legislatore nel 1992 aveva predisposto l'introduzione di alcuni strumenti che ancora attendono di essere regolamentati. A questo proposito, si propone di procedere all'introduzione di forme di assicurazione sanitaria integrativa con contestuale ridefinizione l'insieme delle prestazioni garantite dal SSN al fine di definirne con chiarezza gli ambiti operativi.

Esistono infine alcuni spazi di intervento su aree non esplicitamente previste dalla riforma del 1992 e che tuttavia appaiono di grande rilevanza per migliorare la qualità dei servizi complessivamente resi dal SSN.

Sotto il profilo degli interventi mirati ad introdurre una maggiore capacità di scelta degli utenti e un maggiore grado di competizione tra i produttori, si propongono i seguenti punti. In primo luogo, ridefinire le regole di accesso al mercato della distribuzione dei farmaci, eliminando restrizioni non giustificabili in termini di contenimento della spesa. In secondo luogo, si ravvede l'opportunità di consentire, in via sperimentale, la gestione di alcuni grandi ospedali ad organizzazioni non lucrative di utilità sociale. Infine, per quanto attiene i contratti collettivi nazionali dei medici ospedalieri, si propone una definizione generalizzata di rapporti di lavoro a termine e l'abbandono del metodo di individuazione dei fabbisogni sulla base di piante organiche.

IL SISTEMA PENSIONISTICO

Dopo anni di riforme abortite, è difficile non vedere i passi avanti che la riforma previdenziale del 1995 ha permesso sotto il profilo dell'immunizzazione del sistema previdenziale rispetto agli shock demografici, rispetto alle scorriere della politica, rispetto alle più palesi iniquità. Quest'ultimo punto è, naturalmente, centrale. Sorprende, anzi, la scarsa consapevolezza che i ripetuti fallimenti delle passate proposte di riforma fossero dovuti al fatto che le proposte stesse non affrontavano mai il tema della uniformità dei trattamenti pensionistici. Solo dopo aver posto tutti gli assicurati su un piede di parità è possibile (e doveroso) chiedere agli stessi un sacrificio più o meno rilevante.

Pur all'interno di un sistema che rimane a ripartizione, l'adozione del metodo contributivo ha rappresentato, poi, una svolta in quanto ha restituito al beneficio pensionistico il carattere di controprestazione rispetto al versamento contributivo.

Della riforma sono condivisibili, dunque, i principi ispiratori. La riforma non è priva, peraltro, di punti deboli derivanti, in larga misura, da una applicazione a volte timida dei principi di fondo della riforma stessa. Risalta, in particolare, la lenta fase di transizione con la quale si sono addebitati, in larga misura, alle generazioni più giovani i costi del cambio di regime. Ma proprio perchè della riforma sono interamente condivisibili gli elementi di fondo, è opportuno por mano, con le modalità e nei tempi anche brevi previsti dalla riforma stessa, a determinate modifiche del sistema riformato per consolidarlo, da un lato, per limitare gli elementi residui di iniquità, dall'altro, e per associargli un sistema di previdenza complementare

inteso a permettere una diversificazione del “portafoglio pensionistico” dei lavoratori e quindi un progressivo riequilibrio fra previdenza obbligatoria e previdenza complementare.

La Commissione suggerisce, quindi, di operare nelle seguenti direzioni, anche alla luce delle proiezioni citate in precedenza.

(a) Attuazione della riforma. (i) Applicazione rigorosa dei principi e della lettera della riforma, per quanto riguarda l’esercizio delle deleghe (in particolare, per quanto riguarda l’armonizzazione dei regimi previdenziali) e l’emanazione dei rilevanti decreti ministeriali. (ii) Estensione del processo di armonizzazione al fine di porre termine ai benefici ed alle eccezioni ancora presenti in materia di età pensionabile, anzianità contributiva minima, retribuzione pensionabile, valutazione dei periodi di lavoro, rendimento annuo, massimale pensionabile, disciplina del cumulo, riordino del sistema delle prestazioni di inabilità e di invalidità.

E’ presumibile che, sotto il profilo finanziario, effetti non irrilevanti (ma non decisivi) possano derivare da una rigorosa applicazione delle indicazioni precedenti.

(b) Separazione fra previdenza e assistenza. Individuazione di un corretto trattamento contabile delle partite di natura assistenziale gestite a carico dell’Inps, anche attraverso la estensione prospettica delle disposizioni di cui al disegno di legge n. 1452 (“Disposizioni in materia di anticipazioni di tesoreria all’Inps”, allegato) e relative, per il momento, alle sole partite pregresse.

La definizione, nei termini proposti, della questione non influirebbe sui livelli di spesa corrente, rilevando unicamente sotto il profilo giuridico-contabile. Essa impedirebbe, però, di confondere (come spesso si è fatto anche in tempi recenti) il saldo complessivo Inps con le tendenze della spesa pensionistica.

(c) Previdenza obbligatoria a regime. (i) Unificazione (e non già semplice armonizzazione) dei regimi pensionistici oppure, in alternativa, autonomia gestionale e finanziaria degli enti previdenziali consentita solo a condizione che vengano ridefinite le regole di autosufficienza finanziaria di tali regimi sulla base di bilanci tecnici previsionali di lungo periodo. In base a quest’ultimi sarebbe necessario prevedere, per legge, gli interventi correttivi necessari sia relativamente all’adeguamento della contribuzione che del livello delle prestazioni. Ove emergesse con evidenza la loro insostenibilità si dovrebbe prevedere la loro confluenza nell’Assicurazione generale obbligatoria riconoscendo agli iscritti i soli diritti pensionistici sulla base delle regole generali e non di quelle specifiche previste dai singoli fondi. (ii) Applicazione senza eccezioni del principio contributivo con graduale allineamento delle aliquote di finanziamento alle aliquote di computo. (iii) Tempestiva ed automatica revisione dei coefficienti di trasformazione. (iv) Allineamento del limite inferiore o del livello di riferimento dell’età pensionabile ai livelli europei in vista di una riduzione a regime delle aliquote di finanziamento.

Gli effetti finanziari derivanti dalle misure citate potrebbero consolidare strutturalmente il sistema pensionistico a regime. Nel breve periodo gli effetti finanziari potrebbero derivare

dall'intervento di cui al punto (ii) con intensità inversamente proporzionale alla gradualità dell'intervento.

(d) Transizione. (i) Accelerazione della transizione al nuovo regime attraverso la eliminazione di alcune difformità di trattamento attualmente presenti. (ii) Revisione dei criteri di valutazione dei diritti pensionistici nei casi di carriere lavorative precoci o di lavori usuranti anche al fine di permettere un equo trattamento in previsione di una modifica del metodo di calcolo o dei requisiti d'accesso al pensionamento vigenti. (iii) Individuazione di un sistema di incentivi inteso ad accelerare l'entrata in vigore della riforma (anche attraverso il collegamento della opzione a favore del regime contributivo con il processo di privatizzazione delle aziende o del patrimonio pubblico).

Per quanto riguarda gli effetti finanziari, sono prevedibili risparmi che, pur se trascurabili nel breve periodo, assumerebbero consistenza crescente nel medio termine in corrispondenza del periodo di maggiore impatto degli effetti della transizione demografica.

(e) Previdenza complementare. Decisa accelerazione nello sviluppo della previdenza complementare ed estensione della stessa al settore pubblico.

Le implicazioni macroeconomiche delle riforme nel prossimo triennio

Le raccomandazioni contenute nelle pagine precedenti ridisegnano il sistema di sicurezza sociale italiano per metterlo nelle condizioni di affrontare l'impatto delle trasformazioni demografiche e occupazionali, dei mutamenti nei rapporti familiari e sociali, della liberalizzazione degli scambi internazionali e della diffusione di nuovi modi di produrre.

Esse tengono conto, inoltre, che la costruzione dei nostri istituti di previdenza, sanità e assistenza ha risentito degli squilibri (territoriali, settoriali, categoriali) tipici dell'economia e della società italiana in questo secondo dopoguerra, entrando nella nuova fase di "austerità" di tali istituti con uno slancio ancora fortemente espansivo e quasi interamente sprovvisto di incentivi interni all'auto-regolazione finanziaria. Nell'ultimo ventennio la spesa sociale italiana ha finito così per originare flussi allocativi e distributivi difficilmente riconducibili a qualche progetto coerente di modernizzazione, contribuendo peraltro al progressivo peggioramento dei conti pubblici e all'accumulo del debito.

I tempi e le modalità applicative della ristrutturazione della spesa sociale, che la Commissione propone, dovranno misurarsi con questa eredità. L'obiettivo di risanamento dei conti pubblici, nel breve periodo, non può fare a meno del contributo che può provenire dal contenimento della crescita della spesa sociale.

In altre parole, al compito di raffreddare la dinamica strutturale di lungo periodo della spesa sanitaria e pensionistica e di favorire la competitività con minori oneri contributivi e rendendo compatibile una maggiore flessibilità sul mercato del lavoro con la coesione sociale, si somma quello di contribuire al completamento dell'opera di risanamento della finanza pubblica avviata

nel 1993.

Il riflesso di questo compito aggiuntivo è il vincolo posto dall'elevato peso degli interessi, che ci differenzia sostanzialmente dagli altri paesi europei. *Questo vincolo finanziario, ereditato dal passato, ci obbliga, nel corso del 1997, a destinare poco meno del 10% del Pil a interessi sul debito accumulato*, mediamente il triplo di quanto spendono gli altri principali paesi.

Questo vincolo può allentarsi *nei prossimi anni* solamente aumentando *ora* l'avanzo primario e raggiungendo tempestivamente e stabilmente l'obiettivo di convergenza europea.

Da ciò conseguono gli obiettivi che il governo si è impegnato a perseguire nei prossimi anni in termini di bilancio delle amministrazioni pubbliche: riduzione dell'indebitamento netto a un livello di sostenibilità entro i limiti del Patto di Stabilità.

Solamente la realizzazione di questo obiettivo consentirà un profilo in riduzione dell'onere degli interessi, conseguente a una riduzione dei differenziali tra tassi di interesse italiani e tassi europei; in altre parole, mancare gli obiettivi non allarga lo spazio di bilancio, lo restringe. La Commissione, nel delineare le implicazioni macroeconomiche della convergenza e del Patto di Stabilità, ha assunto che tra gli obiettivi del governo sia previsto che il cosiddetto "dividendo della convergenza" venga distribuito, almeno in parte, sotto forma di un minor rapporto tra entrate totali e Pil.

Tale obiettivo potrebbe tradursi nel ritorno del rapporto entrate totali e Pil, nel corso degli anni 1999 e 2000, ai livelli medi 1995-'96.

Nella tabella successiva la Commissione ha inteso riassumere le implicazioni dei vincoli menzionati in relazione al contenimento del carico fiscale sul percorso tendenziale delle voci più sintetiche del Conto delle Amministrazioni Pubbliche. Questa valutazione è stata effettuata sulla base della legislazione vigente (LF '97, inclusa e considerata totalmente efficace nei suoi effetti). Ritardi negli adempimenti previsti dai provvedimenti di bilancio, ritardi nell'attuazione delle deleghe, scarsa attenzione, in generale, alla realizzazione operativa della mole consistente di norme ordinarie contenute nel Collegato alla LF comporterebbero uno scostamento più elevato dagli obiettivi.

Tab. 2 Conto delle Amministrazioni Pubbliche						
proiezione tendenziale (data la LF '97*); punti percentuali del Pil						
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
uscite totali	52.7	53.5	51.6	50.4	50	49.8
interessi	11.2	10.4	9.1	8.2	7.8	7.5
Spesa primaria	41.5	43.1	42.5	42.2	42.2	42.3
Conto Protezione Sociale	22.1	22.9	23.1	23.1	23.1	23.1
politiche attive lavoro ('98-2000 obiettivo)	0.3	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5
altra spesa primaria corrente	15.6	15.7	15.4	15.2	15.0	15.1
uscite in conto capitale	3.5	4.1	3.6	3.5	3.6	3.6
entrate totali ('98-2000 obiettivo)	45.6	46.7	48	46.7	46	46
indebitam. netto primario	-4.1	-5.2	-5.5	-4.5	-3.8	-3.7
indebitamento netto	7.1	6.8	3.6	3.7	4	3.8
indebitam. netto obiettivo			3	2.8	2.5	2.3
scostamento dall'obiettivo			0.6	0.9	1.5	1.5
* nell'ipotesi che i provvedimenti siano efficaci per l'ammontare dichiarato. Per il 1996, stime di preconsuntivo.						

Sarà compito del governo articolare ulteriormente i contributi alla riduzione dell'indebitamento netto primario (in realtà, all'incremento di avanzo primario), che dovranno venire dalle due componenti di spesa primaria corrente, quella per la protezione sociale e l'altra spesa primaria corrente, nell'ipotesi che non si intenda coinvolgere nelle azioni di risparmio né la spesa per le politiche attive sul mercato del lavoro, né quella per investimenti pubblici.

Le conclusioni cui la Commissione è giunta suggeriscono la possibilità che la riforma della spesa sociale, qui delineata, possa contribuire, in misura limitata e nel breve periodo, alla riduzione tendenziale della quota di spesa primaria corrente sul Pil. La gradualità nella applicazione del disegno di riforma che la Commissione propone, si articolerebbe in un avvio dei nuovi istituti di assistenza al reddito e autosufficienza, da un lato, e di assicurazione sul mercato del lavoro, dall'altro, man mano che diventano palesi i risparmi negli altri comparti di spesa sociale.

La realizzazione dell'obiettivo di convergenza europea e di partecipazione all'unione monetaria consentirebbe un ritorno delle quote di spesa per la protezione sociale ai livelli del 1995-'96, ma lungo un percorso di ricomposizione della spesa stessa più simile a quella europea e, comunque, meno fragile sul piano finanziario.

Conclusioni

Nel 1998 lo stato sociale italiano compirà il suo primo secolo di vita. Nel corso del prossimo anno l'Italia verrà chiamata anche ad un altro storico appuntamento: quello con la moneta europea. La coincidenza dei tempi è fortuita. Ma fornisce l'occasione e lo stimolo forse più appropriati per avviare oggi un grande dibattito sulla riforma in senso *europeo* del nostro sistema di spesa sociale: una riforma volta ad accrescere la sua capacità di risposta ai bisogni sociali in forme solidaristiche e a costi compatibili con la piena partecipazione dell'Italia all'Unione economica e monetaria.

Riformare oggi lo stato sociale italiano - nell'imminenza di un simbolico anniversario secolare - vuol dire dunque essenzialmente *ri-equilibrarlo*: nei suoi saldi finanziari così come nelle sue distorsioni qualitative. L'allineamento agli standard europei impone un'incisiva ristrutturazione interna della nostra spesa sociale.

Rispondere efficacemente a questi impegni, come abbiamo visto, significa affrontare gli ostacoli oggettivi che si incontrano nell'incrementare la produttività dei servizi sociali, nel rinnovare i sistemi di incentivo, nell'attivare nuovi programmi, disattivando invece quelli che sono diventati obsoleti. Il cambiamento istituzionale solleva poi alcuni delicatissimi interrogativi: quale gerarchia di obiettivi si deve perseguire all'interno della protezione sociale e fra questo settore e altri settori? Verso quale tipi di bisogni e in base a quali criteri è opportuno concentrare gli sforzi della collettività, in modo da assicurare insieme coesione sociale e sviluppo economico? In che misura sono possibili miglioramenti di efficienza attraverso il collocamento di alcuni servizi sul mercato oppure attraverso nuovi mix fra offerta pubblica, privata e volontaria?

La Commissione sottolinea come il disegno di riforma dello stato sociale, delineato nelle pagine precedenti, sia in grado di garantire nell'immediato risparmi di spesa di dimensione non trascurabili; risparmi che diverrebbero crescenti nel tempo, permettendo il finanziamento dei nuovi istituti nei comparti dell'assistenza e delle politiche del lavoro. Per questi nuovi istituti è pensabile una messa a regime nei primi anni del prossimo secolo. Con essa si realizzerebbe non solo una ricomposizione della spesa sociale ma anche una radicale trasformazione del patto sociale fra gli italiani.

Nel breve periodo anche la spesa sociale sarebbe, in via limitata e temporanea, chiamata a contribuire al processo di risanamento, la cui piena riuscita è essa stessa condizione indispensabile per la realizzazione dell'intero disegno di riforma dello stato sociale. Il ritardato ingresso nell'Unione monetaria europea ed il conseguente profilo non declinante della spesa per interessi non solo impedirebbero un disegno riformatore ma renderebbero estremamente difficile il mantenimento stesso dei livelli attuali di protezione, per quanto inefficienti e spesso iniqui. Nel medio periodo, la spesa sociale tornerebbe ai suoi livelli attuali in un quadro profondamente rinnovato.

La Commissione rileva, infine, come il percorso appena delineato possa rivelarsi tanto più facile quanto più tempestivi saranno i primi interventi e quanto più incisive saranno le misure volte a recuperare livelli europei di efficienza anche in campi diversi dalla spesa sociale ed in particolare in quello dei servizi di pubblica utilità.

Nella valutazione delle proposte, che la Commissione ha formulato, è necessario non trascurare che esse non sono separabili le une dalle altre e devono essere precedute da un disegno di sperimentazione e costituzione delle precondizioni amministrative che le rendano praticabili.

Da un lato, infatti, l'ampliamento delle forme di assicurazione dell'occupazione e del reddito non solo va finanziato con la minore crescita della spesa pensionistica, ma esso costituisce un tentativo di valorizzare l'autonomia e responsabilità dei giovani, dispersa ora in quella più ampia della famiglia.

Dall'altro, non va taciuto il rischio che si aprano le porte a flussi incontrollati di spesa aggiuntiva, se non sono predisposte prima alcune riforme della pubblica amministrazione, in generale, sviluppando maggiormente le responsabilità individuali e di unità di budget, per quello che riguarda gli amministratori, e, in particolare, non siano affrontati i problemi di accertamento dei mezzi a disposizione degli individui e non siano istituiti i nuovi servizi per l'impiego destinati a gestire i programmi di garanzia del reddito per i disoccupati.

Le difficoltà operative di applicazione di questi aspetti della riforma proposta, potrebbero indurre a considerare la opzione di effettuare qualche semplice ritocco alle pensioni senza intervenire sugli altri comparti di spesa, come uno scenario più facilmente percorribile sotto il profilo politico e sociale e a minore rischi per il bilancio pubblico. A parere della Commissione si tratterebbe di una scelta inadeguata rispetto alle ricadute politico-sociali della evoluzione del sistema economico, che oggi possiamo prospettare, e rispetto all'obiettivo di rifondare le basi della cittadinanza sociale nel nostro Paese per conseguire insieme più sviluppo e più solidarietà.

**COMMISSIONE PER L'ANALISI DELLE
COMPATIBILITÀ MACROECONOMICHE
DELLA SPESA SOCIALE**

***LA SPESA SOCIALE ITALIANA
IN PROSPETTIVA COMPARATA
a cura di Maurizio Ferrera***

Documento di base n. 1

Sommario

Alcuni confronti con i paesi dell'Unione europea; Le anomalie della spesa sociale italiana: una sintesi;

Alcuni confronti con i paesi dell'Unione europea

1. Qualsiasi discussione circa le dimensioni della spesa sociale italiana e la sua distribuzione interna non può prescindere dai confronti internazionali. Di particolare rilevanza è il raffronto tra i dati italiani e quelli degli altri paesi membri dell'Unione europea, soprattutto nella prospettiva dell'unificazione economico-monetaria.

Dal 1981 l'Ufficio statistico delle Comunità europee (EUROSTAT) pubblica raccolte periodiche di dati sulla protezione sociale, elaborati secondo una metodologia standardizzata (1). Queste raccolte costituiscono la fonte più affidabile per i confronti intra-UE. Purtroppo le operazioni di armonizzazione statistica richiedono tempo. Attualmente (febbraio 1997) l'anno più recente in riferimento a cui sono possibili raffronti su dati EUROSTAT è il 1994. Nei paragrafi che seguono, vengono presentate alcune statistiche comparative in merito alla ripartizione funzionale della spesa pubblica complessiva, al livello aggregato di spesa sociale e alla sua ripartizione interna. Nell'ultimo paragrafo vengono infine presentati dei dati sull'ammontare di alcune prestazioni tipiche di protezione sociale.

2. La tab. 1 confronta la struttura funzionale della spesa pubblica complessiva in Italia, Regno Unito, Francia e Germania. Nel 1994 in Italia, la spesa pubblica complessiva rappresentava il 54,4% del PIL, di contro al 44,7% del Regno Unito. Il raffronto diretto con la Francia

Tab. 1				
Spesa pubblica per grandi funzioni in Italia, Regno Unito, Germania e Francia, 1994 (% del PIL)				
FUNZIONI	I	UK	F*	D**
Servizi di interesse generale	4,6	1,9	3,9	3,3
Difesa	1,8	3,6	3,0	1,7
Ordine pubblico	1,9	2,3	1,0	1,7
Istruzione	4,9	5,3	5,8	4,4
Sanità	5,8	5,8	7,5	6,7
Protezione sociale	18,3	16,6	21,2	21,5
Abitazioni e territorio	1,1	1,6	3,1	1,3
Cultura e ricreazione	0,6	0,7	1,2	0,9
Energia	0,2	0,3		0,3
Agricoltura	0,8	0,1	0,9	0,4
Risorse minerarie	0,8	0,2		0,1
Trasporti e comunicazioni	3,1	1,6	1,5	2,1
Altri interventi in campo economico	0,4	1,0	0,9	1,6
Spese non classificabili per funzione	10,1	3,6	3,3	3,3
Totale	54,4	44,7	53,1	49,3
(*)=Dati riferiti al 1992				
(**)=Dati riferiti al 1993				
Fonte: dati forniti direttamente da Eurostat, di prossima pubblicazione in Eurostat, General Government Accounts and Statistics, 1970-1994, Luxemburg, 1997				

(53,1%) e la Germania (49,3%) non è possibile, stanti i diversi anni di riferimento. Qualche considerazione generale può essere tuttavia proposta, includendo anche questi due paesi, in merito ai comparti funzionali di spesa. Lo scostamento più macroscopico dell'Italia riguarda la funzione residuale "spese non classificabili". Si tratta essenzialmente delle spese per interessi sul debito pubblico: le ragioni di questa anomalia sono ben note. Per quanto riguarda le rimanenti voci, si segnalano due altri netti scostamenti: uno relativo alle spese per "servizi pubblici di interesse generale", l'altro relativo alle spese per "trasporti e comunicazioni". Per entrambe queste voci l'Italia sembra spendere una quota del PIL superiore a quella del Regno Unito, della Francia e della Germania. Nelle altre funzioni di spesa non si osservano invece scostamenti di rilievo rispetto ai valori di tutti e tre gli altri paesi. Si tratta di una indicazione importante, che meriterebbe di essere approfondita al fine di individuare quelle componenti di spesa primaria **diverse dalla protezione sociale** su cui eventualmente intervenire con misure di contenimento dei costi.

3. La tab. 2 ed i grafici 1 e 2 presentano alcuni dati comparativi sul livello aggregato della spesa per la protezione sociale in seno all'Unione europea. L'anno di riferimento è sempre il 1994. Come si vede, la spesa italiana si situa leggermente al di sotto delle medie UE, sia per quanto riguarda la spesa pro capite in "parità di potere d' acquisto", sia per quanto riguarda la percentuale sul PIL (2). La posizione dell'Italia nella graduatoria europea si innalza lievemente se si esprimono i dati aggregati al netto delle indennità economiche di malattia (una voce poco raffrontabile e sistematicamente sottostimata per l'Italia) (3). In questo caso il dato italiano coincide esattamente con la media comunitaria, mentre si accorciano nettamente le distanze da

Tab. 2			
Spesa per la protezione sociale pro capite e in % del PIL, 1994			
Paesi	Spesa pro capite in PPA	% del PIL	% del PIL**
Belgio	5051,6	27,0	25,6
Danimarca	6374,3	33,7	32,7
Germania	5514,4	30,8	29,2
Grecia	1644,9	16,0	15,8
Spagna	3019,7	23,6	22,6
Francia	5500,0	30,5	30,0
Irlanda	2872,7	21,1	20,1
Italia	4311,7	25,3	25,1
Lussemburgo	6673,5	24,9	24,0
Olanda	5536,3	32,3	29,8
Portogallo	2162,4	19,5	18,9
Regno Unito	4649,0	28,1	27,1
EUR 12*	4442,5	26,1	25,1
<i>*media non ponderata</i>			
<i>**spesa al netto delle indennità economiche di malattia</i>			
<i>Fonte: Eurostat, "Social Protection expenditure and receipts 1980-94" Luxemburg 1996, TAB B 4, pag. 23, TAB B1, pag. 17</i>			

paesi come il Belgio o il Regno Unito. Anche in questo caso, resta tuttavia confermato il fatto che - almeno nel 1994 - l'Italia spendeva per la protezione sociale meno di altri paesi europei con analoghi livelli di reddito pro capite.

Grafico 1

Spesa per la protezione sociale pro capite in PPA, 1994

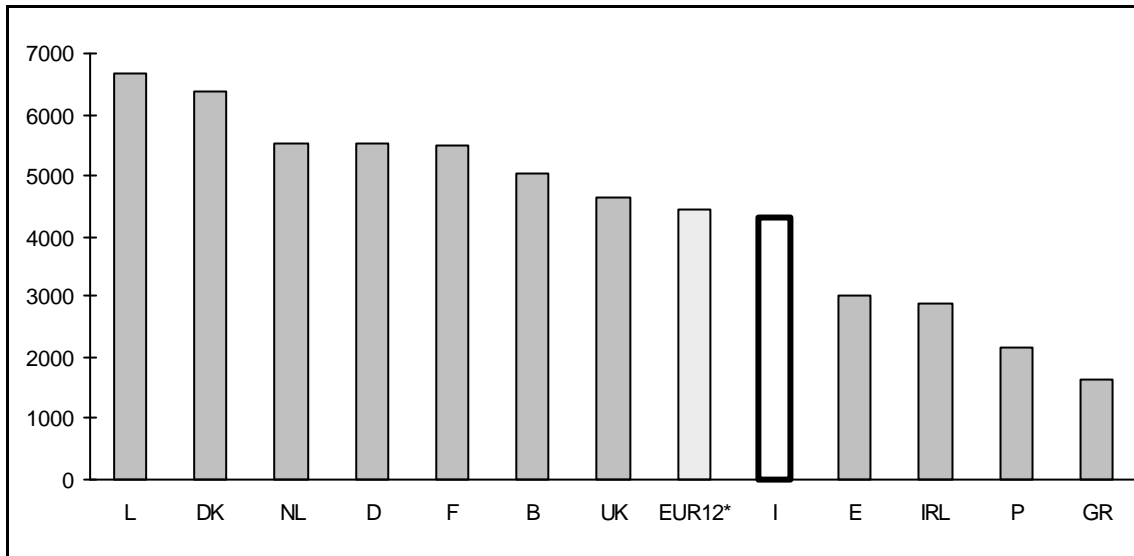
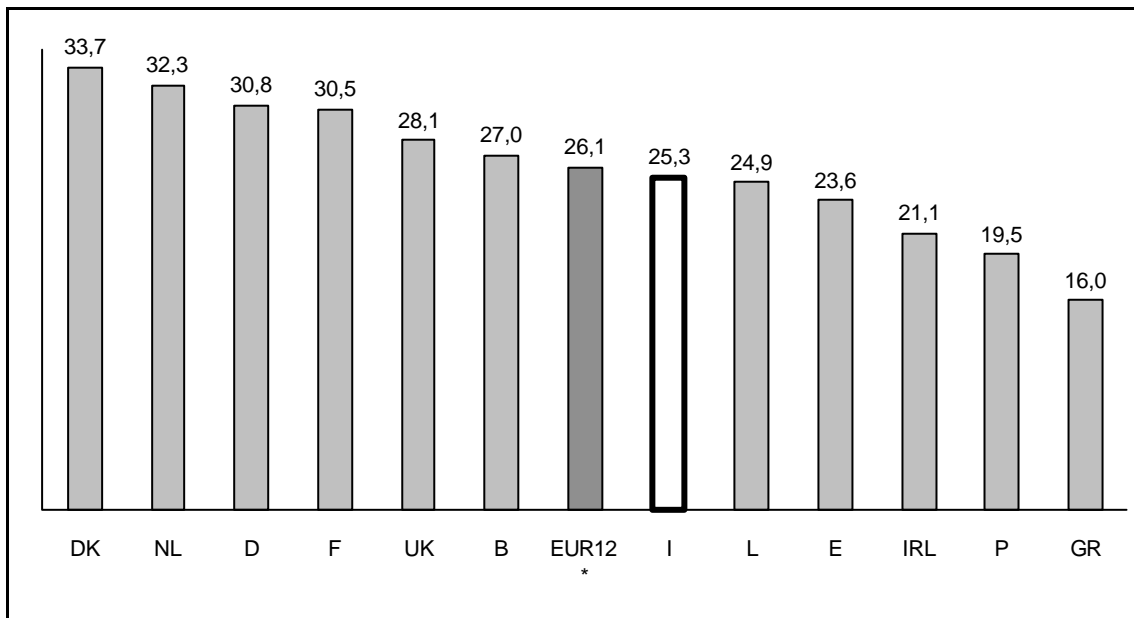


Grafico 2a

Spesa per la protezione sociale in % del PIL, 1994



Come mostra il grafico 3, la spesa sociale italiana è sempre stata al di sotto della media comunitaria nel corso dell'ultimo quindicennio. La distanza fra i due dati si è tuttavia costantemente attenuata nel tempo - almeno fino al 1992.

Grafico 2b

Spesa per la protezione sociale in % del PIL, 1994
(al netto delle indennità economiche di malattia)

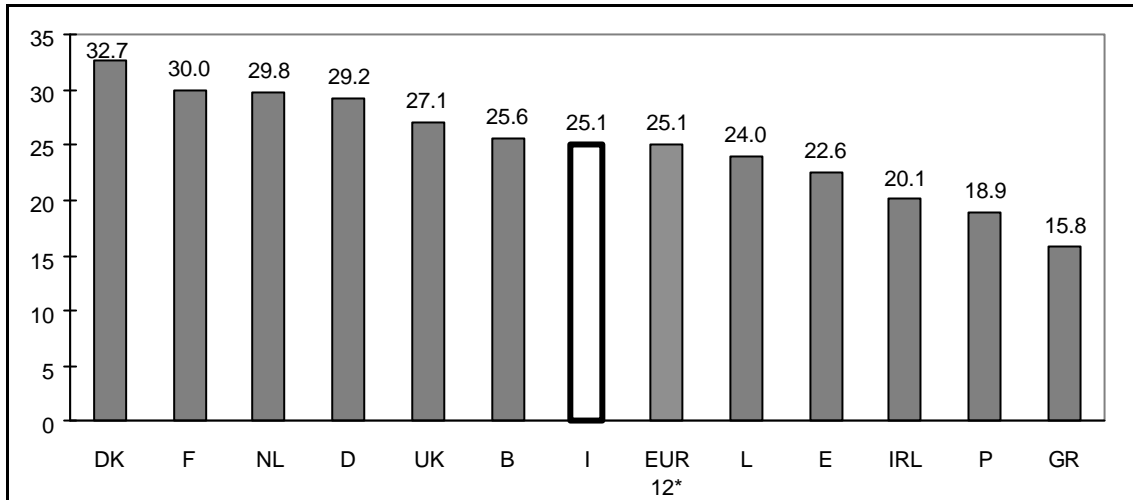
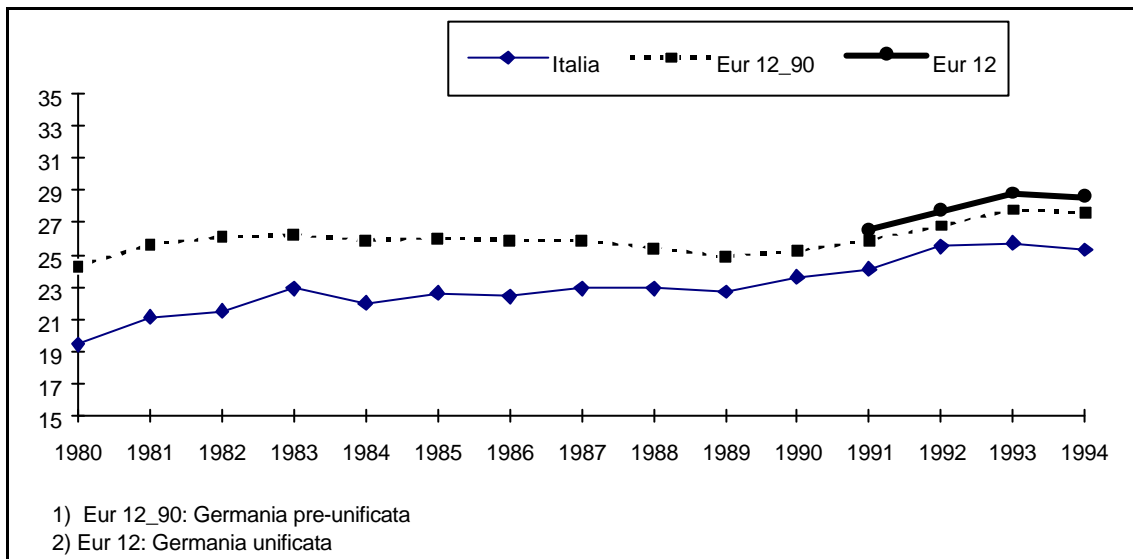


Grafico 3

Spesa per la protezione sociale in % del PIL, 1980 - 1994



4. Le tab. 3 e 4 disaggregano la spesa per la protezione sociale nelle sue principali componenti. Purtroppo i dati EUROSTAT non consentono disaggregazioni basate sulle categorie di "previdenza", "assistenza" e "sanità", normalmente utilizzate nelle fonti italiane. EUROSTAT fornisce unicamente disaggregazioni di natura funzionale. Le spese dei vari schemi e programmi di protezione sociale vengono classificate in base al "rischio" o bisogno cui esse rispondono: vecchiaia, sopravvivenza/reversibilità, malattia, invalidità, infortuni, famiglia, maternità, disoccupazione, collocamento e formazione professionale, alloggio. Vi sono poi una funzione "amministrazione" (alla quale sono imputati i costi amministrativi di ciascun singolo schema) e due voci residuali (miscellanea e altre spese correnti). E' importante sottolineare come a ciascuna delle dieci principali suddivisioni funzionali vengano imputate tutte

le prestazioni ad esse relative: sia quelle in natura sia quelle in denaro, sia quelle di natura contributiva ("previdenziale") sia quelle di natura non contributiva ed eventualmente sottoposte all'accertamento del reddito (prestazioni "assistenziali").

Tab. 3												
Spesa corrente per la protezione sociale ripartita per funzione, 1994 (% del PIL)												
Funzioni:	B	DK	D	GR	E	F	IRL	I	L	NL	P	UK*
Malattia	6,4	5,7	8,0	2,3	5,9	7,6	5,9	5,1	5,7	6,7	6,3	5,1
Invalità	2,3	2,9	2,7	1,4	1,8	1,7	1,4	1,6	2,7	6,7	2,1	3,1
Infortuni	0,5	0,2	0,8	0,0	0,5	0,5	0,1	0,5	0,7	**	0,5	0,1
Vecchiaia	8,7	12,0	9,2	8,5	7,4	10,7	4,3	12,8	7,6	9,7	6,1	10,7
Reversibilità	2,8	0,0	3,0	1,6	2,3	1,9	1,2	2,7	3,4	1,7	1,3	0,3
Maternità	0,2	0,5	0,2	0,1	0,2	0,4	0,4	0,1	0,3	0,2	0,1	0,3
Famiglia	1,9	3,3	2,0	0,1	0,2	2,4	2,2	0,8	2,9	1,5	0,8	2,7
Collocamento	0,4	1,8	0,7		0,2	0,6	0,8	0,0	0,3		0,1	0,3
Disoccupazione	2,4	3,7	2,0	0,4	3,9	1,8	2,7	0,6	0,3	3,2	1,0	1,6
Alloggio		0,8	0,2	0,1	0,1	0,9	0,7	0,0	0,0	0,3	0,0	1,9
Miscellanea	0,3	1,8	0,7	0,6	0,2	0,5	0,4	0,0	0,0	0,9	0,2	0,4
Amministrazione	0,9	0,9	0,8	0,7	0,5	1,2	0,9	0,9	0,7	1,2	0,9	1,0
Altre spese corr.	0,3		0,4	0,2	0,4	0,4	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1	0,0
Totale	27,0	33,7	30,8	16,0	23,6	30,5	21,1	25,3	24,9	32,3	19,5	27,8

Tab. 4												
Spesa corrente per la protezione sociale ripartita per funzione, 1994												
(% della spesa complessiva)												
Funzioni:	B	DK	D	GR	E	F	IRL	I	L	NL	P	UK*
Malattia	23,6	16,9	26,0	14,1	25,0	24,9	28,0	20,1	23,0	20,8	32,4	18,5
Invalità	8,4	8,6	8,6	9,0	7,8	5,6	6,7	6,5	10,8	20,9	10,6	11,3
Infortuni	1,9	0,7	2,7	0,1	2,1	1,8	0,5	2,2	2,8		2,3	0,3
Vecchiaia	32,0	35,5	29,7	53,4	31,3	35,2	20,5	50,6	30,6	29,9	31,2	38,5
Reversibilità	10,3	0,1	9,8	10,1	9,6	6,1	5,8	10,9	13,7	5,2	6,8	1,2
Maternità	0,7	1,5	0,7	0,5	0,9	1,3	2,0	0,4	1,4	0,5	0,7	1,2
Famiglia	7,0	9,7	6,7	0,7	0,8	7,7	10,5	3,0	11,7	4,6	4,2	9,8
Collocamento	1,5	5,3	2,2		0,7	1,9	3,8	0,1	1,0		0,5	1,1
Disoccupazione	9,0	11,0	6,6	2,5	16,7	5,8	12,7	2,3	1,2	10,0	5,0	5,9
Alloggio		2,4	0,7	0,6	0,3	3,0	3,1	0,0	0,2	1,0	0,0	6,8
Miscellanea	1,3	5,5	2,4	3,9	1,0	1,5	2,1	0,0	0,1	2,6	1,0	1,5
Amministrazione	3,2	2,8	2,6	4,1	2,3	3,9	4,2	3,4	2,8	3,8	4,8	3,7
Altre spese corr.	1,1		1,3	1,0	1,5	1,3	0,1	0,5	0,7	0,6	0,4	0,1
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

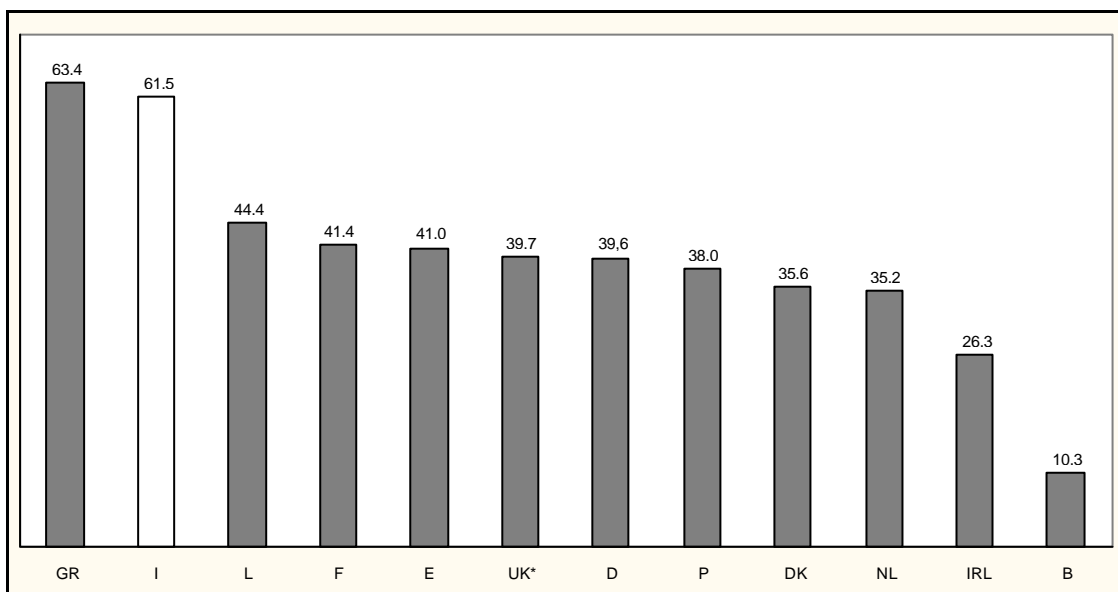
* dati riferiti al 1993
 ** spesa conteggiata in seno all'invalidità
 Fonte: Eurostat, "Social Protection Expenditure and Receipts 1980 -94", Luxemburg 1996, pag. 40-66

Rispetto a quella degli altri paesi, la distribuzione funzionale dell'Italia presenta alcune nette peculiarità. La quota di PIL assorbita dalla voce "vecchiaia" è significativamente più elevata che altrove. Relativamente elevata appare anche la spesa per la voce "reversibilità". Le voci "malattia", "invalidità" e "infortuni" appaiono in linea con i valori degli altri paesi. Le risorse destinate alle rimanenti voci (famiglia, maternità, disoccupazione, collocamento e alloggio) appaiono invece nettamente inferiori. L'anomalia italiana risalta ancor più netta dalla tab. 4. La spesa per la protezione della vecchiaia assorbe in Italia più della metà (50,6%) della spesa sociale complessiva, di contro a una media comunitaria pari al 37,4. Solo la Grecia presenta una distribuzione altrettanto squilibrata verso la vecchiaia.

Lo squilibrio interno alla spesa sociale italiana è visualizzato dai grafici 4-9. Come si può osservare, le voci "vecchiaia/reversibilità" (grosso modo il sistema pensionistico) assorbono da sole quasi due terzi della spesa complessiva (gr. 4). Particolarmente sacrificate appaiono invece le voci "famiglia/maternità" (gr. 7), "disoccupazione/collocamento" (gr. 8) e "alloggio" (gr. 9). Le voci "malattia" e "invalidità/infortuni" presentano invece una incidenza sulla spesa complessiva solo lievemente inferiore a quella degli altri paesi (gr. 5a, 5b e 6).

Grafico 4

Spesa corrente per vecchiaia/ reversibilità, 1994 (% della spesa sociale complessiva)



Per quanto riguarda la "malattia" è doverosa tuttavia una correzione. Come si è accennato più sopra, i dati EUROSTAT relativi a questa funzione comprendono anche le indennità economiche. L'Italia fornisce tuttavia dati incompleti per queste prestazioni: ne consegue che, rispetto ai paesi che forniscono invece dati completi, la spesa italiana per la funzione "malattia" risulta sistematicamente sotto-stimata. Per evitare comparazioni distorte e fuorvianti, conviene dunque depurare i dati della "malattia" dalle prestazioni economiche, considerando unicamente il complesso delle prestazioni in natura (grosso modo, i servizi sanitari). Il raffronto tra paesi UE riguardo alla funzione malattia al netto delle indennità economiche è riportato nel grafico 5b. Come si vede, il quadro appare ben diverso da quello del grafico 5a: per le prestazioni

sanitarie in natura l'Italia risulta spendere una quota più alta di spesa sociale rispetto ai seguenti paesi: Belgio, Danimarca, Grecia, Lussemburgo, Olanda, Regno Unito.

Grafico 5a

Spesa corrente per malattia al lordo delle indennità economiche 1994 (% della spesa sociale complessiva)

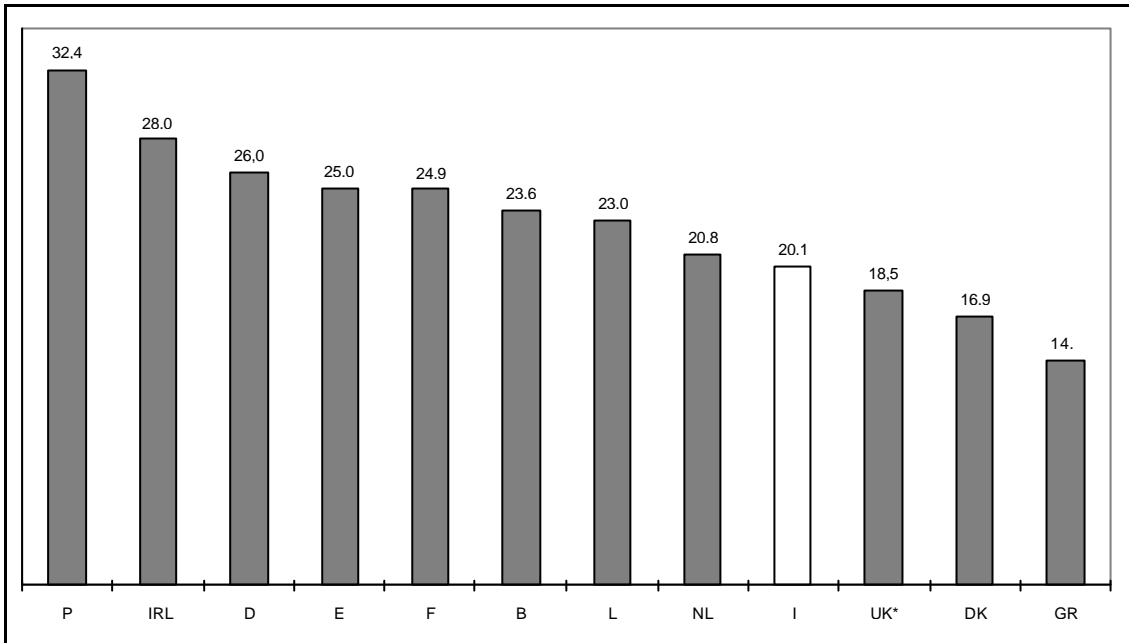


Grafico 5b

Spesa corrente per malattia al netto delle indennità economiche, 1994 (% della spesa sociale complessiva)

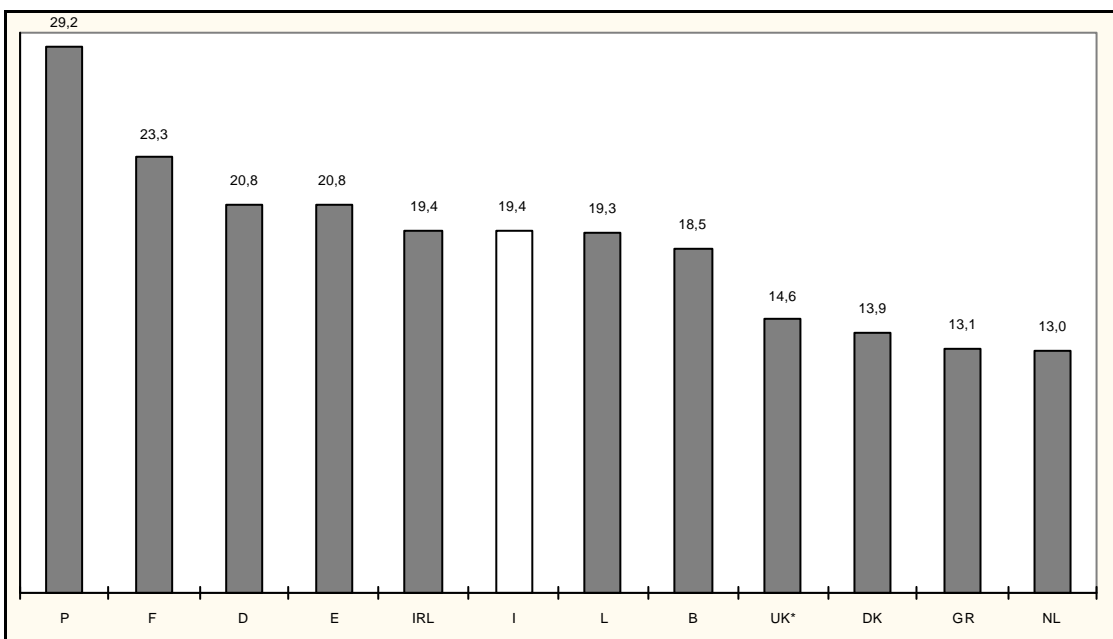


Grafico 6

Spesa corrente per invalidità/infortuni, 1994 (% della spesa sociale complessiva)

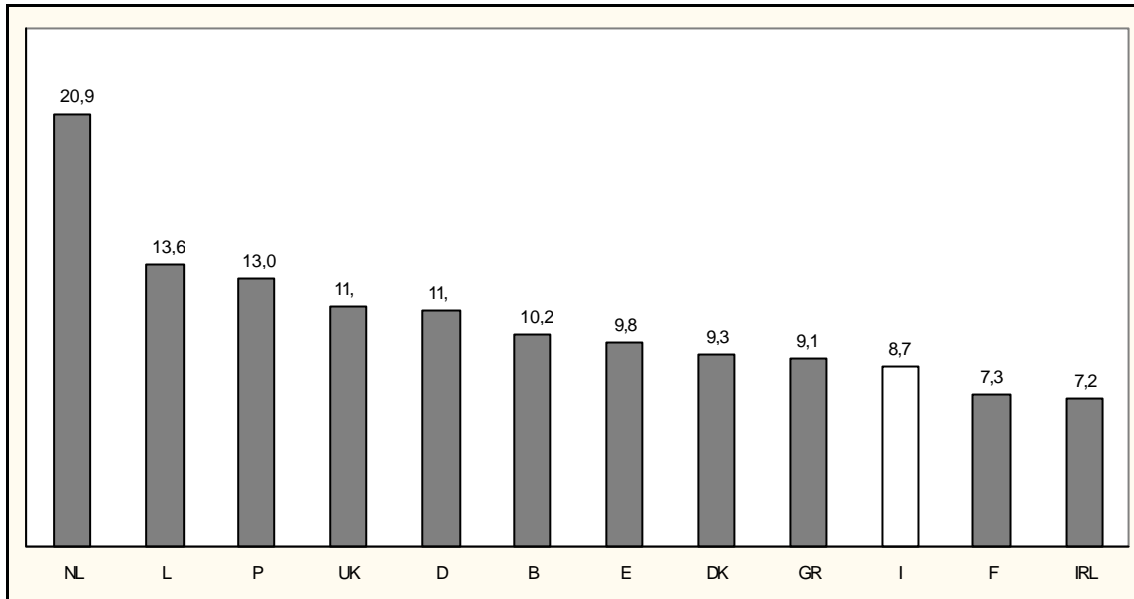
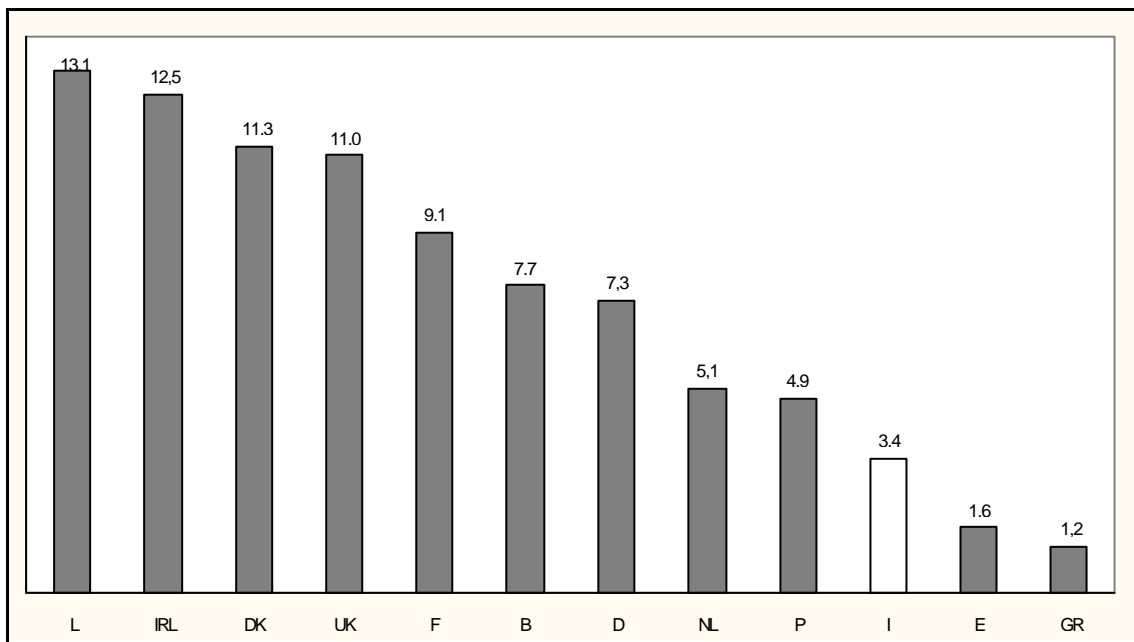


Grafico 7

Spesa corrente per maternità/famiglia, 1994 (% della spesa sociale complessiva)



La tab. 5 mostra come lo squilibrio interno alla spesa sociale italiana risalga già al 1980, ma sia andato accentuandosi nel corso del tempo.

Grafico 8

Spesa corrente per disoccupazione/collocamento, 1994 (% della spesa sociale complessiva)

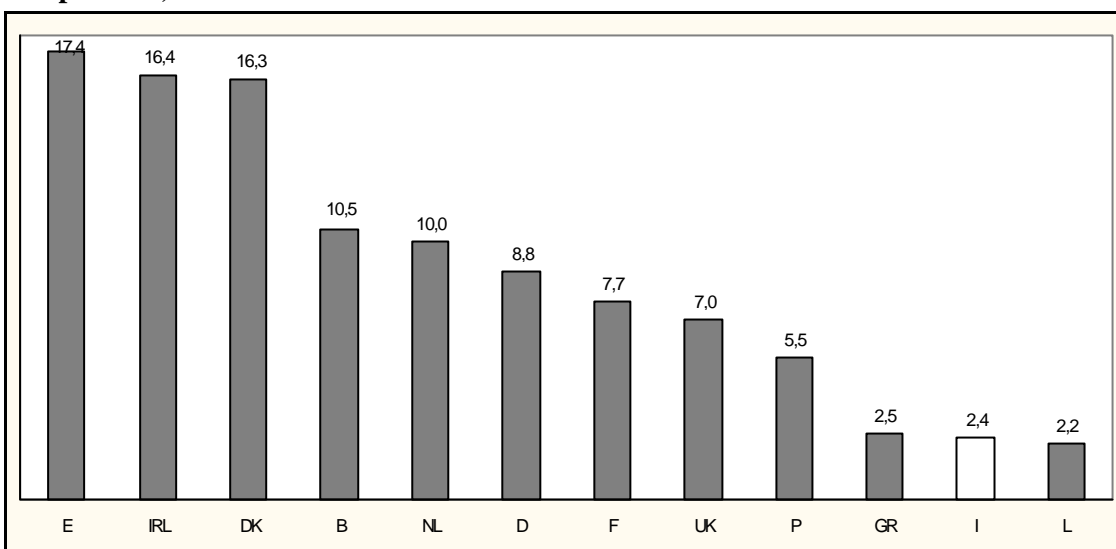
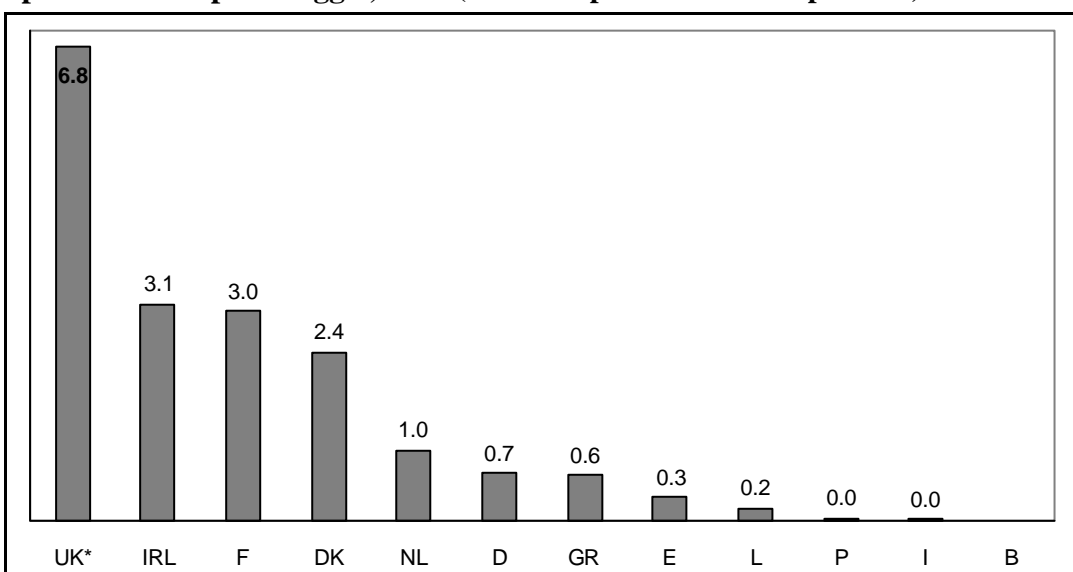


Grafico 9

Spesa corrente per alloggio, 1994 (% della spesa sociale complessiva)



5. La tab. 6 consente di approfondire l'esame della voce più anomala, ossia le spese per la protezione della vecchiaia. L'anno di riferimento è in questo caso il 1993 (4) e i paesi di riferimento sono la Francia, la Germania e il Regno Unito. E' opportuno sottolineare che la tabella include, per i quattro paesi, tutti gli interventi a protezione della vecchiaia: le prestazioni assicurative obbligatorie (di base e integrative) e facoltative, le pensioni e i vari sussidi "sociali", altre prestazioni in denaro e in natura. E' come se, nel linguaggio del dibattito italiano, si paragonassero per i quattro paesi l'insieme degli interventi "previdenziali" e "assistenziali" (compresi i servizi) per la popolazione anziana. Le cifre della tabella consentono in altre parole

Tab. 5 Evoluzione delle funzioni "vecchiaia/reversibilità" e "famiglia/maternità" in % del PIL, 1980-1993		
	1980	1993
Vecchiaia/reversibilità		
<i>Italia</i>	9,9	15,4
<i>Eur 12</i>	8,6	12,2
Famiglia/maternità		
<i>Italia</i>	1,4	0,9
<i>Eur 12</i>	2,4	2,0
<i>Fonte: Eurostat, Social Protection Expenditure and Receipts 1980-94", Luxemburg 1996, TAB. B5, pag. 24</i>		

di superare un'obiezione spesso sollevata in Italia nei confronti delle comparazioni internazionali della spesa pensionistica: i dati italiani sarebbero incomparabili in quanto "gonfiati" dagli interventi assistenziali (integrazioni al minimo, pensioni sociali eccetera). La

tab. 6 tiene conto, infatti, della spesa "assistenziale" per vecchiaia anche degli altri tre paesi. Nel caso della Francia sono incluse ad esempio le prestazioni di *minimum vieillesse*, che svolgono in parte la funzione delle nostre pensioni sociali e in parte quella delle integrazioni al minimo; le prestazioni assistenziali ai lavoratori agricoli e agli autonomi, nonché le pensioni di guerra. Per la Germania è inclusa una stima della quota di spesa assistenziale in denaro (*Sozialhilfe*) che va agli anziani. Per il Regno Unito sono incluse sia le pensioni non contributive per gli ultraottantenni (pensioni di vecchiaia della categoria D) sia la quota di assistenza in denaro (*Income Support*) che va agli anziani. Per tutti e quattro i paesi sono poi inclusi i pre-pensionamenti.

Tab. 6 Spese per la protezione della vecchiaia in % della spesa sociale complessiva, 1993				
	<i>IT</i>	<i>F</i>	<i>D</i>	<i>UK</i>
Pensioni delle assicurazioni obbligatorie:				
- di base	41,4	25,3	23,1	13,2
- integrative	0,6	7,6		6,9
- totale	42,0	32,9	23,1	20,1
Pensioni integrative volontarie		0,7	3,7	9,1
Pensioni sociali e altri sussidi	0,9	0,8	*1,0	*2,4
Altre prestazioni in denaro	6,1	0,1	2,0	
Prestazioni in natura	0,6	0,5	0,1	1,3
Totale	49,6	35,0	29,9	32,9
<i>*stime</i>				
<i>Fonte: elaborazione su dati Eurostat, Digest of Statistics on Social Protection in Europe. Old Age and Survivors: an update, Luxemburg, 1996</i>				

Come si può vedere, la spesa italiana per la protezione della vecchiaia non si segnala solo perché assorbe complessivamente una quota più elevata della spesa sociale totale, ma anche per alcune anomalie nella sua distribuzione interna, e in particolare la forte incidenza della

previdenza pensionistica obbligatoria di base e, corrispettivamente, la scarsa incidenza della previdenza integrativa volontaria: la forte consistenza della voce "altre prestazioni in denaro", quasi interamente imputabile ai trattamenti di fine rapporto (TFR), un istituto in larga parte anomalo sul piano comparato.

Per quanto riguarda la forte incidenza della previdenza pensionistica obbligatoria di base, si potrebbe obiettare che essa include, appunto, una cospicua componente "assistenziale", che dovrebbe essere scorporata ed assegnata altrove. L'obiezione è fondata, ma corregge solo marginalmente gli squilibri distributivi appena osservati, per almeno due ragioni. La prima ragione è che anche negli altri paesi considerati la voce "pensioni di base delle assicurazioni obbligatorie" include in una certa misura prestazioni "assistenziali" o anomale. La seconda ragione è che l'eventuale ri-assegnazione di queste prestazioni dovrebbe avvenire all'interno della tabella 6: in quanto destinate agli anziani, tutte le prestazioni in oggetto - indipendentemente dalla loro natura assistenziale o previdenziale - concorrono infatti al totale della voce "vecchiaia". Nello schema di classificazione Eurostat non esiste in altre parole una categoria "assistenza" ove collocare eventuali storni.

Per essere più chiari, possiamo provare a chiederci che cosa accadrebbe, concretamente, se scorporassimo dal 41,4% indicato in corrispondenza dell'Italia alla prima riga della tabella 6 le principali voci "assistenziali" (ad esempio le integrazioni al minimo) e anomale (i prepensionamenti). Stimando, per il 1993, il totale delle integrazioni al minimo in circa 29.300 miliardi e il totale dei prepensionamenti in circa 3.300 miliardi, la voce "pensioni di base delle assicurazioni obbligatorie" scenderebbe dal 41,4% al 33,3%. Con ogni probabilità, anche le percentuali di Francia e Germania scenderebbero però di qualche punto (le nostre stime di massima sono: 2-3 punti per la Francia e 1-2 punti per la Germania). Infatti anche in questi due paesi la stessa voce include i prepensionamenti, nonché varie forme di sussidio assistenziale alle categorie più deboli. Inoltre, i punti percentuali sottratti andrebbero ad innalzare la voce "pensioni sociali e altri sussidi" della stessa tabella. In altre parole: lo squilibrio interno alla spesa italiana per la vecchiaia si attenuerebbe lievemente, ma lo squilibrio fra prestazioni a sostegno della vecchiaia, da un lato, e prestazioni a sostegno di altri rischi, dall'altro, resterebbe del tutto inalterato.

6. La tabella 7 riporta alcuni ulteriori confronti sulla spesa sanitaria. Essa presenta le tre serie di dati più affidabili attualmente disponibili:

- EUROSTAT1: si tratta della funzione "malattia", depurata delle indennità economiche e calcolata con la metodologia SESPROS in vigore sino al 1994. Tale funzione riguarda solo la spesa corrente (senza cioè le spese in conto capitale) al netto delle spese per amministrazione. Essa esclude le prestazioni in natura delle funzioni invalidità, infortuni e maternità, anche se rese dal sistema sanitario. I valori EUROSTAT1 per il 1991 riportati nella tabella 7 differiscono lievemente rispetto a quelli presentati nella tabella 3 *supra*, in quanto sono stati tratti da due diverse pubblicazioni.
- EUROSTAT2: si tratta della nuova funzione "malattia/servizi sanitari" recentemente introdotta nella metodologia SESPROS. A differenza di EUROSTAT1, la serie EUROSTAT2 include anche le prestazioni in natura delle funzioni invalidità, infortuni e

maternità quando rese dal sistema sanitario. E' il dato che più si avvicina alla somma delle prestazioni sanitarie effettivamente consumate dagli utenti dei servizi pubblici (o comunque consumate a carico del bilancio pubblico).

- OCSE: rispetto a EUROSTAT2, questa serie include anche le spese correnti per amministrazione e le spese in conto capitale.

Tab.7

Spesa sanitaria in % del PIL

	EUROSTAT 1		EUROSTAT 2		OCSE	
	1991	1994	1991	1994	1991	1994
B	4,8*	5,0	5,6	4,6**	6,8	7,2
DK	4,6	4,7	5,3	5,2	5,4	5,4
D	5,3	6,4			6,3	7,0
GR	1,8*	2,1			3,3	
E	4,4	4,9	4,9	5,2	5,6	5,7
F	6,6	7,1	6,9	7,3	6,8	7,6
IRL	4,3	4,9			5,4	6,0
I	<u>5,5</u>	<u>4,9</u>	<u>5,8</u>	<u>5,2</u>	<u>6,6</u>	<u>5,9</u>
L	5,3	4,8			7,1	
NL	3,9	4,2	3,9	4,4	6,0	6,9
P	3,8	5,7			3,9	4,3
UK	4,1	4,1			5,4	5,8
EUR 12	5,1	5,7				

*=1990

**=1993

EUROSTAT 1=vecchia serie (cf. testo)

EUROSTAT 2=nuova serie (cf. testo)

Fonti: Eurostat, *Recueil Statistique Sur la Protection Sociale, Tome 5: Maladie, p.62, Luxemburg, 1994* OECD,

Social Expenditure Statistics of OECD Member Countries, Labour Market and Social Policy no. 17, Parigi, 1996, pag. 21

Dati 1994 forniti direttamente da Eurostat

Come si vede le tre serie situano la spesa sanitaria a livelli lievemente diversi del PIL. Per quanto riguarda l'Italia, emergono tre indicazioni:

- nel 1994, la percentuale di spesa sanitaria sul PIL si situa intorno ai valori centrali della distribuzione. Nella serie EUROSTAT1 l'Italia appare spendere meno della Francia e della Germania, ma più della Danimarca, dell'Olanda e del Regno Unito. Nella serie EUROSTAT2, l'Italia appare spendere meno della Francia, ma al pari della Germania e della Danimarca e più del Belgio. Nella serie OCSE l'Italia spende meno di Francia, Belgio, Germania, Olanda e Irlanda, ma più del Regno Unito, della Spagna, della Danimarca e del Portogallo.

- rispetto al 1991, le percentuali italiane appaiono in diminuzione; anche altri paesi (Belgio, Danimarca) manifestano tuttavia una tendenza verso la diminuzione;
- le percentuali di partenza, al 1991, si situavano intorno ai valori più alti della distribuzione. In quell'anno, l'Italia spendeva più di tutti i paesi eccettuata la Francia (EUROSTAT1 ed EUROSTAT2), ed eccettuati Belgio, Francia e Lussemburgo (OCSE).

Letti anche in connessione con il grafico 5b, i dati della tabella 7 non sembrano confermare la valutazione largamente diffusa nell'attuale dibattito italiano, secondo cui la nostra spesa pubblica per la sanità sarebbe largamente inferiore a quella degli altri principali paesi europei. E' vero che i dati **nazionali** più recenti (1995 e 1996) segnalano una ulteriore diminuzione della spesa sanitaria sul PIL. Ma un'analoga tendenza può aver caratterizzato anche altri paesi. E' dunque opportuno non formulare alcuna conclusione comparativa circa il 1995 o il 1996, fino a che non saranno disponibili dati omogenei per i vari paesi.

7. La tabella 8 riporta alcuni dati sulla struttura della spesa per invalidità. L'anno di riferimento è il 1990 (il più recente per cui sono disponibili dati EUROSTAT disaggregati). La tabella distingue fra prestazioni in denaro (essenzialmente pensioni) e prestazioni in natura (essenzialmente servizi). All'interno delle prime, vengono poi distinte le prestazioni assicurative/contributive dalle prestazioni assistenziali, non contributive. Rispetto ai paesi considerati (Francia, Germania e Regno Unito) l'anomalia italiana risulta evidente: sia per la bassa incidenza delle prestazioni in natura (il contrasto con la Francia è particolarmente marcato a riguardo) sia per l'elevata incidenza delle prestazioni assistenziali non contributive (invalidità civile, assegno di accompagnamento, pensioni a ciechi e sordomuti ecc.). Nel 1990 le prestazioni assistenziali assorbivano in Italia nel 1990 il 58,8 del totale della spesa per questa funzione.

Tab. 8				
Prestazioni di invalidità - 1990 (composizione % della spesa)				
	IT	FR	D	UK
<i>In denaro</i>				
<i>Pensioni delle assicurazioni obbligatorie</i>	23,5	18,5	54,1	36,6
<i>Pensioni assistenziali</i>	58,8	22,2	21,8	29,2
<i>In natura</i>	17,6	59,5	24,1	34,2
<i>Totale</i>	100	100	100	100

8. La tabella 9 riporta alcuni dati sulla struttura della spesa per la tutela della disoccupazione. L'anno di riferimento è il 1991 (anche in questo caso il più recente per cui sono disponibili dati EUROSTAT disaggregati). La tabella distingue fra prestazioni assicurative-contributive e prestazioni assistenziali subordinate all'accertamento dei redditi. All'interno del primo tipo di

prestazioni, vengono poi distinte quelle che tutelano la disoccupazione totale, quelle che tutelano la disoccupazione parziale o temporanea, le liquidazioni una tantum in caso di licenziamento e altre prestazioni. Anche in questo settore risultano evidenti le anomalie italiane: in particolare, l'assenza di prestazioni di assistenza ai disoccupati (con verifica dei mezzi) e l'altissima incidenza delle integrazioni salariali sul totale delle prestazioni.

Tab. 9
Prestazioni di disoccupazione, 1991 (composizione % della spesa)

	I	F	D	UK	EUR 12
<i>Prestazioni assicurative:</i>					
<i>disoccupazione totale</i>	55,4	73,3	65,3	23,4	59,6
<i>disoccupazione parziale</i>	44,6	2,6	5,2		4,0
<i>liquidazioni una tantum</i>		10,2		13,5	9,4
<i>altro</i>		2,6	1,3		0,9
<i>Prestazioni assistenziali</i>		11,3	28,2	63,1	26,1
TOTALE	100	100	100	100	100

9. Come emerge dalle tabelle appena discusse, le anomalie distributive interne alla spesa sociale italiana non si fermano allo squilibrio fra le grandi voci funzionali della spesa, ma tendono a riprodursi in seno ad ogni singola voce. I dati della tabella 10 mettono in luce un'ulteriore distorsione distributiva: quella fra le prestazioni previste per i lavoratori inseriti all'interno del mercato del lavoro regolare (in particolare, la grande impresa) e le prestazioni previste per gli altri lavoratori o i non occupati.

Le prime due colonne della tabella riportano i coefficienti di sostituzione di fatto tra pensione di vecchiaia e pensione sociale, rispettivamente, e la retribuzione media netta dell'industria manifatturiera. Il periodo di riferimento è il 1992 (mese di luglio). I calcoli sono stati effettuati dalla Commissione europea con la metodologia dei "casi-tipo" (5). Come si può vedere, il caso italiano (insieme ai casi greco, spagnolo e portoghese) si segnala per coefficienti particolarmente elevati nel caso delle pensioni di vecchiaia e particolarmente bassi nel caso delle pensioni sociali. Il divario fra prestazioni "forti" e prestazioni "deboli" è più elevato in Italia che in tutti gli altri paesi UE, eccettuata la Grecia.

Una sindrome analoga è riscontrabile nel caso delle prestazioni di disoccupazione. Per gli altri paesi, il dato si riferisce al trattamento di disoccupazione "totale e involontaria": alla prestazione cioè prevista in caso di perdita del posto di lavoro. Si tratta infatti della prestazione più diffusa di tutela della disoccupazione. Per l'Italia, data l'estrema variegazione dei trattamenti di disoccupazione previsti per le varie categorie, la tabella riporta due dati: uno relativo

all'indennità ordinaria di disoccupazione (26%) ed uno relativo al trattamento di mobilità (71%). Come si può vedere, il divario fra la prima prestazione (l'unica disponibile nei settori "deboli" del mercato del lavoro) e la seconda prestazione (diffusa all'interno dei settori "forti") è molto elevato.

L'ultima colonna della tabella mette a nudo una delle più macroscopiche lacune del sistema italiano di protezione sociale: l'assenza di uno schema di reddito minimo garantito. Nella maggior parte degli altri paesi europei, chi non matura oppure esaurisce le spettanze a prestazioni assicurative (ad esempio: trattamenti di disoccupazione) ha pur sempre diritto (in senso stretto: un diritto soggettivo inalienabile) a prestazioni di sicurezza minima del reddito. In Italia non esiste a tutt'oggi un simile diritto. Gli schemi di "minimo vitale" vigenti a livello regionale dipendono infatti dalla disponibilità di risorse in bilancio e tendono comunque ad escludere gli adulti abili al lavoro. La tab.11 indica gli importi previsti dagli schemi di reddito minimo garantito in nove paesi dell'Unione europea.

Tab. 10							
Livello di alcune prestazioni "tipiche" di protezione sociale, 1992							
	*Pensione di vecchiaia	*Pensione sociale	*Indennità di disoccup.	*Assegno familiare			**Reddito minimo garantito
				1 figlio	2 figli	3 figli	
B	73	47	79	7	20	38	32
DK	60	52	73	6	11	15	40
D	77	39	63	6	12	21	29
GR	107	8	28	4	8	12	0
E	97	32	80	2	3	5	0
F	88	46	80	1	22	50	22
IRL	42	35	41	2	4	6	38
I	89	19	(°) 26 (°°) 71	3	6	11	0
L	78	46	85	22	28	40	36
NL	49	49	74	4	10	16	41
P	94	30	81	4	9	14	0
UK	44	31	23	5	9	13	22

**Prestazione al netto di imposte e contributi, espressa in % della retribuzione media netta dell'industria manifatturiera*
*** (espresso in % del PIL pro capite)*
(°) indennità ordinaria di disoccupazione
(°°) indennità di mobilità
Fonte: C.E. "La protezione sociale in Europa", Bruxelles, 1993, cap. 4

La tab. 10 mette in evidenza infine il basso importo delle prestazioni familiari italiane, in presenza di figli a carico. Solo la Spagna e l'Irlanda erogano prestazioni più basse di quelle del nostro paese.

Tab. 11

Reddito minimo garantito per tutti i residenti sprovvisti di mezzi (importi in ECU, luglio 1995)				
	Persona singola	Coppia senza figli	Coppia con 2 figli	Spesa complessiva in % del PIL
<i>B</i>	526	701	1010	0,10
<i>DK</i>	287 - 916	1832	2437	1,09
<i>D</i>	327	591	1030	*1,49
<i>E</i>	184	184	246	0,04
<i>F</i>	357	535	749	0,27
<i>IRL</i>	320	518	658	0,35
<i>L</i>	815	1222	1462	**0,32
<i>NL</i>	514 - 606	865	1040	1,47
<i>UK</i>	446	594	893	**2,44
* 1993				
** 1994				
<i>Fonte: MISSOC, Social Protection in the Member States of the European Union, Bruxelles, European Commission (DGV), 1996, Table XII</i>				

Le anomalie della spesa sociale italiana: una sintesi

Dal confronto con gli altri paesi emergono le seguenti indicazioni:

1. Nel suo complesso, la spesa sociale italiana si situa intorno alla media UE, sia rispetto al PIL sia in valori pro capite. Nel 1994 (anno più recente disponibile per i confronti internazionali) l'Italia spendeva meno degli altri paesi europei con analoghi livelli di reddito.
2. In seno alle altre voci della spesa primaria, l'Italia rivela scostamenti di un certo rilievo (per eccesso) sia per quanto riguarda la voce "servizi di interesse generale" sia per quanto riguarda la voce "trasporti e comunicazioni".
3. Per quanto riguarda la struttura interna della spesa sociale, il confronto con gli altri paesi rivela due marcate distorsioni (in parte sovrapposte): una distorsione che riguarda i rischi protetti ed una che riguarda i gruppi occupazionali protetti.
4. Per quanto riguarda i rischi, in Italia la quota di PIL (e di spesa complessiva) assorbita dai rischi "vecchiaia" e "reversibilità" appare significativamente più elevata che negli altri paesi, un'anomalia che persisterebbe anche dopo un eventuale scorporo delle componenti cosiddette "assistenziali". La spesa a tutela dei rischi connessi alla "famiglia", alla "maternità", alla "disoccupazione", alla "formazione" e all' "alloggio" appare invece significativamente più bassa. La spesa sanitaria appare grosso modo in linea con quelle straniere.

5. Anche all'interno di alcuni singoli rischi si osservano rilevanti distorsioni rispetto alla situazione degli altri paesi. Per quanto riguarda la protezione della vecchiaia, ad esempio, appare molto sotto-dimensionato il comparto della previdenza integrativa. Per quanto riguarda l'invalidità, nettamente sotto-dimensionato appare il complesso delle prestazioni in natura. Per quanto riguarda invece la disoccupazione, appare largamente sovra-dimensionata la tutela della disoccupazione parziale/temporanea rispetto alla disoccupazione totale.

6. Per quanto riguarda le categorie occupazionali, rispetto agli altri paesi si osserva un forte divario tra le prestazioni previste per i lavoratori inseriti all'interno del mercato del lavoro regolare (in particolare, la grande impresa o il pubblico impiego) e le prestazioni previste per gli altri lavoratori o per i non occupati. Risalta anche l'assenza di uno schema nazionale di reddito minimo garantito per chi è sprovvisto di mezzi, del tipo di quelli vigenti nei paesi dell'Europa centro-settentrionale.

6. Il confronto con gli altri paesi europei conferma dunque la necessità di operare una incisiva ristrutturazione interna della spesa sociale italiana, mirante a correggere entrambe le distorsioni. Da un lato, si tratta di spostare risorse dai rischi iper-tutelati a quelli sotto-tutelati. Dall'altro, si tratta di attenuare la generosità di alcune prestazioni oggi previste per l'occupazione "standard" e di accrescere (o introdurre ex novo) la protezione per le categorie sociali oggettivamente più deboli.

7. Stanti i vincoli di bilancio connessi al processo di convergenza macro-economica previsto dal Trattato di Maastricht, questa operazione di ri-equilibrio può essere effettuata con opportune modulazioni temporali. All'interno di un programma pluriennale di interventi, si potrebbe ad esempio prevedere di introdurre subito le misure restrittive di ri-equilibrio (prevalentemente a carico del sistema pensionistico), subordinando il varo delle misure espansive al pieno soddisfacimento dei parametri di convergenza (pre- e post- UME). Resta naturalmente anche aperta la strada di incidere su altre voci della spesa primaria, ed in particolare quelle "devianti" menzionate più sopra al punto 2.

Note

- (1) La metodologia è denominata SESPROS (Sistema europeo di statistiche sulla protezione sociale) e adotta un approccio funzionale (cf. infra). I dati vengono forniti all' EUROSTAT dagli uffici statistici nazionali. Le raccolte dell'OCSE costituiscono un'altra affidabile fonte per i confronti internazionali. L'OCSE ha recentemente adottato una griglia di classificazione molto simile a quella di EUROSTAT - anche se permangono significative differenze per quanto riguarda le spese sanitarie. Per una illustrazione dettagliata del SESPROS, rimandiamo a EUROSTAT, *Esspros methodology*, 1981. Le metodologie OCSE sono illustrate in OECD, *Social Expenditure in the OECD countries*, Paris, 1996.
- (2) L' aggregato "Protezione Sociale" nei conti EUROSTAT" (contabilità SESPROS) è più ampio del medesimo aggregato nei conti ISTAT. Il primo include infatti anche le seguenti voci (non incluse dall' ISTAT): TFR del settore privato; prestazioni di assistenza erogate da istituzioni diverse dalle AA. PP.; spese correnti per amministrazione relative ai vari comparti della protezione sociale.
- (3) L' Italia fornisce a EUROSTAT unicamente i dati relativi alle indennità di malattia erogate dagli enti previdenziali. La maggior parte degli altri paesi include in questa voce anche le indennità erogate dalle Amministrazioni pubbliche ai propri dipendenti nonché le quote di retribuzione pagate dai datori di lavoro nei giorni di malattia, in ottemperanza a norme dei contratti nazionali.
- (4) Per il 1994 non sono purtroppo disponibili le appropriate disaggregazioni. La tabella considera anche le spese assistenziali erogate a favore di anziani, che per alcuni paesi (come Germania e Regno Unito) sono incluse nella voce "miscellanea" da Eurostat.
- (5) Pensione di vecchiaia = trattamento teorico che sarebbe spettato nel luglio 1992 ad un pensionando con le seguenti caratteristiche: carriera regolare ininterrotta come lavoratore dipendente privato (industria) e andamento retributivo pari a quello medio, per la durata massima conteggiabile a fini previdenziali.

Pensione sociale = trattamento netto previsto nel 1992 per un ultrasessantacinquenne privo di spettanze contributive e redditi propri.

Indennità di disoccupazione = trattamento previsto per un operaio dell'industria che perde il posto di lavoro all'età di quarant'anni dopo venti anni di lavoro regolare con retribuzione pari alla media.

Reddito minimo garantito = prestazione prevista per una persona singola di quarant'anni, che ha esaurito ogni spettanza a trattamenti di disoccupazione, che è disponibile al lavoro e non ha risorse proprie sufficienti.

Tutte le suddette prestazioni sono espresse in % della retribuzione media netta degli operai dell'industria manifatturiera (luglio 1992).

(Alla elaborazione di grafici e tabelle e alla redazione del testo ha collaborato Tiziana Altì)

**COMMISSIONE PER L'ANALISI DELLE
COMPATIBILITÀ MACROECONOMICHE
DELLA SPESA SOCIALE**

LE POLITICHE DEL LAVORO

a cura di Gianni Geroldi - Massimo Paci

Documento di base n. 2

Sommario

1. Premessa; 1.1 La delimitazione del campo di intervento delle politiche del lavoro; 1.2 I problemi di misurazione degli oneri per le politiche del lavoro; 2. Gli ammortizzatori sociali; 2.1 Considerazioni generali; 2.2 La spesa per gli ammortizzatori sociali; 2.3 Alcune ipotesi di revisione generale del sistema degli ammortizzatori; 3. Gli incentivi per l'occupazione; 3.1 Aspetti generali; 3.2. Un quadro della spesa per incentivi; 3.3. Alcune ipotesi per un possibile riordino del sistema degli incentivi; 4. Le politiche del lavoro; 4.1. La spesa attuale; 4.2. Le prospettive di riforma; 4.3. Previsioni di spesa; Alcune considerazioni conclusive

1. Premessa

1.1. *La delimitazione del campo di intervento delle politiche del lavoro*

Le politiche del lavoro rappresentano un aggregato molto eterogeneo, per il quale sia la letteratura economica che quella giuridica sono tuttora piuttosto distanti dal definire una classificazione stabile. La mancanza di un'individuazione funzionale delle spese per le politiche del lavoro all'interno del quadro più generale delle uscite pubbliche rende inoltre del tutto soggettiva qualunque suddivisione dei flussi finanziari.

Volendo considerare l'argomento ai fini del controllo e di un eventuale riequilibrio delle risorse impiegate nell'ambito della protezione sociale, si può comunque adottare come criterio di massima quello di prendere a riferimento l'insieme degli *interventi che hanno un rapporto diretto con il mercato del lavoro*, a fronte dei quali sia possibile rintracciare una voce di spesa. Questo criterio, per quanto possa apparire ancora abbastanza vago nella delimitazione del campo di azione delle politiche del lavoro, consente però di introdurre una classificazione più specifica per l'argomento, in modo da non dover incorporare ogni iniziativa pubblica che abbia un riflesso dal punto di vista occupazionale: presupposto che, in base a certe considerazioni teoriche, potrebbe estendersi a comprendere ogni misura di politica economica. Sulla base dunque di questa delimitazione, ossia considerando solo le azioni che intervengono direttamente nella sfera del mercato e dei rapporti di lavoro, si può ulteriormente procedere suddividendo le *policy* in tre principali categorie, che si richiamano ai diversi obiettivi perseguiti in modo prioritario da ogni "pacchetto" di strumenti. Le categorie sono:

- a) gli interventi di garanzia del reddito;
- b) le misure selettive;
- c) le politiche attive.

La prima categoria comprende gli strumenti di protezione in senso proprio, ossia le diverse forme di garanzia del reddito, che consentono in una certa misura e per determinati intervalli temporali di svincolare il profilo del reddito personale da quello relativamente instabile del ciclo economico e dell'occupazione. Nonostante l'apparente chiarezza degli obiettivi, l'utilizzo delle diverse forme di sostegno presenta nella realtà italiana alcune rilevanti distorsioni. Ad esempio, in molti casi si manifesta una sovrapposizione tra un utilizzo temporaneo, con la conservazione dell'impiego, e il sostegno a chi è di fatto disoccupato e dovrebbe cercare un nuovo posto di lavoro. Inoltre, pur dovendo questi strumenti essere rivolti a un tipo di eventi il cui presupposto è la temporanea impossibilità degli individui a sostenersi con il proprio lavoro, ci si trova invece spesso di fronte ad uno slittamento verso forme protratte di integrazione, che dovrebbero più propriamente appartenere all'area dell'assistenza sociale. Infine, di fronte a situazioni sociali e occupazionali che spesso risultano indubbiamente molto difficili da risolvere, emerge la tendenza ad utilizzare quasi solo in funzione di sostegno al reddito strumenti che avrebbero anche altri fini, distorcendone perciò la natura. Un caso recente ed emblematico è rappresentato dai lavori socialmente utili, in cui sembra essersi dissolto l'intento reintegrativo - riqualificarsi e imparare un lavoro per reinserirsi nel mercato - per lasciare spazio solo alla finalità assistenziale.

Il secondo insieme di politiche annovera tutte le forme di incentivazione che, a seconda della modalità con cui sono applicate, portano a una riduzione del costo del lavoro, al momento dell'assunzione, o in un arco di tempo solitamente definito del rapporto retributivo. La denominazione di misure selettive si deve al fatto che questi interventi sono di norma "indirizzati" a particolari figure di lavoratori, ovvero al riequilibrio economico di aree territoriali delimitate o di settori produttivi in difficoltà. Dal momento che l'obiettivo perseguito con le incentivazioni è quello di creare un vantaggio relativo nei costi del lavoro per aumentare le probabilità di assunzione di alcuni soggetti destinatari, è piuttosto frequente che queste misure di politica abbiano un carattere composito, nel senso che ad esse sono abbinati strumenti di politica attiva adatti a migliorare le caratteristiche di impiegabilità dell'offerta e, nello stesso tempo, a sostenere i costi di reclutamento dal lato della domanda. La progressiva perdita di ruolo di alcune forme strutturali di incentivo, conseguente ai divieti che l'Unione europea pone in materia di concorrenza, e il sempre più frequente uso abbinato di incentivi circoscritti e servizi per l'impiego, rendono il discrimine tra misure selettive e politiche attive meno netto rispetto a quello con gli ammortizzatori sociali, le cui finalità e impieghi sono più autonomamente definibili. Per le ragioni ora ricordate, si può ritenere che nella classificazione qui proposta i cosiddetti contratti a causa mista (formazione e lavoro, apprendistato) debbano essere inclusi tra le misure selettive in quanto, sebbene richiedano esplicitamente l'abbinamento con uno strumento base delle politiche attive come la formazione, perseguono tuttavia in modo prioritario l'obiettivo selettivo dell'inserimento nel lavoro dei giovani.

La terza e ultima categoria della classificazione adottata è infine costituita da una serie di interventi, solitamente definiti "servizi per l'impiego", diretti a rendere più efficiente il funzionamento del mercato del lavoro. A questi vanno aggiunti gli strumenti per la valorizzazione e la riqualificazione dell'offerta di lavoro, primi fra tutti l'istruzione e la formazione professionale. Gli obiettivi perseguibili e i contenuti qualitativi dei servizi per l'impiego sono un dato ormai abbastanza conosciuto. Di norma, la loro attuazione è affidata ad agenzie territorialmente decentrate, anche su bacini locali di piccole dimensioni, che rappresentano in quasi tutti i paesi europei un riferimento operativo e gestionale per tale tipo di interventi. Purtroppo, la realtà italiana sconta un forte ritardo nello sviluppo di questo modello organizzativo per le politiche del lavoro e gli organismi come le agenzie hanno finora esercitato un ruolo effettivo solo in alcune realtà locali, mostrandosi invece carenti, o del tutto inesistenti, proprio nelle aree dove la concentrazione della disoccupazione ne richiederebbe la presenza e una maggiore efficacia. Dal punto di vista operativo, le funzioni di politica attiva si sostanziano soprattutto in strumenti atti a facilitare l'incontro tra domanda e offerta e in altri tipi di sostegno miranti a valorizzare le risorse umane, ridurre i tempi di ricerca e, possibilmente, ampliare la gamma di attività e le opportunità di lavoro.

Nel panorama istituzionale italiano, la tipologia degli interventi che possono essere considerati nell'ambito delle tre categorie appena descritte è piuttosto ampia. Per fornire una sintesi, nella tavola che segue viene riportata una suddivisione generale anche se necessariamente sommaria dei diversi strumenti:

Le principali categorie delle politiche del lavoro

Interventi di garanzia	Misure selettive	Politiche attive
Indennità di disoccupazione	Sgravio degli oneri sociali.	Formazione
Indennità di mobilità	Decontribuzioni	Orientamento
Cassa integrazione guadagni	Contributi in denaro	Collocamento
Prepensionamenti	Contratti a causa mista	Sostegni all'incontro
Contratti di solidarietà	(CFL, apprendistato)	domanda e offerta
Lavori socialmente utili		Promozione d'impresa
		Sviluppo locale

Per concludere questa breve premessa sui criteri di classificazione, va precisato che, al fine di rendere più omogenee le diverse categorie, dalla prima colonna della tavola riassuntiva sono state escluse alcune forme di assicurazione tipiche dei contratti di lavoro, le quali, pur essendo stabilmente acquisite negli schemi del nostro sistema di protezione, ruotano istituzionalmente nell'area della previdenza sociale. A tale proposito si possono citare le indennità di malattia e di maternità, il fondo di garanzia dei trattamenti di fine rapporto e le coperture rispetto ai lavori usuranti e ai rischi di infortunio. Sempre per ragioni di omogeneità, non vengono qui prese in considerazione neanche le prestazioni per invalidità e inabilità che, pur rappresentando motivi di interruzione forzata della normale prestazione di lavoro, e quindi di acquisizione del reddito, appaiono più affini all'area dell'assistenza che non a quella degli strumenti di politica del lavoro.

1.2. I problemi di misurazione degli oneri per le politiche del lavoro

La contabilizzazione degli oneri relativi agli strumenti di politica del lavoro presenta numerose difficoltà che sono legate tanto alla già ricordata mancanza di una registrazione sistematica nei conti della Pubblica amministrazione, quanto a una serie di elementi anche concettuali che concorrono a rendere oggettivamente complicato il quadro di riferimento. A conferma di quest'ultima annotazione, occorre ricordare che:

- molte azioni finalizzate a migliorare il funzionamento del mercato del lavoro, rientranti cioè nelle cosiddette politiche attive, hanno costi di gestione (personale, mezzi strumentali, beni di consumo) che non vengono di solito rilevati separatamente nei quadri contabili della pubblica amministrazione; un'evidenziazione più precisa di questi costi è resa problematica anche dal fatto che le competenze risiedono attualmente in differenti organismi decentrati, a cui viene assegnato un ruolo piuttosto diverso in ogni realtà regionale;
- le erogazioni o le agevolazioni sugli oneri lavorativi, che dovrebbero funzionare da incentivi, hanno teso ad allargarsi fino a rappresentare una normale modalità operativa per intere aree e categorie economiche, così perdendo il carattere differenziale che dovrebbe essere proprio della funzione incentivante; inoltre è quasi impossibile ricostruire un quadro delle incentivazioni autonome e delle sovraincentivazioni decise ai livelli decentrati e gravanti sui bilanci degli enti territoriali locali;
- data la natura delle questioni da affrontare, esistono collegamenti intrinseci tra la legislazione del mercato del lavoro - specie in tema di tutela della parte contraente più debole - e quella

per la protezione sociale che determinano un complesso intreccio anche per ciò che concerne i provvedimenti di spesa e la separazione delle fonti di finanziamento;

- le misure di natura assistenziale non sempre sono distinguibili, anche da un punto di vista concettuale, dalla spesa previdenziale vera e propria;
- molti interventi nel campo del lavoro hanno una forma composita, in quanto prevedono erogazioni finanziarie agli individui unitamente ad altri tipi di sostegni reali, i cui oneri sono rilevabili solo in modo indiretto.

Nonostante i limiti ora elencati, di norma si supplisce alla mancanza di una contabilità ufficiale delle politiche del lavoro con alcune elaborazioni quantitative su dati di provenienza piuttosto eterogenea, che rappresentano tuttavia le uniche fonti su cui ci si può basare anche per i confronti internazionali. Più in particolare, per le parti che seguono, oltre a statistiche dell'Istat e di contabilità nazionale, sono stati utilizzati dati raccolti presso l'Inps, il Ministero del Lavoro, il Ministero del Tesoro e l'Isfol.

2. Gli ammortizzatori sociali

2.1 Considerazioni generali

L'attuale sistema degli ammortizzatori sociali è ritenuto dalla maggior parte degli osservatori un insieme disorganico e quasi ingovernabile di strumenti, caratterizzato da successive sovrapposizioni prive di qualunque visione organica e d'insieme dei problemi da trattare. I punti più deboli del sistema vanno rintracciati:

- nelle innumerevoli iniquità di trattamento (criteri di eleggibilità, durata, ammontare dei benefici) ricollegabili in larga parte al prevalere di meccanismi di pressione, che escludono i gruppi e i soggetti meno rappresentati;
- nella intrinseca rigidità dei trattamenti che costituiscono specie nell'ambito dei gruppi più tutelati un oggettivo ostacolo ai processi di mobilità;
- nella segmentazione delle forme di sostegno che, anziché seguire un disegno logico per il reinserimento lavorativo e per l'integrazione al reddito, risultano sconnesse e casuali nei trattamenti e nelle opportunità offerte;
- nel proliferare di forme di intervento che, a prescindere dagli obiettivi per i quali sono preordinate, anziché muoversi secondo qualche criterio di classificazione dei beneficiari, tendono invece ad accentuare le divisioni puramente formali nella gestione del mercato del lavoro;
- nell'assenza di veri e propri strumenti di assistenza, per cui convivono situazioni di bisogno e di forte disagio sociale con l'utilizzo improprio e assistenzialistico di strumenti che dovrebbero avere natura temporanea e servire ai processi fisiologici di mobilità e di reinserimento nel lavoro.

Le incoerenze e le iniquità presenti nell'attuale quadro degli ammortizzatori sociali, oltre alle notevoli diversità esistenti rispetto agli altri paesi europei, che contrastano sempre più con il principio della libera circolazione delle persone, spingono a proporre una revisione complessiva del sistema. A tale scopo, prima di procedere con altri aspetti, è però necessario porre mente a una questione preliminare per definire un nuovo modello di protezione del lavoro. Tale questione si ricollega al fatto che in Europa convivono tuttora esempi molto differenziati di sistemi nei quali è possibile vedere combinati più sicurezza nel mantenimento del posto di lavoro con minori garanzie di reddito per i disoccupati, ovvero meno vincoli alla licenziabilità (oneri e norme di tutela) con maggiori sostegni al reddito e aiuti per la ricerca di una nuova occupazione¹. In questo ipotetico piano, dove le garanzie contro il licenziamento stanno in una relazione inversa rispetto alle forme di protezione accordate ai lavoratori, l'Italia può essere collocata in una posizione intermedia, per quanto, date le diversità dei contesti istituzionali, sia difficile identificare delle precise coordinate. E' però da rilevare che, volendo individuare una più opportuna combinazione di strumenti per il futuro, una struttura fortemente caratterizzata dalla presenza di piccole e medie unità produttive, come è quella del nostro paese, ha probabilmente più bisogno di disporre di strumenti adeguati e di facilitazioni per la mobilità esterna, piuttosto che di potersi avvalersi di sostegni per le sospensioni temporanee del reddito in costanza del rapporto di lavoro.

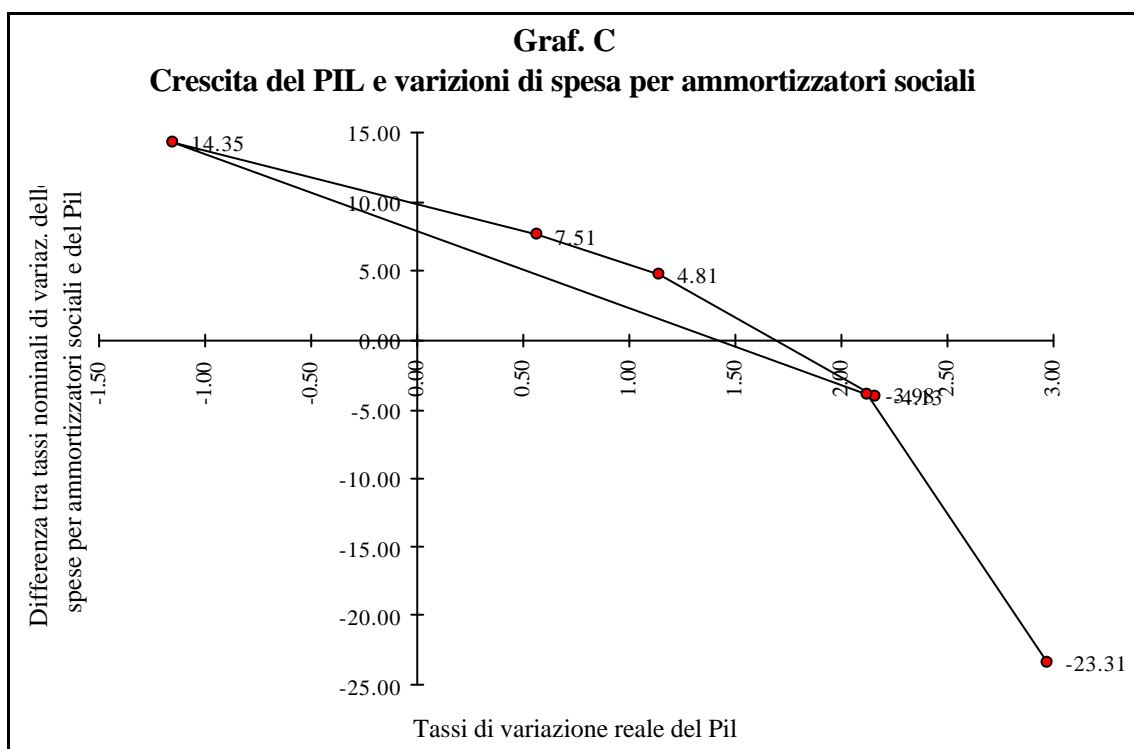
Peraltro, in molti paesi europei è già in corso un'evoluzione verso modelli più flessibili di gestione e regolazione del mercato del lavoro, con lo scopo soprattutto di vedere ridotte alcune palesi inefficienze di funzionamento. In tale trasformazione, i rischi sociali connessi alla maggiore mobilità tendono a trovare compensazione in un insieme coerente di incentivi e ammortizzatori sociali e in un buon apparato di servizi per la mobilità gestiti da efficaci strutture di livello decentrato. Dato che queste dinamiche sono presenti ormai dovunque, sarebbe un errore se nel nostro paese si restasse passivi o indecisi sulle scelte da compiere, poichè progressivamente la stabilità e la sicurezza del posto di lavoro si andrebbero comunque riducendo sotto la spinta dei grandi cambiamenti in corso nelle tecnologie e nei mercati a livello mondiale, senza che nel contempo si sia proceduto ad accrescere le protezioni e gli aiuti per chi è alla ricerca di una nuova occupazione.

Scelte più nette su questi problemi appaiono perciò necessarie anche per mettere mano e innovare il sistema degli ammortizzatori sociali. Per formulare un disegno complessivo deve essere però superato un serio ostacolo, consistente nel fatto che in larga parte del nostro paese manca una rete territoriale di istituzioni capaci di gestire efficacemente gli strumenti delle politiche per l'occupazione. L'adeguamento verso un sistema più flessibile di gestione della mobilità può avvenire pertanto con gradualità, in modo regolato e concordato tra le parti sociali, puntando a far decollare nel frattempo una più efficiente struttura di servizi per l'impiego.

2.2. La spesa per gli ammortizzatori sociali

¹ Sull'argomento si può vedere: F.Liso, *La gestione delle eccedenze di lavoro in Europa: una valutazione d'insieme*, "Economia & Lavoro", 1995, n.3-4; Tronti L., *Aspetti economici della gestione delle eccedenze di lavoro nei principali paesi europei*, "Economia & Lavoro", cit.; Commissione europea, *La protezione sociale in Europa*, Lussemburgo 1996, cap.4.

La spesa per gli ammortizzatori sociali e il relativo finanziamento sono riassunti nella Tabella 2.1. Nell'insieme la loro evoluzione dal 1989 al 1995 sembra essere rimasta sostanzialmente stabile in rapporto al Pil. In realtà, ad un esame più dettagliato, si può vedere che le spese per prestazioni tendono ad oscillare, con un minimo di 0,84% nel 1990 e un massimo di 1,16 nel 1993. In particolare, prendendo singolarmente i vari istituti, si vede come di fronte a un relativo calo delle uscite per la Cig ordinaria, siano cresciute di importanza le spese per la disoccupazione e la mobilità. Relativamente stabili, salvo una lieve contrazione nell'ultimo periodo, sembrano invece i pre-pensionamenti. Complessivamente, l'idea che si ricava è che nel corso della prima metà degli anni novanta si sia ampliato il ruolo dei trattamenti orientati a chi, in maniera più o meno esplicita, perde l'impiego ed entra in mobilità, mentre la funzione di protezione temporanea dentro al posto di lavoro sia andata ridimensionandosi.



Nonostante i molti dubbi sull'efficacia complessiva del modello di garanzia del reddito in Italia, l'insieme di queste spese nel periodo 1989-95 sembra avere in ogni caso svolto un ruolo di sostegno anti-congiunturale. Nel grafico C si vede infatti che tra le variazioni reali del Pil e il divario di crescita delle spese per ammortizzatori e del Pil in termini nominali vi è un legame inverso piuttosto netto. Ciò significa che alle fluttuazioni congiunturali del reddito hanno corrisposto accelerazioni e decelerazioni anticicliche delle spese per ammortizzatori.

Tab. 2.1
Ammortizzatori sociali (miliardi di lire correnti)

	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
--	------	------	------	------	------	------	------

Prestazioni							
Cassa integrazione guadagni	2 089	1 733	2 552	3 091	3 647	2 971	1 839
- ordinaria industria	144	275	764	976	1 427	789	326
- ordinaria edilizia	214	229	393	432	486	499	359
- straordinaria	1 731	1 229	1 395	1 683	1 734	1 683	1 154
Indennità di disoccupazione	2 506	3 225	3 109	3 251	3 851	4 345	4 032
Indennità di mobilità	0	0	123	685	1 502	2 362	1 880
Pre-pensionamenti	3 159	3 248	3 549	3 497	3 369	2 902	2 914
Totale prestazioni	7 754	8 206	9 333	10 524	12 369	12 580	10 665
Contribuzioni							
Cassa integrazione guadagni	1 800	1 933	3 603	4 666	4 648	4 611	4 602
- ordinaria industria	1 232	1 268	1 748	2 601	2 608	2 641	2 689
- ordinaria edilizia	544	639	736	966	873	786	724
- straordinaria	24	26	1 119	1 099	1 167	1 184	1 189
Indennità di disoccupazione	3 076	3 430	3 630	3 703	3 780	3 781	3 849
Indennità di mobilità	0	0	340	954	375	677	634
Pre-pensionamenti	576	486	126	1 379	907	245	233
Totale contribuzioni	5 452	5 849	7 699	10 702	9 710	9 314	9 318
Saldo prestazioni - contribuzioni							
Cassa integrazione guadagni	-289	200	1 051	1 575	1 001	1 640	2 763
- ordinaria industria	1 088	993	984	1 625	1 181	1 852	2 363
- ordinaria edilizia	330	410	343	534	387	287	365
- straordinaria	-1 707	-1 203	-276	-584	-567	-499	35
Indennità di disoccupazione	570	205	521	452	-71	-564	-183
Indennità di mobilità	0	0	217	269	-1 127	-1 685	-1 246
Pre-pensionamenti	-2 583	-2 762	-3 423	-2 118	-2 462	-2 657	-2 681
Totale	-2 302	-2 357	-1 634	178	-2 659	-3 266	-1 347

Tab. 2.1 (continua)							
	<i>1989</i>	<i>1990</i>	<i>1991</i>	<i>1992</i>	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>
Oneri per copertura figurativa							
Cassa integrazione guadagni	785	664	974	1 225	1 466	1 239	1 951
- ordinaria industria	49	95	265	345	509	283	118
- ordinaria edilizia	72	79	137	152	174	178	129
- straordinaria	664	490	572	728	783	778	1 704
Indennità di disoccupazione	1 341	1 558	1 774	2 139	2 750	2 975	2 587
Indennità di mobilità	0	0	96	248	770	1 110	854
Pre-pensionamenti	840	630	383	1 344	644	378	522
Totale oneri figurativi	2 966	2 852	3 227	4 956	5 630	5 702	5 914

Prestazioni più oneri figurativi							
Cassa integrazione guadagni	2 874	2 397	3 526	4 316	5 113	4 210	3 790
- ordinaria industria	193	370	1 029	1 321	1 936	1 072	444
- ordinaria edilizia	286	308	530	584	660	677	488
- straordinaria	2 395	1 719	1 967	2 411	2 517	2 461	2 858
Indennità di disoccupazione	3 847	4 783	4 883	5 390	6 601	7 320	6 619
Indennità di mobilità	0	0	219	933	2 272	3 472	2 734
Pre-pensionamenti	3 999	3 878	3 932	4 841	4 013	3 280	3 436
Totale	10 720	11 058	12 560	15 480	17 999	18 282	16 579
Saldo prestazioni - contribuzioni al lordo degli oneri figurativi							
Cassa integrazione guadagni	-1 074	-464	77	350	-465	401	812
- ordinaria industria	1 039	898	719	1 280	672	1 569	2 245
- ordinaria edilizia	258	331	206	382	213	109	236
- straordinaria	-2 371	-1 693	-848	-1 312	-1 350	-1 277	-1 669
Indennità di disoccupazione	-771	-1 353	-1 253	-1 687	-2 821	-3 539	-2 770
Indennità di mobilità	0	0	121	21	-1 897	-2 795	-2 100
Pre-pensionamenti	-3 423	-3 392	-3 806	-3 462	-3 106	-3 035	-3 203
Totale	-5 268	-5 209	-4 861	-4 778	-8 289	-8 968	-7 261
<i>Fonte: INPS - Ns. elaborazioni su dati di competenza economica di bilancio</i>							

Dal punto di vista della copertura finanziaria, il saldo negativo complessivo, che peraltro appare ridotto nell'ultimo anno, è ottenuto con un avanzo cospicuo della Cig ordinaria, un quasi pareggio della Cig straordinaria, perdite minori dell'indennità di disoccupazione e perdite sensibili per mobilità e ovviamente per pre-pensionamenti, che risultano finanziati solo in parte al momento della concessione. Globalmente, le prestazioni per gli ammortizzatori finanziari sono coperte dai contributi per l'87,4%: rapporto che tenendo conto degli oneri figurativi scende al 56,2% (vedi Tabella 2.2).

Tab. 2.2							
Ammortizzatori sociali: indicatori di equilibrio finanziario							
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995
Rapporto % contribuzioni/prestazioni							
Cassa integrazione guadagni	86.2	111.5	141.2	151.0	127.4	155.2	250.2
- ordinaria industria	855.6	461.1	228.8	266.5	182.8	334.7	824.8
- ordinaria edilizia	254.2	279.0	187.3	223.6	179.6	157.5	201.7
- straordinaria	1.4	2.1	80.2	65.3	67.3	70.4	103.0
Indennità di disoccupazione	122.7	106.4	116.8	113.9	98.2	87.0	95.5
Indennità di mobilità			276.4	139.3	25.0	28.7	33.7
Pre-pensionamenti	18.2	15.0	3.6	39.4	26.9	8.4	8.0
Totale	70.3	71.3	82.5	101.7	78.5	74.0	87.4

Incidenza % degli oneri figurativi sulle prestazioni							
Cassa integrazione guadagni	37.6	38.3	38.2	39.6	40.2	41.7	106.1
- ordinaria industria	34.0	34.5	34.7	35.3	35.7	35.9	36.2
- ordinaria edilizia	33.6	34.5	34.9	35.2	35.8	35.7	35.9
- straordinaria	38.4	39.9	41.0	43.3	45.2	46.2	147.7
Indennità di disoccupazione	53.5	48.3	57.1	65.8	71.4	68.5	64.2
Indennità di mobilità			78.0	36.2	51.3	47.0	45.4
Pre-pensionamenti	26.6	19.4	10.8	38.4	19.1	13.0	17.9
Totale	38.3	34.8	34.6	47.1	45.5	45.3	55.5
Rapporto % tra contribuzioni e prestazioni al lordo degli oneri figurativi							
Cassa integrazione guadagni	62.6	80.6	102.2	108.1	90.9	109.5	121.4
- ordinaria industria	638.3	342.7	169.9	196.9	134.7	246.4	605.6
- ordinaria edilizia	190.2	207.5	138.9	165.4	132.3	116.1	148.4
- straordinaria	1.0	1.5	56.9	45.6	46.4	48.1	41.6
Indennità di disoccupazione	80.0	71.7	74.3	68.7	57.3	51.7	58.2
Indennità di mobilità			155.3	102.3	16.5	19.5	23.2
Pre-pensionamenti	14.4	12.5	3.2	28.5	22.6	7.5	6.8
Totale	50.9	52.9	61.3	69.1	53.9	50.9	56.2

2.3 Alcune ipotesi di revisione generale del sistema degli ammortizzatori

Le linee su cui potrebbero muoversi le proposte di modifica degli strumenti di garanzia del reddito, come ambito rilevante di riforma e di razionalizzazione delle politiche del lavoro nel nostro paese, sono desumibili da una serie di recenti documenti e studi sull'argomento².

Questi documenti, seppur con alcune differenze, traggono molti spunti dai modelli di intervento già attuati o che si stanno rapidamente diffondendo negli altri paesi dell'Unione europea. Nel complesso, il processo di revisione richiede di organizzare gli ammortizzatori sociali all'interno di un sistema strutturato su tre livelli, che riguardano nell'ordine:

1) l'integrazione al reddito in caso di sospensione temporanea con la conservazione del rapporto di lavoro;

2) L'elenco, probabilmente incompleto, dei lavori di riferimento è il seguente:

- Commissione di Studio sugli ammortizzatori sociali (Documento Sestito-Tronti, luglio 1995)
- Del Boca A., *Prospettive di riforma degli strumenti di integrazione del reddito nell'ambito della spesa sociale*, Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, settembre 1995.
- Bosi P. e Pisauro G., *Gli istituti di sostegno del reddito dei disoccupati*, Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, novembre 1995;
- Geroldi G., *Decentramento istituzionale e finanziamento delle politiche del lavoro*, "Diritto & Pratica del lavoro", n.50, dicembre 1995.
- Forlani L., *Bozza di scheda su ammortizzatori*, Isfol-Ministero del Lavoro, 1995.
- Ibid., *Una proposta di riordino degli ammortizzatori sociali*, "Lavoro Informazione", n.3, 1996.
- De Toni S. e Rossetti S. (a cura di), *Appunti sulla riforma degli ammortizzatori sociali*, Gruppo Sinistra Democratica- L'Ulivo, Ufficio Economico, Roma, gennaio 1997.
- Ministero del lavoro, *Proposta della Commissione Liso, Ai disoccupati un assegno unico*, "Sole 24 Ore", 31 gen. 1997.

- 2) il trattamento di disoccupazione riservati ai lavoratori che perdono una precedente occupazione;
- 3) gli interventi di tipo assistenziale da erogare in caso di esaurimento del diritto alle precedenti prestazioni.

2.3.1. *Integrazione temporanea al reddito*

Circa questo primo livello, occorre innanzi tutto ricordare che esso dovrebbe sostituire con un istituto omogeneo le attuali erogazioni per la Cassa integrazione ordinaria³, assegnando un ruolo completamente rinnovato ai contratti di solidarietà. Le due forme prevalenti di gestione delle eccedenze temporanee di manodopera finora adottate nel nostro sistema tenderebbero così ad avere ruoli distinti ma complementari.

La *principale finalità* del primo di questi strumenti è rappresentata dall'esigenza comune alle parti sociali di mantenere alcune prerogative di stabilità del contratto lavorativo, a fronte di una normale variabilità del contesto economico in cui le imprese operano. Dal punto di vista dei lavoratori dipendenti, oltre al legittimo bisogno di sicurezza per quanto riguarda il flusso del reddito, una maggiore stabilità del rapporto contrattuale è vista come una garanzia per la salvaguardia della professionalità acquisita e come un modo di evitare i costi aggiuntivi che di norma si manifestano in caso di mobilità forzata e di ricerca di una nuova occupazione. Per le imprese, quando vi è la previsione di un calo dell'attività limitato nel tempo a causa di problemi di mercato o conseguente a riorganizzazioni aziendali, un sistema di sostegno temporaneo al reddito dei propri dipendenti rappresenta invece un modo conveniente per salvaguardare il capitale umano accumulato e, implicitamente, un incentivo a migliorare l'efficienza.

Per il tipo di obiettivo perseguito, questo strumento dovrebbe reggersi su uno *schema di tipo assicurativo*, simile cioè all'attuale modello della Cig ordinaria. Ciò significa che:

- le erogazioni devono tendenzialmente essere finanziate per intero con un prelievo contributivo ricadente sui soggetti beneficiari dei trattamenti;
- il prelievo contributivo va caricato proporzionalmente sulle retribuzioni e ripartito secondo percentuali da decidere tra datori e lavoratori: un aspetto quest'ultimo che a priori non sembra però particolarmente rilevante nella definizione complessiva del nuovo istituto;
- le prestazioni devono essere correlate, almeno entro un certo limite, all'onere contributivo ricadente sui singoli individui. Questa finalità è perseguibile rapportando il beneficio in percentuale alla retribuzione di riferimento che, anziché l'ultima erogata, potrebbe essere la media di un periodo prefissato. Eventuali meccanismi di redistribuzione solidaristica possono essere introdotti con l'applicazione di tetti massimi alle prestazioni, che già sono attualmente in vigore per i trattamenti di integrazione salariale.

Altre caratteristiche da definire di questo primo livello di interventi mirato alla gestione delle eccedenze temporanee di manodopera sono rappresentate da:

- *durata del sostegno*, che dovrebbe essere limitata a periodi di tempo brevi. A questo scopo possono essere ideate diverse forme di contenimento, tra cui un limite rigido di durata, un periodo massimo di utilizzo nell'ambito di un intervallo predefinito di tempo (es.

3 Cfr. *La Cassa Integrazione*, Dossier "Sole 24 ore", 13 febbraio 1995.

un massimo di 12-18 mesi nell'arco di un periodo di cinque anni), un tasso di copertura (rapporto tra livello dell'integrazione e retribuzione di riferimento) decrescente nel tempo.

- *ammontare della copertura* che, seguendo i valori medi adottati nei sistemi di altri paesi, potrebbe inizialmente assestarsi intorno al 70% della retribuzione di riferimento, salvo l'effetto dell'applicazione di un massimale operante su più scaglioni. Nel caso di un utilizzo ripetuto di questo stesso strumento, è possibile prevedere, per ogni scaglione, una diminuzione del grado di copertura per i periodi eccedenti il periodo base.
- possibilità di *applicazioni articolate* che, in presenza di appositi accordi sindacali a livello aziendale, ovvero allorché i processi di decentramento istituzionale delle competenze in materia di politica del lavoro dessero origine a strutture locali in grado di valutare i programmi di singole aziende, dovrebbero prevedere un sostegno graduato in modo specifico per facilitare i processi di riorganizzazione, quando questi causino eventuali eccedenze di manodopera gestibili direttamente dalla stessa unità produttiva. In tal caso, l'intervento potrebbe avvalersi di forme di redistribuzione degli oneri simili a quelle previste dai "contratti di solidarietà", o anche dai "piani sociali" tipici degli ordinamenti tedesco e francese. Una quota parte dell'onere ricadrebbe cioè sulle imprese, mentre da parte dei lavoratori il contributo al mantenimento dell'occupazione e del reddito verrebbe da forme solidaristiche di time-sharing, parzialmente aiutate da incentivi.
- istituzione di *forme autonome e/o complementari di integrazione del reddito*. Questa eventualità potrebbe concretizzarsi in funzione di diversi obiettivi. Il primo dovrebbe essere l'estensione dello strumento a nuove figure del mondo del lavoro, sia dipendente che autonomo, finora escluse dall'uso degli ammortizzatori sociali (vedi anche l'ultima Legge finanziaria n. 662/96). Una seconda finalità sarebbe invece quella di permettere un autonomo aumento di copertura al rischio per le categorie (più difficilmente per gli ambiti territoriali delimitati) che ritengono di essere più soggette a interruzioni temporanee del reddito. In analogia con la previdenza, l'istituzione di forme complementari dovrebbe prevedere modelli di gestione autonomi (associazioni categoriali, enti paritetici, ecc.) a regolazione pubblica, con un ruolo sostanziale delle parti sociali nella fase di costituzione e nel controllo della gestione.

Per un più efficace funzionamento del primo livello di ammortizzatori sociali, devono essere infine introdotte regole che:

- rideterminino dopo un certo numero di anni di applicazione l'ammontare complessivo di risorse che si ritiene possano essere efficacemente destinate a questo tipo di interventi. Questo aspetto appare al momento piuttosto complesso poiché attiene all'ambito della *valutazione degli strumenti* di politica sociale, che solleva ancora molte perplessità sia di metodo che pratiche. La questione della rispondenza di questo primo livello di ammortizzatori rispetto alle trasformazioni in corso nei rapporti di lavoro e alle nuove forme di attività è tuttavia un problema aperto;
- riducano l'*incidenza del moral hazard e della selezione avversa*. Tra queste, oltre ai vincoli sull'utilizzo massimo già ricordati, si possono menzionare forme di experience rating (contributi crescenti in funzione dell'utilizzo) e l'applicazione di criteri più restrittivi per

l'accesso ai benefici (es. quota minima di dipendenti interessati alla sospensione o riduzione dell'attività lavorativa);

- incentivino l'*adozione di strumenti di politica attiva*, in particolare la formazione e la riqualificazione professionale, durante il periodo di erogazione dei benefici.

2.3.2 *Trattamento di disoccupazione*

Questo secondo livello degli ammortizzatori sociali dovrebbe inglobare le diverse forme (indennità ordinaria e speciale di disoccupazione, Cassa integrazione speciale, indennità di mobilità) con cui la disoccupazione è stata finora trattata nel nostro sistema. Nello stesso tempo dovrebbero essere definitivamente bloccate tutte le forme di pre-pensionamento. Rispetto alle attuali forme di sostegno, il nuovo istituto deve mirare a massimizzare le probabilità di reimpiego dei disoccupati in un intervallo relativamente breve di tempo.

A tale scopo, i punti da affrontare per strutturare questo nuovo istituto unificato per il trattamento della disoccupazione sono:

- il *metodo di finanziamento* che dovrebbe essere di tipo assicurativo, o al più, per i motivi che diremo, parzialmente integrato con risorse di provenienza fiscale. Il meccanismo di finanziamento di tipo assicurativo richiede modalità di applicazione, in termini di correlazione con le contribuzioni, simili a quelle già definite per il primo livello. Un ulteriore rinforzo può essere dato da un aggancio dell'ammontare erogato con la durata della carriera lavorativa;
- la *misura dell'indennità* che dovrebbe gradualmente salire ai livelli medi europei, ovvero intorno al 60% della retribuzione di riferimento per il primo anno di sussidio, in modo da permettere ai lavoratori beneficiari di dedicare tutto il tempo necessario alla ricerca di una nuova occupazione. Di norma, nella maggior parte dei paesi europei, il sussidio tende ad essere collegato in modo esclusivo al reddito del percipiente durante il primo periodo di erogazione (solitamente un anno). Successivamente, l'ammontare dell'erogazione si riduce ed entrano in gioco altri parametri (carichi familiari, età del soggetto, ecc.) che inquadrano aspetti di effettivo bisogno e proiettano nella direzione del sostegno assistenziale, che in genere interviene dopo un biennio. Occorre rilevare che è proprio questo elemento di "contaminazione" con il sostegno assistenziale che può motivare una quota minoritaria di finanziamento a carico della fiscalità generale del trattamento di disoccupazione;
- i *criteri di eleggibilità* al trattamento che, oltre a delimitare la platea degli aventi diritto (disoccupati in senso stretto) richiedono una certa selettività affinché lo strumento non divenga una pura erogazione assistenziale, intrisa di elementi di iniquità come le attuali forme di sostegno alla disoccupazione. A questo fine possono essere adottate misure di tipo amministrativo, quali la durata massima (due anni), il periodo di godimento in un intervallo di tempo (due anni in un quinquennio), la riduzione della copertura iniziale (periodo di carenza). Un elemento di selezione particolarmente efficace dovrebbe essere l'assoggettamento obbligatorio ai servizi per l'impiego erogati in funzione della ricerca di un nuovo posto di lavoro, oltre che la disponibilità, pena decadimento del beneficio, ad accettare forme di impiego anche a termine, compatibili con la difesa della professionalità dei soggetti assistiti;
- il modo di determinare i *sussidi per le categorie speciali* (in particolare agricoltura ed edilizia), che dovrebbe essere interamente rivisto rispetto all'attuale sistema che incentiva il

lavoro irregolare dopo il raggiungimento del requisito minimo di giornate lavorative. Su questo punto per ora esistono solo delle ipotesi (aumento dei requisiti, uso dedicato di agenzie di tipo interinale con assunzione parziale, ecc.) che andrebbero attentamente analizzate per valutarne l'effettiva portata;

- il *collegamento con il sistema dei servizi reali per l'impiego*. Questo è un punto di importanza cruciale se si vuole ridefinire l'obiettivo principale di un nuovo ammortizzatore sociale orientato alla rioccupazione. Infatti, data la platea dei beneficiari, vanno applicate tecniche di *profiling* dei soggetti disoccupati che ne sintetizzino le caratteristiche di "impiegabilità" e individuino percorsi di riqualificazione adatti ad aumentare le probabilità di riassunzione. Per svolgere al meglio queste azioni, oltre alla questione già accennata del grado di precettività con cui i beneficiari del sostegno devono accedere alla rete dei servizi, vi sono altri importanti aspetti che entrano in gioco, quali l'efficacia di un nuovo modello istituzionale decentrato dei servizi per l'impiego, le potenzialità dei progetti locali per la creazione di nuova occupazione, anche in attività autonome e, infine, la possibilità di incentivare maggiormente una partecipazione diretta e attiva delle imprese nei processi di riallocazione delle eccedenze di manodopera, come normalmente avviene in diversi paesi europei.

La definizione del *terzo livello di intervento per il sistema degli ammortizzatori sociali* rinvia direttamente a problemi che vengono trattati in modo specifico in un altro rapporto riguardante l'assistenza sociale⁴. Essendovi però alcuni importanti elementi di contiguità con le questioni del mercato del lavoro, è opportuno ricordare che:

- le probabilità di riassunzione per le persone in mobilità scendono rapidamente nel giro di alcuni mesi di durata della disoccupazione. Due terzi della disoccupazione italiana è di lunga durata (oltre un anno di ricerca). La connessione tra periodo di ricerca attiva, in cui si beneficia del trattamento ordinario di disoccupazione, e le forme di sostegno assistenziale appare indispensabile. L'interruzione del trattamento ordinario non deve costituire un salto all'ingiù nelle condizioni di vita, nè tantomeno una definitiva perdita delle prospettive di reimpiego. La possibilità di ottenere *forme parziali di integrazione* abbinabili a regimi ad orario ridotto, impieghi in settori non-profit e in lavori di utilità pubblica vanno sviluppate, sia per ragioni di sostenibilità degli oneri di finanziamento, che per evitare il "ciclo vizioso della dipendenza" da parte degli assistiti;
- una delle cause di disoccupazione duratura negli altri stati europei è il gap tra l'età dei soggetti coinvolti e l'età legale di accesso alla pensione. In Germania, il 35% dei disoccupati ha oltre 45 anni di età. Il problema in Italia è stato finora occultato dalla bassa età media con cui si può accedere alla pensione. L'innalzamento del requisito anagrafico previsto dalla legge di riforma delle pensioni (legge 335/95) per dipendenti privati e pubblici, tenderà già a modificare il quadro. Come avviene in altri paesi, può perciò essere utile ipotizzare *schemi di ritiro graduale*, che consentano ai lavoratori più maturi che rischiano di perdere, o hanno già perso l'occupazione, senza trovare alternative di reimpiego stabile e a tempo pieno, di combinare quote di pensione con forme di lavoro part-time, svolte interamente alle dipendenze di un datore, o con impieghi interinali, che permettano al raggiungimento

4 Vedi F.Bimbi, P.Bosi, M.Ferrera e C.Saraceno, *La spesa per l'assistenza*, mimeo, Roma, marzo 1997.

dell'età di pensione, attraverso la riliquidazione degli ulteriori versamenti contributivi, di disporre di un reddito dignitoso per la vecchiaia. In questo stesso ambito di interventi, quando il collegamento tra il lavoratore che sceglie il ritiro graduale e la propria azienda resta in vita, possono essere efficacemente sperimentate forme di assunzione compensativa di giovani in cerca di prima occupazione, per un monte ore pari a quello lasciato disponibile dall'orario ridotto. In tal caso, data la valenza sociale del meccanismo, potrebbero essere previste apposite forme di incentivazione.

3. Gli incentivi per l'occupazione

3.1 Aspetti generali

Come già anticipato in premessa, l'intero sistema degli incentivi per l'occupazione presenta nel nostro paese numerosi limiti e difetti⁵. Per essere sintetici, nell'elencazione dei problemi è opportuno procedere per punti:

- la prima questione di ordine generale riguarda l'uso indiscriminato e protratto nel tempo degli incentivi, al punto che in alcuni casi per i soggetti economici risulta difficile distinguere la normalità da un regime incentivato, con la relativa perdita di efficacia dello strumento e il conseguente innalzamento dei costi (*deadweight effect*);
- un altro aspetto che è stato oggetto di ripetute critiche - per la verità più in altri paesi che in Italia - è costituito da alcune distorsioni allocative prodotte dall'uso degli incentivi, a cui si può attribuire la sopravvivenza di situazioni inefficienti a carico della collettività;
- rispetto alle risorse che vengono impiegate, esiste una difficoltà oggettiva a valutare la performance di una politica di incentivi, poichè oltre al problema di inquadrare correttamente il risultato, è praticamente impossibile misurare gli effetti indiretti (ad esempio gli effetti di *displacement*);
- l'accesso alle incentivazioni presenta ostacoli procedurali che possono scoraggiare soprattutto le aziende artigianali e di piccola dimensione; nello stesso tempo, risulta relativamente facile eludere i controlli burocratici sull'assegnazione dei benefici e, in genere, i controlli stessi hanno costi che incidono significativamente sull'effetto netto dell'incentivo;
- nella realtà italiana la politica degli incentivi palesa da sempre una totale incapacità di coordinamento strategico dei dispositivi gestiti da diverse Amministrazioni, con la conseguenza di produrre effetti di rialzo nelle soglie di convenienza su cui si gioca l'efficacia degli incentivi, ma anche la perdita delle opportunità di cofinanziamento offerte dalle politiche comunitarie.

5 Una serie di valutazioni critiche sull'argomento sono state espresse anche dalla Commissione istituita presso il Ministero del Lavoro agli inizi del 1995. Cfr. *Relazione della Commissione di studi sulla normativa in materia di incentivi a favore di particolari fasce del mercato del lavoro istituita con D.M. 6 febbraio 1995*, Roma, 29 marzo 1995.

A questo elenco, sicuramente incompleto, dei punti critici messi in luce dal sistema degli incentivi per l'occupazione, occorre aggiungere il vincolo determinatosi in conseguenza degli orientamenti assunti dall'Unione europea in tema di tutela della concorrenza, che in pratica comporta il graduale ma rapido esaurimento delle agevolazioni concesse allo sviluppo di attività nelle regioni meridionali.

Infine, va rilevato che in quasi tutti i Paesi europei è in corso una tendenza a limitare la spesa per incentivi di tipo indifferenziato, ritenuta poco efficace per creare occupazione aggiuntiva, ripensandone l'utilizzo verso applicazioni più mirate e selettive.

3.2 *Un quadro della spesa per incentivi*

La mancanza di una contabilità sistematica, oltre che la varietà dei soggetti erogatori, spesso tra loro in sovrapposizione, rendono piuttosto approssimativa la ricostruzione degli oneri per incentivi. In questo ambito, non disponendo di informazioni su tutti i possibili livelli istituzionali che erogano incentivi, è presentata solo la parte di oneri facente capo all'Inps, che dovrebbe comunque rappresentare una quota percentuale piuttosto elevata dell'intero ammontare.

Tab. 3.1				
Incentivi per l'occupazione (milioni di lire correnti)				
<i>Descrizione</i>	<i>1994*</i>	<i>1995*</i>	<i>1996**</i>	<i>1997***</i>
Contributi finanziari	58 878	75 129	57 750	86 840
Per le assunzioni	2 683	1 116	3 897	31 750
Contratti di solidarietà	7 303	15 494	20 000	0
Assunzioni da liste di mobilità	43 463	53 574	28 000	50 000
Altri contributi	5 429	4 945	5 853	5 090
Sgravi contributivi	8 142 471	6 565 384	5 261 034	4 113 728
Mezzogiorno	7 640 833	6 100 763	4 976 000	4 000 000
Mezzogiorno settore agricolo	372 613	394 291	171 797	0
Contratti di solidarietà	19 349	11 909	15 000	15 000
Altri sgravi	109 676	58 421	98 237	98 728
Decontribuzioni	8 598 914	8 241 876	8 507 079	8 792 504
Contratti di solidarietà	106	475	533	550
Formazione e lavoro	1 352 612	1 442 268	1 529 937	1 581 589
Apprendistato non artigiani	601 599	572 169	589 211	609 125
Apprendistato artigiani	925 996	847 108	863 715	892 917
Dipendenti non agricoli	1 099 809	1 052 240	1 087 882	1 123 783
Assunzioni ex-cig e disoccupati	353 660	499 149	534 949	553 006
Assunzioni da liste di mobilità	452 002	601 685	639 502	661 090
Cdcm	166 894	154 783	147 044	136 751
Dipendenti agricoli	2 522 997	2 140 136	2 014 103	2 016 244
Altre decontribuzioni	738 992	547 616	623 123	646 593
Riduzioni monte contributivo	384 247	384 247	477 080	570 856

Totale	16 800 263	14 882 389	13 825 863	13 093 072
<p>* <i>consuntivo.</i> ** <i>preventivo aggiornato.</i> *** <i>Nei dati del 1997 si tiene conto del fatto che la proroga degli sgravi per il Mezzogiorno decretata nel novembre '96 ha comportato un aumento di spesa rispetto al preventivo da 1.825 miliardi a circa 4.000.</i></p> <p><i>Fonte: Ns. elaborazione su dati dei bilanci Inps-</i></p>				

La riclassificazione riguarda il periodo 1994 -1997 e si basa su due bilanci consuntivi e su due preventivi. L'elemento che emerge in tutta evidenza è il peso rilevante storicamente raggiunto dagli incentivi in rapporto agli altri canali di spesa delle politiche per il lavoro e, nello stesso tempo, l'altrettanto notevole contrazione che sta avvenendo negli ultimi anni. La tabella 3.1 registra infatti un onere totale per il 1994 pari a 16.800 miliardi, che corrisponde a più dell'uno per cento del prodotto interno lordo (vedi anche Tabella 3.2), ossia un valore di molto superiore rispetto a quello relativo alle spese per le politiche attive e maggiore anche dei costi sostenuti per gli ammortizzatori sociali⁶. Rispetto al livello raggiunto nel 1994, l'onere per gli incentivi ha però subito negli anni successivi una continua contrazione, come appare ben visibile nel Grafico D. La componente più in declino è quella degli sgravi contributivi, nella quasi totalità destinati al Mezzogiorno che, per effetto degli indirizzi comunitari, scendono in valori correnti da oltre 8 mila miliardi a circa 4.000 prevedibili per il 1997. Va rilevato che il ritmo di questa contrazione sarebbe stato ancora maggiore (la posta inizialmente prevista per il 1997 ammontava a 1.825 miliardi) se alla fine del 1996 non fosse stato parzialmente prorogato il regime di sgravi per le regioni meridionali. Tale proroga è comunque temporanea e quindi questa componente degli incentivi è destinata a esaurirsi totalmente nel giro di alcuni anni.

Le altre due categorie di incentivi, ovvero i contributi finanziari a sostegno delle assunzioni, che rappresentano peraltro una quota molto piccola sull'insieme degli incentivi, e le decontribuzioni mostrano invece dinamiche positive ma piuttosto contenute, specie se si tiene conto dei loro valori reali. Nel complesso, in base ai valori di previsione corretti dopo la proroga sugli sgravi nel Mezzogiorno, gli incentivi per l'occupazione dovrebbero ammontare nel 1997 a circa 13 mila miliardi, corrispondenti allo 0,67% del Pil.

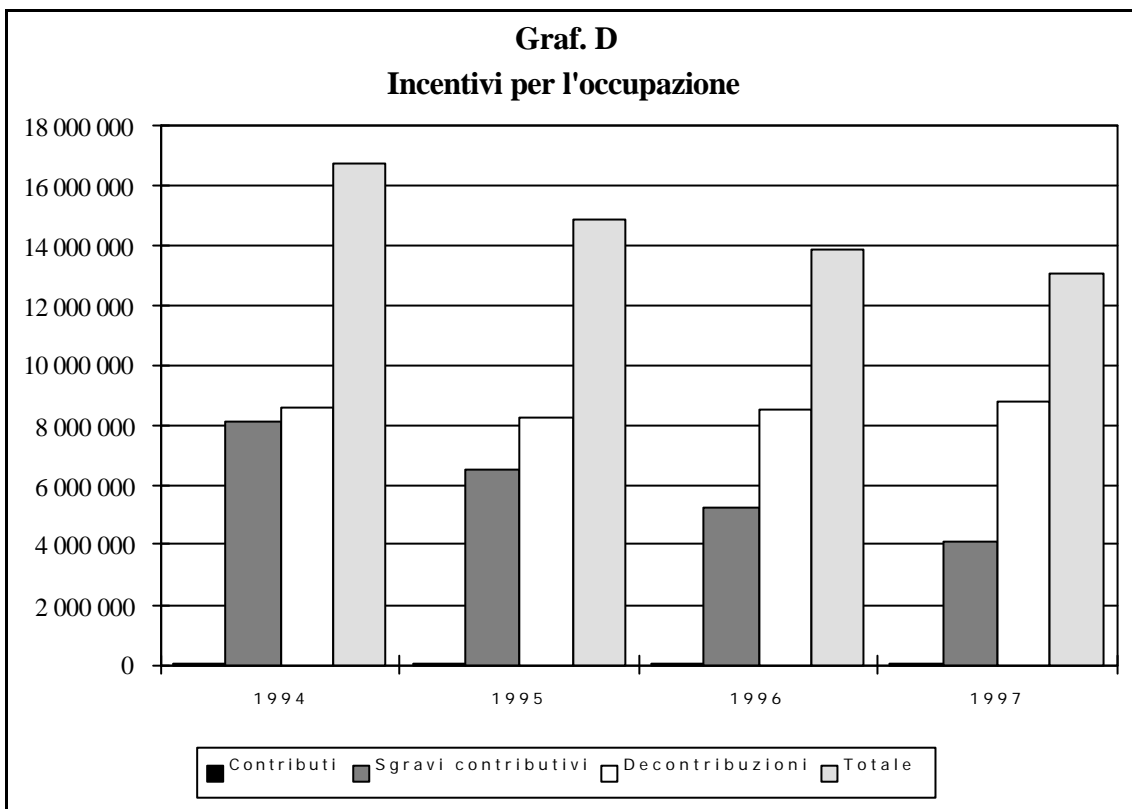
Tab. 3.2
Incentivi per l'occupazione in rapporto al Pil

<i>Anno</i>	<i>Pil</i>	<i>Contri- buti (a)</i>	<i>Sgravi contribu- tivi (b)</i>	<i>Decontri- buzioni (c)</i>	<i>Totale incentivi (d)</i>	<i>(a)/Pil %</i>	<i>(b)/Pil %</i>	<i>(c)/Pil %</i>	<i>(d)/Pil %</i>
-------------	------------	-----------------------------	--	--------------------------------------	-------------------------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

6 Va rilevato che nel complesso degli incentivi non vengono considerate le quote relative agli sgravi fiscali (art.2 della legge n.489/94) e alla fiscalizzazione degli oneri per l'assistenza sanitaria. Quest'ultima componente non è più registrata nei bilanci Inps essendo passata alla competenza delle regioni. In una ricerca riguardante la regionalizzazione delle spese per le politiche del lavoro che ha preso a riferimento il periodo 1990 - 91, tali oneri sono stati quantificati rispettivamente in 8.764 e 8.957 miliardi. Vedi G.Geroldi e M.Maiello, *Il quadro istituzionale e contabile delle politiche del lavoro in Italia*, Fondazione Regionale P.Seveso, Milano ottobre 1994.

1994	1 638 506	59	8 142	8 599	16 800	0.00	0.50	0.52	1.03
1995	1 770 949	75	6 565	8 242	14 882	0.00	0.37	0.47	0.84
1996*	1 872 700	58	5 261	8 507	13 826	0.00	0.28	0.45	0.74
1997**	1 950 000	87	4 114	8 793	12 993	0.00	0.21	0.45	0.67

* Valore provvisorio. ** Stima in base al tasso di variazione nominale del 4,1%.



3.3 Alcune ipotesi per un possibile riordino del sistema degli incentivi

Per i motivi precedentemente elencati, il sistema degli incentivi per l'occupazione appare assolutamente inadeguato a rispondere anche agli obiettivi per i quali esso è stato storicamente organizzato. In parte, alcuni di questi obiettivi non sono più perseguibili con il solo strumento degli incentivi, oppure contrastano con criteri di regolazione più generali, come è il caso più volte ribadito delle direttive comunitarie. In una prospettiva di medio termine, appare perciò necessario andare ad un superamento complessivo del precedente sistema e aprire una fase nuova. Lo scopo di tale trasformazione non deve però significare la progressiva uscita di scena di questo strumento di politica del lavoro e delle risorse finanziarie in esso impiegate, ma una sua sostanziale riqualificazione per ciò che concerne le modalità di erogazione, i beneficiari e gli enti erogatori, nel presupposto che, se opportunamente indirizzati, gli incentivi per l'occupazione possono rivestire anche in futuro un ruolo importante ⁷.

⁷ A queste conclusioni è giunta in sostanza anche la già citata Commissione istituita dal Ministro del lavoro nel 1995. Va aggiunto che secondo il parere di alcuni studiosi anche il meccanismo distorto

Per questo fine, è però necessario riformulare linee-guida che siano in funzione di alcuni indirizzi strategici che possono essere così riassunti:

- in linea con ciò che sta avvenendo in altre parti d'Europa, i benefici dovrebbero essere gradualmente ripositionati verso categorie individuate nella struttura dell'offerta di lavoro, o al più nei bacini d'occupazione locali, piuttosto che nei settori produttivi, dando priorità alla promozione dei giovani in cerca di primo impiego (gli incentivi sono parte integrante dei contratti di formazione-lavoro e di apprendistato), al reinserimento di lavoratori con carriere discontinue (dove prevale la quota delle donne) e all'assorbimento di particolari fasce deboli della manodopera;
- va rinforzato il collegamento tra i regimi d'incentivazione e il quadro comunitario di sostegno che passa attraverso i fondi strutturali. Ciò appare di particolare rilievo se si considera la possibile futura applicazione di forme di intervento in ambiti localmente delimitati, come i patti territoriali e i contratti d'area, che devono poter far leva su forme concordate di flessibilità, offerta di servizi e su schemi coordinati di incentivazione;
- occorre calibrare, sia dal punto di vista dei costi pubblici che delle convenienze individuali, i meccanismi di interazione tra gli incentivi e gli ammortizzatori sociali di cui si è già detto, in quanto il riassorbimento delle persone che ricevono sostegni al reddito passa di norma anche attraverso gli incentivi finanziari;
- il sistema degli incentivi va coordinato con la formazione, in modo da creare sinergie tra questi due strumenti facendo leva sia sulla domanda che sull'offerta di lavoro, e anche per creare un pacchetto organico di aiuti alla mobilità territoriale. Un ruolo particolare in questo ambito dovrebbero avere i rinnovati contratti a causa mista (CFL e apprendistato) la cui natura si gioca per l'appunto su un'efficace combinazione di percorsi formativi e incentivi;
- infine, per una valutazione degli oneri, si deve ricordare che il progressivo venir meno degli sgravi contributivi nel Mezzogiorno ha già prodotto una caduta delle risorse impiegate per gli incentivi all'occupazione di oltre 4 mila miliardi in termini reali: una contrazione che, se non vengono individuate altre destinazioni, salirebbe a oltre 8 mila miliardi in poco tempo. In via di ipotesi, si potrebbe perciò prevedere per i prossimi anni un congelamento della presente quota rispetto al prodotto lordo. Inoltre, modificando gradualmente l'attuale configurazione degli incentivi, che è basata su una riduzione degli oneri indiretti del lavoro, si potrebbe progressivamente arrivare alla costituzione di un "*fondo per l'incremento dell'occupazione*" da ripartire in modo perequato tra le Agenzie regionali del lavoro, allo scopo di sostenere piani e programmi di collocazione per le categorie precedentemente elencate. Tale modifica, che dovrebbe necessariamente seguire i tempi di messa a regime della struttura regionale per le politiche del lavoro, secondo quanto prevede il disegno di legge per il conferimento di funzioni alle regioni e agli enti locali (Camera dei deputati n.2699), avrebbe il pregio di rendere più visibile l'onere sostenuto dallo Stato, che al

degli sgravi contributivi generalizzati nel Mezzogiorno, attualmente in fase di conclusione, ha comunque esercitato effetti occupazionali. Cfr. Giuseppe Ferraro, *Fiscalizzazione e sgravi contributivi per il Mezzogiorno*, Commissione di studi sul mercato del lavoro, Min.Lavoro e Prev.Soc., Roma, Settembre 1996.

momento è computabile solo attraverso le minori entrate contributive, ma richiederebbe anche una diversa soluzione tecnica per provvedere alla copertura, rispetto alle modalità fin qui seguite nel bilancio pubblico. Dai trasferimenti alle Agenzie regionali, potrebbe infine essere preservata una quota, indirizzabile a livello centrale, che dovrebbe servire al riequilibrio territoriale, con l'avvio di forme specifiche di incentivazione per le imprese operanti nelle zone più svantaggiate del Paese⁸.

4. Le politiche attive del lavoro

In questo paragrafo ci occuperemo essenzialmente dei servizi per l'impiego, della formazione professionale e di alcune "misure selettive" che hanno una dichiarata componente formativa, cioè dei cosiddetti "contratti a causa mista" (contratti di formazione lavoro e apprendistato).

4.1 La spesa attuale

1. I servizi per l'impiego.

Il modello italiano di gestione pubblica del mercato del lavoro si compendia nelle seguenti caratteristiche che ne fanno un "monstrum" nel panorama europeo (Reyneri, 1996):

- forte accentramento organizzativo formale, cui si accompagna un diffuso "sommerso" locale;
- separatezza istituzionale e funzionale, che spesso giunge alla conflittualità tra le diverse strutture statali, regionali e locali;
- approccio molto burocratico, volto al controllo di vincoli e garanzie formali e non all'offerta di servizi reali;
- scarso coinvolgimento e responsabilità delle parti sociali.

Non stupisce, pertanto, se in questa situazione, gli uffici di collocamento attuali collochino non più del 10-15% dei lavoratori italiani in cerca di lavoro.

D'altra parte, la spesa pubblica per i servizi per l'impiego in Italia è irrisoria e nettamente al di sotto di quella dei principali paesi europei, sia in rapporto alla spesa sociale totale, che in rapporto al PIL, ed è assorbita in misura

Tab. 4.1
Spesa corrente per il collocamento e l'orientamento professionale sulla spesa sociale totale. 1994 - Paesi selezionati Fonte Eurostat

Danimarca	5.3
Germania	2.2
Spagna	0.7
Francia	1.9
Italia	0.1
Inghilterra	1.1

⁸ Queste ipotesi sono formulate anche nelle conclusioni della Commissione istituita dal Ministro del lavoro nel 1995, pagg.10-11.

preponderante dal personale e dai servizi amministrativi (vedi le tabb. 4.1 e 4.2). In base ai dati del Ministero del Lavoro, appare che nel 1996 tale spesa ammontava a circa 550 miliardi oltre il 90 % dei quali destinati a pagare gli stipendi del personale (vedi la tab. 4.3).

E' vero che accanto alla spesa direttamente sostenuta dallo Stato, si è sviluppata negli ultimi anni una spesa sostenuta dagli EE.LL (soprattutto Provincie e Comuni) e che sono assai numerose le situazioni locali, soprattutto nelle regioni centro-settentrionali, nelle quali un'attività di informazione, orientamento e pre-selezione, se non di vero e proprio collocamento, è stata avviata con il concorso delle Camere di Commercio e delle parti sociali. Tuttavia, allo stato attuale di disponibilità dei dati, è impossibile valutare l'entità delle risorse finanziarie investite in tale settore.

Tab. 4.2

Spesa pubblica per l'avviamento al mercato del lavoro (A) e per i servizi amministrativi di collocamento (B) sul PIL (1992-1994) Fonte OCSE, 1995.

Paesi selezionati

	A	B
Svezia	0.80	0.27
Francia	0.44	0.15
Germania	0.42	0.24
Italia	0.02	0.08
Spagna	0.15	0.11
Inghilterra	0.16	0.24

Tab. 4.3

**Spese per gli Uffici periferici del Lavoro
1996 Milioni (Ministero del Lavoro. Dati ufficiosi)**

Affitti, spese di funzionamento e spese accessorie per il personale:	42.635	7,7
Stipendi (ruolo uffici del lavoro e ruolo ex-collocatori):	507.337	92,3
Totale:	549.972	100.0

2. La formazione professionale.

L'attuale sistema di formazione professionale italiano è stato concepito storicamente come modalità di formazione "inferiore", riservata ai "drop-out" della scuola media o media-superiore. L'investimento di risorse è stato quindi indirizzato prevalentemente verso la formazione primaria o iniziale. Inoltre, l'assenza di ogni raccordo funzionale con gli uffici di collocamento ha fatto sì che le Regioni sviluppassero un'offerta di formazione assai spesso slegata dalle esigenze reali della domanda. Si è assistito, in tal modo ad una proliferazione di

corsi di formazione, in un quadro di regolazione carente, nel quale non è mai stata definita, ad esempio, una classificazione ufficiale dei profili formativi. Ciò ha portato nel corso degli anni ad un notevole spreco di risorse ed anche a clamorosi episodi di corruzione.

Per valutare l'entità della spesa pubblica per la formazione professionale (esclusa quella finanziata con i fondi comunitari), possiamo fare riferimento ai pagamenti effettuati dal Ministero del Tesoro, in base all'art.9 della legge 236/93 ("Interventi di formazione professionale"), vale a dire in base al Fondo per la Formazione Professionale finanziato con il contributo dello 0,30% sul monte salari dei lavoratori dipendenti. Tali pagamenti, tra il 1993 e il 1995, sono stati i seguenti (Miliardi; dati ufficiosi del Ministero del Tesoro):

- 1993:	727
- 1994:	1.022
- 1995:	1.400

Quanto alla spesa finanziata con i fondi comunitari, essa è di difficile valutazione. data l'incompletezza dei bilanci regionali. Essa è stata ricostruita con qualche difficoltà dall'ISFOL (1996), a partire dai bilanci di 12 Regioni (Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli V.G., Emilia Romagna, Marche, Lazio, Molise, Puglia, Basilicata e Calabria). In tal modo è stato stimato che i fondi comunitari ammontano a circa il 58% della spesa regionale totale in questo settore.

Assumendo dunque prudenzialmente una spesa di origine comunitaria per il 1995 pari a circa il 55% della spesa totale, possiamo ritenere che quest'ultima ammontasse nello stesso anno a circa 3.100 miliardi (1.400 dei quali di origine statale e 1.700, pari al 55% del totale, di origine comunitaria).

Sulla spesa regionale per la formazione professionale ci limitiamo a due sole considerazioni. Anzitutto, va sottolineato lo scarso peso delle attività formative per gli adulti e, in particolare, quello della "formazione continua". In base allo studio appena citato dell'ISFOL condotto su 12 Regioni, su circa 3 miliardi di spesa "impegnata" nei bilanci regionali per la formazione professionale, solo poco più di 300 milioni sono andati all'obiettivo 4 del Fondo Sociale Europeo ("Agevolare l'adattamento dei lavoratori ai mutamenti industriali e all'evoluzione dei sistemi di produzione"). (Vedi anche per una comparazione con alcuni paesi europei la tab. 4.4).

In secondo luogo, va sottolineato il forte scarto esistente tra le risorse "programmate" o anche "impegnate" dalle Regioni nei loro bilanci e quelle effettivamente spese, che mette in evidenza la scarsa efficienza dell'intero sistema. Grave è soprattutto l'incapacità, da parte delle Regioni, di utilizzare appieno le risorse comunitarie disponibili. Si consideri che in Italia, tra il 1994 e il 1996, le Regioni sono riuscite a spendere soltanto il 42% delle risorse comunitarie "impegnate" e il 17% di quelle "programmate". (Fonte: Ministero del Tesoro).

Tab. 4.4

Composizione percentuale della spesa per la formazione professionale inclusa la formazione/lavoro) in spesa per adulti (A) e per giovani (B).

Paesi selezionati, 1992 (Germania: 1990). Fonte OCSE, 1996: nostra elaborazione		
	A	B
Danimarca	57.0	43.0
Francia	80.0	20.
Germania	91.0	9.0
Italia	2.2	97.8
Spagna	59.0	41.0
Inghilterra	47.1	52.9

3. *I contratti a causa mista.*

Una quota consistente di risorse, in termini di mancato gettito contributivo, è stata destinata dallo Stato negli ultimi anni a finanziare i contratti di formazione e lavoro e l'apprendistato. Si tratta di programmi che si indirizzano, com'è noto, a giovani fino a 32 anni (per i CFL) e fino a 24 anni (per l'apprendistato), elevabili nel Mezzogiorno.

Un limite ben noto di tali istituti è il loro scarso ruolo formativo reale. Essi sono stati in questi anni assai più uno strumento di flessibilità, che di qualificazione professionale delle nuove leve di lavoro. Inesistente, in particolare, è ogni certificazione o riconoscimento della formazione ricevuta.

Tra il 1993 e il 1995 le mancate entrate per tali istituti sono state le seguenti (Miliardi; fonte: INPS):

	<i>1993</i>	<i>1994</i>	<i>1995</i>
Contratti di formazione e lavoro:	1.409	1.353	1.442
Apprendisti (aziende artigiane):	892	926	847
Apprendisti (aziende non artigiane):	570	602	572

Una parte consistente di queste mancate entrate, tuttavia, potrebbe essere recuperata sul versante fiscale, cioè tramite l'IRPEF, l'ILOR e l'IRPEG, versato dalle aziende e dagli stessi apprendisti. (Secondo una stima del CLES tale recupero fiscale potrebbe ammontare nel 1995 a 680 miliardi per i CFL e 620 per l'apprendistato).

Un programma che ha avuto un consistente sviluppo, in questi anni, infine, è stato quello dei Lavori socialmente utili. Secondo dati ufficiosi del Ministero del lavoro, per tale istituto si sono spesi nel 1996 1170 miliardi (ed altri 1.000 sono stati previsti per il 1997 tra le misure attuative dell'Accordo sul Lavoro del settembre 1996).

L'inclusione di tale istituto tra i "contratti a causa mista", tuttavia, è solo in parte giustificata. In effetti, benché in origine esso prevedeva la possibilità di una attività formativa per i soggetti coinvolti, tale attività ha avuto fino ad oggi pochissimo spazio. Da questo punto di vista si può dire che con i LSU si sia persa una occasione per sviluppare una modalità di formazione professionale per adulti disoccupati. Oggi i LSU sembrano essere diventati, specialmente in

molte realtà del Mezzogiorno, una misura volta prevalentemente al sostegno del reddito dei disoccupati, più che al loro reinserimento professionale e lavorativo.

4. La spesa complessiva per le politiche attive del lavoro.

Nel complesso, possiamo riepilogare come segue le risorse (spese o mancate entrate) investite in questo settore nel 1995 (per il collocamento e i LSU: 1996):

	<i>Miliardi</i>	<i>% sul PIL</i>
Uffici di collocamento:	550	0.03
Formazione professionale (fondi statali):	1.400	0.07
Formazione professionale (fondi comunitari):	1.700	0.08
Contratti di formazione e lavoro:	1.442	0.07
Apprendistato:	1.420	0.07
Lavori socialmente utili	1.170	0.06
Totale	7.680	0.39

Si tratta adesso di fare delle previsioni circa l'andamento della spesa in questo settore nel medio periodo. Prima, tuttavia, è necessario esaminare brevemente le prospettive di riforma che si delineano in questo campo.

4.2 Le prospettive di riforma

Dopo la firma dell'accordo sul lavoro del 24 settembre 1996, siamo entrati in una stagione di rinnovato impegno riformatore nel campo delle politiche del lavoro. Sono annunciate come prossime, infatti, sia la riforma del collocamento, che quella della formazione professionale. Un riordino si annuncia anche nel campo dei rapporti di lavoro con contenuto formativo (l'apprendistato, i contratti di formazione e lavoro e i tirocini formativi). Questo si salda con il rilancio della formazione professionale operato dalla proposta di riforma della scuola presentata dal Ministro Berlinguer. (E, in questo quadro, possiamo ricordare anche l'introduzione del Servizio Civile, che prevede tre mesi di attività formative, oltre a costituire, per molti giovani, una prima esperienza di inserimento lavorativo).

1. I nuovi servizi per l'impiego.

Per regolamentare con efficacia tutte le politiche del lavoro sin qui esaminate (gli incentivi alle assunzioni; i nuovi "ammortizzatori sociali", la formazione professionale e la formazione/lavoro) è necessaria una radicale riforma del collocamento, che dia vita a dei moderni servizi per l'impiego. Occorre superare la concezione tradizionale del collocamento centralizzato e dedicato prevalentemente alla registrazione dei movimenti di manodopera o regolazione burocratica del mercato per attivare un sistema pubblico di consulenza e di promozione attiva del lavoro e di servizio sia ai lavoratori (dipendenti e autonomi) sia agli imprenditori, rivolto a migliorare l'utilizzo delle risorse umane.. I nuovi servizi pubblici devono essere fortemente decentrati sul territorio - come prevedono già le proposte di legge in

discussione al Parlamento - perché solo sul territorio si possono gestire le politiche del lavoro. In questo nuovo sistema potranno operare attori privati, compresi organismi che siano espressione delle parti sociali, debitamente controllati. Tale presenza non inficia la direzione pubblica del sistema, ma deve servire come contributo all'innovazione e diversificazione dei servizi, nonché come stimolo alle stesse istituzioni pubbliche.

Una volta approvato il disegno di legge Bassanini (n.2699) sul decentramento amministrativo, si procederà dunque alla stesura del decreto delegato relativo alla riforma del collocamento, che prevederà il trasferimento alle Regioni di tutti i compiti attualmente svolti dagli Uffici periferici del Ministero del Lavoro. Alle Regioni verrà data gradualmente autonomia organizzativa, mentre al Ministero resterà il potere di controllo e ispezione.

Occorre sottolineare, a questo proposito, che il personale dei nuovi servizi per l'impiego, per assolvere alle nuove funzioni (di informazione, orientamento, "counseling", pre-selezione, avviamento al lavoro e promozione dell'occupazione) dovrà essere dotato di una ben più ampia gamma di competenze (non solo giuridiche, ma anche economiche, psicologiche, sociologiche, tecnologiche...) rispetto a quelle disponibili presso gli attuali uffici di collocamento.

Di grande importanza sarà sempre più la attività di orientamento (oggi pressoché inesistente in Italia), come attività individualizzata, rivolta a valorizzare le attitudini e le competenze, a rafforzare le motivazioni lavorative, a indirizzare verso le attività formative eventualmente necessarie e a sostenere il soggetto nel processo di inserimento (o reinserimento) lavorativo. L'orientamento assume un rilievo particolare nel caso di lavoratori appartenenti alle "fasce deboli" del mercato del lavoro. Ad esempio, per quanto riguarda le donne in età matura che desiderano rientrare nel lavoro, è da valorizzare l'esperienza dei "Centri di orientamento al lavoro" fondati sul metodo "retravailler", che hanno avuto una iniziale diffusione nelle regioni dell'Italia centro-settentrionale, con un costo relativamente contenuto (2 milioni per partecipante, comprensivi di personale e servizi amministrativi) e con buoni risultati (il 60% delle donne coinvolte trova un lavoro entro un anno).

In definitiva, le linee generali della riforma del collocamento, che sono oggi sufficientemente chiare e condivise, appaiono le seguenti:

- riunificazione delle competenze in materia di gestione del mercato del lavoro in capo ai nuovi servizi per l'impiego;
- decentramento "in periferia" del luogo in cui si decide e si gestisce l'intervento pubblico in questo campo;
- offerta di servizi diversificati (di informazione, orientamento, "counseling" avviamento al lavoro e promozione dell'occupazione) e non più attività meramente certificatoria e burocratica;
- riqualificazione e ricollocazione del personale;
- fine del monopolio pubblico del collocamento.

2. La riforma della formazione professionale.

Per quanto riguarda la riforma della formazione professionale, può essere utile riportare quanto viene detto nel documento di lavoro “Riordino dei cicli scolastici”, presentato recentemente dal Ministro Berlinguer:

“L’Italia è rimasto il paese che meno investe risorse proprie e meno provvede in materia di formazione professionale...Ciò dipende da molti fattori, tra i quali la mancata riforma della scuola secondaria superiore, la mancata definizione da parte dello Stato delle qualifiche che debbono essere rilasciate dalle Regioni e avere validità sul territorio nazionale, la mancata individuazione di un equilibrio tra formazione di base e formazione professionale. Da tutto ciò deriva un oggettivo sottodimensionamento dell’offerta di formazione professionale: poco più del 23% dell’intera scolarità post-obbligo (sommando istruzione professionale di Stato e formazione professionale regionale), quando in altri paesi europei tale quota supera il 50% della scolarità... L’accordo sul lavoro del 24 settembre 1996 ha previsto nuovi rapporti da definire tra istruzione e formazione professionale, un maggior ruolo di programmazione e di supporto delle Regioni; la riforma dell’apprendistato e dei contratti di formazione e lavoro, con la valorizzazione del significato e del peso della formazione...Costruire questa offerta, che rappresenterebbe un fattore di forte novità per la realtà e la tradizione scolastica del nostro paese, costituisce un’oggettiva necessità che dovrà vedere impegnati il Governo, le Regioni, le parti sociali, le istituzioni formative pubbliche e private”

In questa prospettiva, l’investimento di risorse non dovrà più essere concentrato, come oggi, nella formazione professionale iniziale, concepita come modalità di formazione riservata ai “drop-out” della scuola, ma bisognerà sviluppare un sistema più organico ed equilibrato. In particolare sarà necessario muoversi lungo le linee seguenti:

1. Visto che ormai i due terzi dei giovani prendono il diploma, occorrerà anzitutto potenziare la formazione superiore, ai livelli della scuola post-obbligo e dell’Università. (Questo non elimina un intervento formativo mirato ai giovani usciti anzitempo dal sistema scolastico con competenze deboli, che offra loro una esperienza formativa efficace).
2. In secondo luogo, si tratterà di offrire una formazione effettiva nei “contratti a causa mista” (contratti di formazione e lavoro e apprendistato), realizzando un sistema di certificazione e riconoscimento di crediti formativi che permetta il rientro nel sistema scolastico. A questo proposito, notiamo che si tratta di dare una formazione effettiva ai giovani lavoratori o apprendisti, che dovrebbe prevedere assai più delle 120 giornate di formazione previste dal recente Disegno di legge Treu 1918: è solo ampliando il “corredo formativo” dell’apprendistato e dei CFL che è possibile dar vita a dei veri percorsi di rientro scolastico fondati su effettivi crediti formativi (Si pensi in proposito che le ore di formazione previste per l’apprendistato sono 410 all’anno in Francia, mentre in Germania le giornate di formazione sono due alla settimana).
3. In terzo luogo, tenendo conto delle dimensioni della disoccupazione nel nostro paese, si tratterà di realizzare un efficiente sistema di formazione per adulti disoccupati, volto a favorire il loro rientro nel lavoro. Qui, tra le altre misure, sembra urgente andare ad una riforma complessiva dello strumento dei Lavori socialmente utili.

4. Infine, occorrerà dar vita a un sistema di formazione continua per i lavoratori occupati. Si tratta di un tipo di attività formativa che è divenuto oggi indispensabile alla luce del mutamento dell'ambiente tecnologico e produttivo e della mobilità professionale sempre più richiesta ai lavoratori. Il nostro paese si situa, invece, per quanto riguarda la formazione continua su livelli particolarmente arretrati. (Non più del 15% delle aziende manifatturiere svolge attività di formazione professionale per i propri dipendenti oggi in Italia) Nonostante alcune recenti iniziative, non esiste nulla di paragonabile allo sforzo fatto in questo campo da altri paesi europei. (Si pensi ad esempio alla Francia, dove nel 1995 ben otto milioni di lavoratori hanno beneficiato di questo tipo di attività formativa).

Queste sono le linee di riforma lungo le quali sembra muoversi l'attuale Governo. Nel Disegno di legge Treu n. 1918 del 27.12.96, è prevista, in effetti, una delega al Ministro del lavoro per il "Riordino della formazione professionale" (art. 16) In tale testo si legge che occorre arrivare ad una disciplina organica della materia, anche con riferimento ai contratti a causa mista (apprendistato, contratto di formazione e lavoro e "stages"); si prevede anche il prolungamento dell'età di inizio e di termine dell'apprendistato (che passerebbe dagli attuali 14 e 20 anni ai 16 e 24 anni); infine si prevede il potenziamento della "formazione continua", cioè di quella relativa a "lavoratori in costanza di rapporto di lavoro, nell'ambito di piani aziendali o territoriali concordati tra le parti". Gli stanziamenti aggiuntivi previsti da tale Disegno di legge per apprendistato, contratti di formazione lavoro e formazione continua sono riportati nella tab. 4.5. Tali stanziamenti appaiono particolarmente consistenti per l'apprendistato, per il quale si prevede un rilevante incremento di nuove leve nei prossimi anni).

4.3 Previsioni di spesa

1. La spesa per i nuovi servizi per l'impiego

Per quanto riguarda la costruzione dei nuovi servizi per l'impiego, possiamo ritenere ancora

Tab. 4.5			
Stanziamenti e oneri aggiuntivi previsti in attuazione del "Patto del lavoro" per contratti di formazione e lavoro, apprendistato e formazione professionale (Destinazione prevalente al Mezzogiorno) - Miliardi			
	1997	1998	1999
A. Stanziamenti (D.d.l. Treu n. 1919 del 27.12.96):			
Contratti di f.l.	60	120	120
Apprendistato	185	370	550
B. Oneri aggiuntivi previsti (Circ. Treu n. 174/96 del 23.12.96):			
"Formazione continua"	142		
Riqualificazione e riconversione operatori formaz. prof.	65		

valida, nelle sue indicazioni generali, la bozza di disegno di legge preparata dal Ministro del Lavoro alcuni mesi fa. In essa si prevedeva che il Governo sia delegato ad emanare uno o più decreti legislativi per il finanziamento delle politiche del lavoro delegate alle Regioni, in relazione alla gradualità della delega stessa (tre anni per il passaggio totale di funzioni). Si prevedeva, inoltre, per il periodo di transizione istituzionale, l'assegnazione annua di una somma - da rivalutare annualmente tenendo conto della dinamica dei prezzi e delle retribuzioni - corrispondente alla spesa sostenuta dallo Stato nell'anno precedente alla concessione delle deleghe, per l'espletamento delle funzioni delegate e il funzionamento degli uffici trasferiti. (Oggi - come abbiamo visto - si tratterebbe di circa 550 miliardi). Si prevedeva infine che le Regioni potessero aggiungere ulteriori risorse reperite con mezzi propri o derivanti da programmi e regolamenti comunitari. Naturalmente, una volta realizzato il decentramento istituzionale alle Regioni, potrebbe essere utile definire la percentuale di imposizione regionale (ad esempio di IREP) che le Regioni dovranno destinare al finanziamento dei nuovi servizi per l'impiego, nonché le modalità distributive del Fondo perequativo nazionale che dovrebbe essere costituito.

Per quanto riguarda i costi di tale riforma, va tenuta presente la complessità del processo di riorganizzazione funzionale e amministrativa dei servizi coinvolti e, in particolare, la necessità di garantire degli standard sufficientemente uniformi dei servizi, nonché di una informatizzazione degli stessi su base nazionale. Ma, soprattutto, va tenuta presente l'esigenza che i nuovi servizi dispongano di personale dotato di competenze diverse da quelle utilizzate fino ad oggi.

A quest'ultimo proposito, la situazione del personale in servizio presso gli Uffici del Lavoro e le Sezioni circoscrizionali, al 31.8.96, è riassunta nella tab. 4.6: si noterà l'esistenza di consistenti carenze di personale (pari a quasi 3.000 unità) presso i servizi ispettivi, i quali - come già detto, non saranno compresi nella delega di funzioni alle Regioni. E' probabile, pertanto, che una parte consistente del personale resti alle dipendenze del Ministero anche dopo l'avvenuta riforma, andando a colmare le carenze dei servizi ispettivi. (In effetti esiste già una pressione sindacale in tal senso). Da un punto di vista funzionale questo non sarebbe un gran male: le funzioni ispettive (alle quali il personale attuale potrebbe facilmente essere riconvertito) diventeranno in prospettiva sempre più importanti, alla luce della prevista fine del monopolio pubblico e dello sviluppo di operatori privati (imprese di collocamento; agenzie di lavoro interinale, etc...), la cui attività dovrà essere sottoposta a controllo.

Certo, in tal modo, una parte dei nuovi compiti potrà essere affidata ad agenzie private specializzate. Tuttavia, questo non può significare la rinuncia da parte dello Stato ad una sua importante e qualificata presenza in questo settore.

E' evidente quindi che, nel valutare i costi della riforma del collocamento, si debba tenere conto della necessità di una importante opera di riqualificazione di una ampia parte del personale attuale ⁹.

9 Nel tentare una stima relativa ai costi dei nuovi servizi per l'impiego si potrebbe fare riferimento alla esperienza della Agenzia del lavoro della Provincia di Trento, che esiste dal 1983. Tuttavia per l'ampia disponibilità di risorse finanziarie di cui tale Provincia gode, nell'ambito di una Regione a statuto speciale, è difficile assumere, come parametro di valutazione dei costi dei nuovi servizi nazionali per l'impiego, il costo dei servizi offerti da tale Agenzia (30 miliardi annui per 125.000 unità di popolazione attiva, pari a 240.000 lire uomo/anno). Applicando tale parametro alla popolazione attiva nazionale (pari a 13 milioni e 385 mila unità, una volta esclusa quella residente nelle Regioni a statuto speciale) si

Tab. 4.7			
Spesa pubblica per alcune politiche attive del lavoro al 1996 e ipotesi di spesa al 2000 (% sul PIL)			
	Miliardi		% PIL
	1996	1996	2000
Tab. 4.6			
Personale in servizio presso gli uffici del lavoro (A) e presso gli ispettorati del lavoro (B) e valutazione delle carenze (-) o degli esuberi (+), al 31.10.96			
(Fonte: Min. del Lavoro)			
Formazione profess..	3.100	0.16	0.18
di cui: fondi statali	1.400	TOTALE ITALIA ⁽¹⁾	
comunitari	1.700	0.09	0.11
Ufficio del Lavoro	10.417		+20
Contratti a causa mista			
Formazione/lavoro	1.440 3.064	0.07	-2.935
Apprendistato	1.420	0.07	0.08
Lavori socialmente utili	1.130	0.06	0.05
Ufficio del Lavoro	4.774		+850
Totale	7.640	0.39	-1.955
Ispettorati	1.271		0.42
PIL (miliardi di miliardi)		1.950	2.240
(1) Esclusi Sicilia e Trentino Alto Adige			
(2) Esclusa Sicilia e incluso Abruzzo			

In conclusione, la spesa da prevedere nei prossimi anni, a misura che i nuovi servizi per l'impiego saranno realizzati, non potrà restare ai livelli attuali, vuoi per la necessaria riqualificazione del personale, vuoi per l'ampliamento della gamma dei servizi da offrire e dovrà quindi conoscere un innalzamento. (Vedi una ipotesi in proposito la tabella 4.7).

2. La spesa prevista per la formazione professionale e la formazione/lavoro

Nei prossimi anni dovremmo assistere nel nostro paese ad un forte crescita della domanda di formazione professionale. Oggi, infatti, partiamo da livelli assai bassi: secondo una indagine dell'Eurobarometro del 1996, l'Italia si situa al terzultimo posto tra i paesi dell'Unione Europea, con una percentuale del 12% di cittadini sopra i 15 anni coinvolti in attività di formazione. La crescita della domanda di formazione, d'altra parte, dovrebbe potersi appoggiare sullo sviluppo contemporaneo dei nuovi servizi per l'impiego a livello locale e in particolare sul potenziamento dei servizi di informazione e orientamento. Questa prospettiva di crescita della domanda di formazione e, in particolare, il "decollo" quantitativo e qualitativo dell'apprendistato e della formazione continua "...inducono a stimare un impegno di spesa da

arriverebbe, in effetti, ad un costo annuo dei nuovi servizi pari a oltre 1.600 miliardi: una cifra questa che sembra oggettivamente troppo alta, oltre che assai lontana dagli attuali 550 miliardi annui spesi dal Ministero del Lavoro. (Va tenuto presente, altresì, che il costo della Agenzia del Lavoro di Trento comprende anche quello relativo a servizi, come la formazione finalizzata e i Lavori socialmente utili, che non dovrebbero rientrare tra quelli a carico dei nuovi servizi per l'impiego nazionali).

parte delle Regioni notevolmente superiore a quello che esse dedicano attualmente a questi due istituti" (CENSIS, 1996).

Come finanziare nei prossimi anni questa espansione dell'offerta formativa?

Un modo importante e, forse decisivo, è quello di potenziare al massimo le capacità di utilizzo dei fondi comunitari da parte delle Regioni.

D'altra parte è possibile pensare che, qualora si avvii effettivamente la prevista riforma della scuola, che - come già detto - apre importanti spazi alla formazione professionale e alla alternanza scuola/lavoro, una più ampia responsabilità in questo campo (anche in termini di spesa) potrebbe essere assunta dal Ministero della pubblica istruzione (Secondo stime ufficiose e preliminari del Ministero del Tesoro, tale responsabilità di spesa del M.P.I. potrebbe ammontare nel 1998 a circa 300 miliardi).

Potremmo assistere, allora, ad un "deperimento fisiologico" della formazione iniziale o primaria attualmente a carico delle Regioni e ad una parziale riconversione di risorse verso la formazione professionale superiore, quella continua per i lavoratori occupati e quella a di supporto formativo dell'apprendistato e dei contratti di formazione e lavoro. Il recente Disegno di legge Treu n.1918, fornisce alcune indicazioni sull'orientamento del Governo in proposito: come si detto, esso prevede per i prossimi anni stanziamenti consistenti per i contratti di formazione lavoro e, soprattutto, per l'apprendistato (vedi la tab. 4.5). Per quanto riguarda la formazione continua, si prevede che una quota crescente del contributo dello 0,30 sul monte salari dei lavoratori, previsto dalla Legge 236/93, sia gradualmente investito in tale attività formativa.

Infine, sembra augurabile un più razionale utilizzo delle somme oggi investite nei Lavori socialmente utili (1.170 miliardi nel 1996) entro un piano finalizzato al rilancio della attività formativa per adulti disoccupati.

Per quanto riguarda il personale impegnato nell'attuale sistema di formazione professionale, va detto che una parte di esso appare già oggi ridondante: si calcolano non meno di 4.000 "esuberanti" su 26.000 addetti al settore. Per la parte rimanente, sarà dunque necessaria un'opera efficace di riqualificazione, che, del resto, è espressamente prevista dalla circolare n.174 del dicembre 1996 del Ministro Treu, nella quale si annuncia un "piano nazionale di riconversione professionale a sostegno della mobilità degli operatori e del loro reimpiego" e si dispone un finanziamento ad hoc per l'attività di riqualificazione (vedi tab. 4.5). D'altra parte, analogamente a quanto osservato per la riforma dei servizi per l'impiego, anche in questo caso sarà opportuno ricorrere in parte ad agenzie private specializzate ed alla costituzione di "Centri per la formazione professionale di interesse regionale" a finanziamento misto pubblico e privato. (In questo quadro, sarebbe importante la costituzione di un "albo dei formatori").

Relativamente alti, infine, sembrano i costi per un effettivo avvio e potenziamento della formazione continua.. Da questo punto di vista, la somma stanziata per il 1997 (tab.4.5) appare assai esigua. Certo, a seguito dell'Accordo sul Lavoro dell'autunno scorso, si prevede

che l'intero ammontare tratto dal contributo dello 0,30 sul monte salari venga destinato in prospettiva alla formazione continua, ma questo getta nell'incertezza il co-finanziamento del Fondo Sociale Europeo, verso cui confluiva per due terzi il contributo dello 0,30. In realtà, per la formazione continua si tratta di aumentare il coinvolgimento delle imprese nel finanziamento dei programmi. Dopotutto, per restare all'esempio già fatto della Francia, le imprese francesi finanziano circa il 40% dei 40 miliardi di franchi investiti ogni anno nella formazione continua di quel paese.

Dunque, per tutti i motivi elencati, si deve pensare ad una graduale espansione, nei prossimi anni, della spesa pubblica per la formazione professionale e la formazione/lavoro. A questo si può far fronte, come accennato, in vari modi:

- ricorrendo con maggiore efficienza e capacità di spesa ai fondi comunitari disponibili;
- iscrivendo una parte della spesa per la formazione professionale iniziale sul bilancio del Ministero della pubblica istruzione, per le attività di sua competenza;
- finalizzando alla formazione dei lavoratori disoccupati almeno una parte dei fondi oggi spesi per i Lavori socialmente utili;
- aumentando il coinvolgimento finanziario delle aziende nei progetti di formazione continua e rivedendo, a tale scopo, il sistema attuale di incentivazioni e passando da sgravi incondizionati sul costo del lavoro ad un sistema che premi l'impegno profuso formativo profuso dalla azienda;
- aprendo maggiori spazi ad agenzie private specializzate nella formazione professionale, soprattutto ai livelli professionali alti;
- infine, si potrebbe pensare di aumentare l'aliquota pagata dalle imprese sulla massa salariale dallo 0,30 allo 0,50%, diminuendo per un pari importo l'aliquota per la Cassa Integrazione. (L'onere per le imprese rimarrebbe invariato, ma vi sarebbe uno storno di risorse a favore della formazione professionale). Oppure, si potrebbe estendere la platea dei soggetti tenuti a pagare il contributo dello 0,30: un'estensione al settore pubblico, per esempio, garantirebbe circa 400-500 miliardi aggiuntivi all'anno (con pari aggravio della spesa pubblica).

Per una stima dell'evoluzione della spesa in questo settore nei prossimi anni, vedi la tabella 4.7.

Alcune considerazioni conclusive

Da quanto detto sin qui emerge, dunque, l'indicazione che, nei prossimi anni, occorrerà investire di più per le politiche del lavoro.

D'altra parte, vi sono numerosi motivi per potenziare la spesa in questo settore. Le politiche del lavoro, infatti, si raccomandano anzitutto per i loro effetti positivi sull'occupazione. Secondo un recente studio dell'OCSE la crescita del prodotto interno lordo si accompagna a più alti tassi di crescita dell'occupazione nei paesi dove maggiore è stata la spesa per le politiche attive del lavoro.

In secondo luogo, tramite la crescita dell'occupazione che esse favoriscono, queste politiche permettono di ampliare la base contributiva e fiscale del sistema di protezione sociale.

Infine, restituire centralità alle politiche attive del lavoro, come un "pezzo" essenziale del Stato sociale, permette di caratterizzare meglio lo Stato sociale stesso in termini di passaggio da un "welfare passivo" o puramente "risarcitorio" a un "welfare delle opportunità".

**COMMISSIONE PER L'ANALISI DELLE
COMPATIBILITÀ MACROECONOMICHE
DELLA SPESA SOCIALE**

LA SPESA PER L'ASSISTENZA

a cura di F.Bimbi, P.Bosi, F.Ferrera, C.Saraceno

Documento di base n. 3

Sommario

1. Introduzione: le linee ispiratrici della riforma; 2. Delimitazione del campo di indagine e discussione di alcuni principi generali; 3. La spesa per l'assistenza nel quadro della spesa per la protezione sociale; 4. Una valutazione degli istituti assistenziali del welfare italiano; 5. Le linee della riforma; 5.1. La separazione tra previdenza ed assistenza; 5.2. La riforma degli istituti di redistribuzione monetaria; 5.2.1. Il Minimo vitale; 5.2.2. Altri nuovi istituti: il Fondo per prestazioni di assistenza ai non autosufficienti; 5.2.3. La riforma degli istituti esistenti; 5.3. La gestione della spesa per l'assistenza in una prospettiva di ampio decentramento; 6. Valutazioni previsive e programmatiche della spesa per l'assistenza.

1. Introduzione: le linee ispiratrici della riforma

Nel contesto istituzionale italiano affrontare i temi della spesa per l'assistenza pone in una condizione di disagio. L'assistenza, anche nella sua espressione lessicale, costringe ad una visione angusta del ruolo che uno stato moderno deve realizzare in relazione sia ai grandi rischi sociali sia ad obiettivi di una più equa redistribuzione delle risorse di lavoro e di tempo. La stessa tripartizione della spesa di protezione sociale (previdenza, sanità, assistenza), in cui, anche in questo rapporto, saremo vincolati dalle fonti statistiche e dalle forme istituzionali, non aiuta a porre questo campo dell'intervento pubblico nella giusta prospettiva. In Italia l'assistenza sembra avere un ruolo residuale nelle politiche sociali, schiacciata da un sistema pensionistico ingombrante ed iniquo e da un servizio sanitario universale, ma poco efficiente. Sono state realizzate nel nostro paese, nel bene o nel male, riforme delle pensioni e della sanità; all'assistenza manca ancora un quadro di riferimento generale. Se guardiamo alle risorse impegnate, vediamo che quasi la metà della spesa è assorbita dalle integrazioni delle pensioni al minimo (30 mila miliardi): l'assistenza è cresciuta come un parassita del sistema pensionistico che ha imposto e imporrà operazioni chirurgiche dolorose.

Il problema non è soltanto la separazione tra previdenza e assistenza, che pure va riproposta e portata a termine, ma anche una ridefinizione delle forme di intervento e dell'assetto istituzionale necessario per dare ad essa un significato che, cancellandone gli aspetti più negativi (assistenzialismo, clientelismo, frodi), sia in grado di andare oltre al pur fondamentale principio della solidarietà e svolgere un ruolo di integrazione civile e politica. Non va dimenticato che il passaggio di talune spese e politiche da selettive ad universalistiche ha segnato, infatti, lo sviluppo di pratiche e culture di cittadinanza, di appartenenza sociale comune, in un'ottica di corresponsabilità e di pari opportunità tra le classi e i gruppi sociali, tra gli uomini e le donne, tra le generazioni. La razionalizzazione, o riequilibrio, della spesa sociale (e più in generale della spesa pubblica) non può prescindere da questo processo di trasformazione dei suoi obiettivi nella cultura civile e politica.

Le esperienze dei paesi con i quali siamo soliti confrontarci ci portano all'amara riflessione che in questo campo il ritardo del nostro paese è di proporzioni gigantesche. Non si tratta solo di quantità di risorse, ma di un diverso modo di individuare le caratteristiche degli interventi rivolti alla cittadinanza generale, in un'equilibrata composizione tra trasferimenti monetari e servizi.

Le esperienze più positive in Europa mostrano uno spostamento di molti istituti, a prescindere da dove concretamente sono collocati in termini di spesa, a livello locale, ove per altro viene erogata la parte maggiore della spesa cosiddetta assistenziale: sia appunto nella forma di servizi rivolti alla cittadinanza in generale, sia anche nella forma di servizi e trasferimenti di reddito viceversa mirati a categorie di popolazione bisognose. In effetti, una riflessione sulla riforma dello stato e della spesa sociale non può ignorare non solo il ruolo degli enti locali, ma le esperienze da molti di questi maturate, anche nel nostro paese, sia nel definire la spesa sociale, sia nell'organizzare l'erogazione di beni e servizi. In particolare, nelle esperienze più consolidate possiamo riscontrare alcuni orientamenti cardine - sia politici che di

spesa - tendenzialmente omogenei, su cui si sono sviluppate nel tempo sia l'offerta dei servizi che i loro modelli organizzativi, che le tipologie di formazione del personale.

Sinteticamente i sistemi locali cui ci riferiamo hanno le seguenti caratteristiche: estensione delle garanzie relative all'accesso e fruizione di beni pubblici (istruzione, cura dei bambini, cura dei non auto-sufficienti, abitazione, ecc.) secondo principi combinati di accesso universalista e di partecipazione al costo dei servizi in base alle capacità economiche; sostegno a programmi di integrazione delle situazioni di disagio, anche attraverso interventi selettivi; prevenzione delle situazioni di disagio e contrasto delle povertà attraverso l'integrazione di strumenti monetari (minimo vitale) e partecipazione a programmi "riabilitativi"; sostegno alle responsabilità di cura familiari e di promozione di alternative al ricovero; promozione delle pari opportunità tra donne e uomini. Dal punto di vista organizzativo le caratteristiche più interessanti di questi sistemi locali sono: separazione tra responsabilità di indirizzo, supervisione, controllo di qualità e spesa e modalità di gestione; promozione delle forme di auto-aiuto; promozione dell'integrazione tra intervento pubblico, privato non profit, volontariato, mercato.

Per affermare diritti di cittadinanza e pari opportunità, le risorse attualmente disponibili nel settore dell'assistenza, ed eventualmente quelle aggiuntive, vanno ricollocate e ridefinite a livello di obiettivi e di modalità di erogazione. In particolare, così come suggerito nella maggior parte dei progetti di riforma esistenti, esse devono sostenere interventi di protezione attiva, di ciclo di vita, che consentano agli individui e alle famiglie di affrontare bisogni e criticità quando avvengono, ma anche di mobilitare le proprie risorse, al fine di evitare sia la cronicizzazione e l'emarginazione, sia la cristallizzazione di condizioni di rendita. A questo fine l'insieme dei servizi socio-assistenziali dovrebbe avere le seguenti caratteristiche:

- Essere mirato sui singoli e le famiglie (e non su categorie).
- Sviluppare interventi di tipo integrato. L'integrazione tra beni e servizi, per altro, non riguarda solo gli interventi diretti alle persone o famiglie in difficoltà, ma l'insieme della popolazione. Fanno, infatti, parte del sistema socio-assistenziale sia i servizi pubblici, sia i servizi offerti in convenzione dal settore non profit e dal volontariato, sia i sostegni economici permanenti o temporanei (da coordinare con gli ammortizzatori sociali), sia le detrazioni fiscali per i figli, altri familiari a carico ed eventualmente per carichi assistenziali, di cura. Da questo punto di vista, la riforma del settore socio-assistenziale deve avvenire in stretto coordinamento con la riforma del sistema di imposizione fiscale.
- Al fine di evitare disomogeneità troppo grandi nelle condizioni di vita dei cittadini va definito, a livello nazionale, un livello essenziale di prestazioni (in beni e servizi) accessibile a tutti i cittadini ed a coloro che hanno la residenza, con particolare riguardo per le prestazioni rivolte a coloro che si trovano in situazione di fragilità (per insufficiente autonomia fisica o psichica, per mancanza di formazione, per incapacità temporanea o permanente a produrre reddito, per difficoltà nell'integrazione sociale). La proposta di istituzione di un minimo vitale per coloro che si trovano in povertà va appunto in questa direzione, sia per i criteri che individuano gli aventi diritto, sia per i requisiti che definisce nei confronti dei beneficiari così come degli enti che lo amministreranno. Oltre al minimo vitale e le sue misure di accompagnamento, dovrebbero entrare nel pacchetto essenziale di prestazioni anche servizi per l'infanzia e servizi per le persone non del tutto autosufficienti.

A questo scopo si potrebbe anche pensare all'istituzione di una Agenzia nazionale che definisca le linee di orientamento degli interventi inclusi nel livello essenziali di prestazioni.

- Prevedere la partecipazione economica ai costi dei servizi sulla base del reddito familiare commisurato all'ampiezza della famiglia. In particolare, ogni volta che si utilizza il riferimento al reddito familiare questo va eguagliato sulla base di una scala di equivalenza che va resa il più possibile omogenea per settore e ambito geografico, così come devono essere definiti in modo omogeneo i criteri in generale per la partecipazione economica degli utenti al costo dei servizi. Tale partecipazione, per altro, deve accompagnarsi a forme effettive di controllo e negoziazione sulla qualità e costo dei servizi stessi.

Le linee di riforma che qui si presentano hanno come meta finale la costruzione di più razionali programmi di spesa e di una rete decentrata di servizi. Essa per essere raggiunta deve però essere collocata in un contesto istituzionale corretto che ha come presupposto una legge nazionale generale sull'assistenza e il potenziamento delle autonomie locali. Si impone in questo campo, così come in quello delle politiche attive del mercato del lavoro, uno sforzo che va nella direzione del federalismo. Un compito necessariamente lungo, il cui obiettivo è uno spostamento di risorse di proporzioni rilevanti dalla redistribuzione meramente monetaria all'offerta di servizi alle persone.

Nel breve periodo, e come primo indispensabile passo, è urgente un lavoro di razionalizzazione degli istituti esistenti, che comportano uno spreco distributivo intollerabile. Non è azzardato affermare che tre quarti della spesa per assistenza, quasi 50 mila miliardi, sia distribuita secondo criteri del tutto inefficaci o, addirittura, casuali. L'assetto attuale manca poi di un istituto di rete di sicurezza, presente invece in tutti gli ordinamenti più evoluti del nostro. Per questo si propone l'introduzione di un Minimo vitale, che dovrebbe diventare il principale istituto di redistribuzione monetaria del nostro sistema: un istituto universale nei beneficiari, ma selettivo nell'erogazione dei mezzi in funzione del reddito familiare equivalente.

2. Delimitazione del campo di indagine e discussione di alcuni principi generali

La spesa per l'assistenza qui considerata è quella destinata al finanziamento di istituti o programmi di spesa, generalmente di carattere universale, quanto alle categorie dei beneficiari, che hanno la finalità di garantire opportunità, risorse minime o forme di cura a soggetti che si trovino in condizioni di inferiorità nella fruizione di diritti fondamentali perché colpiti, senza propria responsabilità, da handicap e da forme di indigenza. Questa accezione di spesa - che lascia aperta la questione più generale della definizione della spesa pubblica cui si è accennato sopra - si contrappone a quella con finalità assicurativo-previdenziali, che riguarda invece istituti o programmi rivolti a soggetti che possiedono uno stato professionale e fondati sull'esistenza di un rapporto di lavoro. I rischi a cui tale rapporto è soggetto nell'arco della vita di un cittadino (incompatibilità della sua piena esplicazione in dipendenza di fattori di mercato, della presenza di handicap, di stati transitori o permanenti di deficit di salute; raggiungimento di limiti di età) richiedono tutela pubblica in quanto non assicurabili o difficilmente assicurabili nel mercato.

La definizione del campo del welfare oggetto di questo capitolo non è indipendente da giudizi di valore a seconda della visione più o meno ampia del ruolo dell'intervento pubblico e se ne potrebbero dare definizioni diverse. Questo punto di partenza, tuttavia, pare coerente con lo spirito della nostra carta costituzionale e con la storia degli istituti di sicurezza sociale del nostro sistema di welfare, soprattutto nel sottolineare la rilevanza del rapporto di lavoro come elemento fondante della solidarietà (comma 2 dell'art.38), che non esclude però un ruolo dello stato nei confronti di situazioni di debolezza non imputabili alla volontà dei singoli (comma 1 dello stesso articolo). Un aspetto, quest'ultimo, che secondo molti osservatori merita di essere sviluppato nella prospettiva di una riforma.

Principi della riforma della spesa per l'assistenza. Qualsiasi ipotesi di riforma che ambisca a ridefinire gli strumenti dell'assistenza pubblica deve preliminarmente affrontare alcuni interrogativi di fondo. Ci pare che tre quesiti assumano un rilievo particolare. Il primo e più importante riguarda l'alternativa tra un'impostazione selettiva e un'impostazione universalista delle politiche di sostegno dei redditi. Un secondo quesito riguarda il peso relativo da assegnare a interventi di natura monetaria o di carattere specifico. Un terzo quesito concerne, infine, le più appropriate modalità di finanziamento dei programmi di spesa in relazione alla natura delle prestazioni e dei beneficiari.

Selettività o universalismo. L'impostazione selettiva prevede che la spesa per la protezione sociale vada erogata subordinatamente alla verifica dei mezzi economici (*means-testing*) dei potenziali beneficiari per accertarne l'effettivo livello di bisogno. Quella universalista afferma, invece, il principio di un'erogazione generalizzata, non commisurata ad alcuna prova dei mezzi ed estesa a tutti i membri della collettività. La discussione sulla superiorità relativa di un sistema o dell'altro non può dirsi in realtà risolta. Il rallentamento della crescita economica verificatosi in tutte le principali economie a partire dalla metà degli anni Settanta non è indipendente dalle tendenze dei bilanci pubblici, che hanno progressivamente registrato elevati e persistenti disavanzi. A queste condizioni di stress finanziario, molti paesi (tra cui quelli europei) hanno risposto, a partire dai primi anni Ottanta, riducendo il grado di copertura precedentemente fornita dai rispettivi programmi di spesa o accentuando il carattere di selettività preesistente.

Agli interventi di tipo selettivo possono essere rivolte diverse critiche: l'invasione della sfera privata; lo stigma e gli effetti di minore coesione sociale; la difficoltà di identificazione dei potenziali beneficiari e la conseguente imperfetta redistribuzione delle risorse. Il loro principale punto di forza è la maggiore sostenibilità finanziaria rispetto ai sistemi universali. Per loro natura, questi ultimi determinano aspettative di spesa generalizzata che, a meno di ipotizzare livelli irrisori di beneficio procapite, comportano esigenze di copertura fiscale molto più elevate di quelle di un sistema selettivo. Anche se appaiono chiari i vantaggi ideali e di razionalità economica degli schemi universalistici, l'applicazione al nostro ordinamento non può prescindere dall'impostazione costituzionale dell'art. 38, precedentemente ricordata, che traccia una differenziazione fra le modalità di intervento, impostazione di cui tuttavia parrebbe auspicabile assottigliare il ruolo. Vincoli di compatibilità finanziaria entro cui si muovono anche

queste proposte di riforma impongono comunque la realistica attenzione ad istituti di carattere selettivo.

Trasferimenti monetari o specifici. Il suggerimento della teoria economica sulla superiorità dei trasferimenti di reddito monetario rispetto al consumo obbligatorio di servizi sociali, in omaggio al rispetto delle preferenze individuali, è ben noto. Esso trova tuttavia molte eccezioni nel campo della spesa per l'assistenza, in cui spesso le manifestazioni di bisogno che l'intervento dello stato intende tutelare hanno il carattere di rischi estremamente specifici (handicap, rischi di malattia, assenza di autosufficienza fisica, ecc.) che una visione dell'equità ispirata all'egualitarismo specifico vuole coperti anche se non perfettamente percepiti o valutati dai beneficiari stessi. Inoltre i trasferimenti specifici sembrano meglio rispondere agli obiettivi sia del riequilibrio dell'impiego di tempo nella attività di cura tra donne ed uomini sia del miglioramento delle possibilità di accesso delle donne al mercato del lavoro. Il risultato è che necessariamente un sistema di assistenza deve fare un equilibrato ricorso a entrambe le tipologie di interventi. Anche se le indicazioni di principio difficilmente possono spingersi fino al punto di orientare in modo dettagliato le scelte concrete, alcune considerazioni sembrano tuttavia rilevanti sotto questo profilo.

Come mera osservazione di fatto, è importante sottolineare che in ogni moderno sistema di welfare è possibile rinvenire la presenza di un istituto di redistribuzione monetaria volto a fornire una rete di sicurezza a chi cada al di sotto di dotazioni di risorse compatibili con una vita dignitosa. Le caratteristiche e modalità organizzative di tali istituti aprono un problema molto complesso di coordinamento tra questi e lo strumento tributario, in particolare l'imposta personale sul reddito.

Una seconda considerazione concerne le connessioni tra l'alternativa discussa in questo paragrafo e quella tra universalismo/selettività. L'adozione di criteri selettivi nell'intervento pubblico non pone particolari problemi logici nel caso di prestazioni che si traducono in trasferimenti monetari: l'intervento pubblico si concentra semplicemente a favore delle categorie che dispongono di minori risorse economiche. Problemi complessi si pongono, invece, allorché la natura del bisogno da tutelare suggerisca la fornitura di servizi specifici (ad esempio servizi di cura e sociali nei confronti degli anziani, dei minori, ecc.). Se esistono scarsi incentivi per il mercato ad offrire servizi sociali, la fornitura di carattere selettivo limitata ai soggetti più poveri potrebbe causare discriminazioni nei confronti dei cittadini che, pur non rientrando nell'area del disagio economico, desidererebbero usufruire dei servizi sociali. In questi casi, che si presentano in misura ancora più ampia nel settore dei servizi sanitari, si dovrebbe prestare attenzione a garantire un livello adeguato di offerta pubblica, salvaguardando il diritto alla fruizione dei servizi da parte di tutti i cittadini, che potranno eventualmente essere discriminati solo in relazione alla partecipazione alla copertura del loro costo.

Una terza considerazione riguarda il livello a cui è preferibile operare l'intervento pubblico. Il principio di sussidiarietà suggerisce che sia più efficiente ed efficace riservare al livello di governo centrale gli interventi di carattere monetario di sostegno dei redditi, e ai livelli inferiori di governo quelli di tipo specifico (offerta di servizi). I comuni e in genere le comunità

intermedie di base appaiono maggiormente in grado di dare risposte più attente, oltre che di sollecitare interventi di soggetti diversi da quelli pubblici.

Forme di finanziamento. Le linee evolutive dei sistemi fiscali degli ultimi vent'anni accentuano l'importanza di associare alla tradizionale funzione di redistribuzione del reddito la ricerca di connessioni tra beneficiari della spesa e sforzo fiscale. In questo contesto, il disegno ottimale delle forme di finanziamento dei programmi di spesa deve avere come obiettivo la massima corrispondenza possibile tra contribuenti e potenziali beneficiari, tranne nei casi in cui obiettivi di carattere universalistico siano chiaramente affermati e giustificati. Nel caso della spesa previdenziale e assistenziale, questo principio induce a dare la massima valenza a tutte le opportunità di definire una sempre più netta separazione tra istituti previdenziali e istituti assistenziali, in cui i primi risultano correttamente finanziati con contribuzioni a cui partecipano i beneficiari dell'assicurazione sociale, e i secondi con imposte generali a carico dell'intera collettività. Tale scelta è già stata operata dal legislatore del nostro paese e riaffermata in occasione della riforma del sistema pensionistico, ma ha ancora bisogno di completamenti. L'assunzione di questo punto di vista implica un riferimento contributivo e quindi l'assenza di un concorso del bilancio dello stato per tutte le forme di prestazioni a carattere pensionistico in senso stretto e per interventi di assicurazione nel mercato del lavoro. Le imposte sarebbero invece lo strumento più opportuno per il finanziamento degli interventi di carattere assistenziale.

3. La spesa per l'assistenza nel quadro della spesa per la protezione sociale

La tabella 1 fornisce il quadro più aggiornato della spesa corrente previdenziale e assistenziale del nostro paese, quale emerge dalle fonti ufficiali, operando però alcune riclassificazioni atte a renderne la lettura più perspicua e più coerente rispetto alla definizione di campo data sopra.

Tab. 1				
La spesa previdenziale e assistenziale delle Amministrazioni Pubbliche (mld di lire)				
	1985	1990	1992	1995
Pensioni in senso stretto	63518	127813	167113	208219
<i>in % del Pil</i>	7,8	9,8	11,1	11,8
Pensioni di vecchiaia	71219	124171	157186	191339
Pensioni di invalidità	4008	4478	4795	3976
Pensioni e rendite indirette	17007	30339	38141	44981
- Integrazioni delle pensioni al minimo (stime)	-27362	-27927	-29512	-29163
- Prepensionamenti (stime)	-1354	-3248	-3497	-2914
Assicurazioni del mercato del lavoro	14853	19649	23802	25943
<i>in % del Pil</i>	1,8	1,5	1,6	1,5
Indennità di disoccupazione e mobilità	1368	2817	3570	6722
Assegno integrazione salariale	4335	2090	3266	2649
Rendite infortuni e malattie professionali	3488	4985	5838	6469
Indennità malatt., matern. e temporanea infortuni	3863	5427	6293	5151

Altre prestazioni previdenziali	445	1082	1338	2038
+ Prepensionamenti (stime)	1354	3248	3497	2914
Interventi assistenziali	44016	56699	59136	62868
<i>in % del Pil</i>	5,4	4,3	3,9	3,5
+ Integrazioni delle pensioni al minimo (stime)	27362	27927	29512	29163
Pensioni sociali	2099	3190	3522	3482
Assegni familiari	5269	7724	5979	5483
Pensioni agli invalidi civili	3734	9724	10872	14481
Pensioni ai ciechi e ai sordomuti	694	1256	1436	1724
Pensioni di guerra	1835	2514	2773	2687
Assistenza sociale	2388	3754	4377	4997
Altri assegni e sussidi	635	610	665	851
Serv.amm.vi e altre uscite correnti	5130	9209	10299	12097
<i>in % del Pil</i>	0,6	0,7	0,7	0,7
Servizi amministrativi	3865	6593	7475	7805
Altre spese correnti	1265	2616	2824	4292
Spesa per previdenza e assistenza(1+2+3+4)	127517	213370	260350	309127
<i>in % del Pil</i>	15,7	16,3	17,3	17,5
<i>per memoria:</i>				
Spesa sanitaria	42850	80206	94929	93969
<i>in % del Pil</i>	5,3	6,1	6,3	5,3
Spesa per la protezione sociale* (5+6)	170367	293576	355279	403096
<i>in % del Pil</i>	21,0	22,4	23,6	22,8
PIL	810081	131065	150249	177094
		9	3	9
* al netto delle Indennità di fine rapporto				
Fonte: Istat, Conti della Protezione sociale e RGSE del Paese, 1995				

Nel 1995, ultimo dato disponibile, la spesa corrente complessiva per la *Protezione sociale* ammontava a 403 mila miliardi, il 22,8% del Pil¹. Sino al 1992 la spesa per protezione mostra un andamento moderatamente crescente rispetto al Pil; successivamente essa si contrae di circa un punto.

In questo quadro, il complesso della *Spesa previdenziale e assistenziale* rappresenta 309 mila miliardi, il 17,5% del Pil. La sua dinamica rispetto al Pil è sempre positiva dal 1985, anche se con ritmo molto attenuato dopo il 1992. E' nell'articolazione di questa ampia area che si palesano gli scostamenti più significativi nella classificazione della spesa operata dalla Tabella 1 rispetto alle fonti ufficiali. Essa considera quattro settori: Pensioni in senso stretto, Assicurazioni del mercato del lavoro; Interventi assistenziali; Servizi amministrativi e altre uscite. Prescindendo da quest'ultimo, che comunque assorbe un volume non trascurabile di

1 Rispetto alle fonti ufficiali, tale cifra è stata depurata di una voce che, in questo contesto, non ci pare opportuno inserire in questo settore: le somme erogate per indennità di fine rapporto ai dipendenti pubblici, che, in analogia a quelle del settore privato, non rappresentano una forma di erogazione pubblica.

risorse (oltre 12 mila miliardi), l'area delle Pensioni in senso stretto include i tradizionali campi delle rendite per vecchiaia, invalidità e superstiti. Le spese pensionistiche sono qui considerate al netto delle integrazioni delle pensioni al minimo e dei prepensionamenti. (La definizione potrebbe essere ulteriormente ristretta se si decidesse di attribuire carattere assistenziale anche alle spese per prepensionamenti e alle pensioni di invalidità erogate dall'Inps²). Nel secondo gruppo - Assicurazioni del mercato del lavoro - sono considerati i programmi di spesa che hanno natura assicurativa per chi è ancora nel mercato del lavoro. Infine, nella terza area troviamo gli interventi che sembrano rispondere maggiormente alla definizione proposta di spesa assistenziale, inclusiva quindi anche delle integrazioni al minimo.

La *spesa per pensioni in senso stretto* è la componente più importante (208 mila miliardi, l'11,8% del Pil nel 1995) e mostra una tendenza a crescere, anche dopo il 1992. Essa è costituita per il 90% da pensioni di vecchiaia. Considerevole è anche la spesa in pensioni indirette (reversibilità e superstiti), mentre la spesa per pensioni di invalidità era nel 1995 pari a 3976 miliardi³.

La *spesa per assicurazioni del mercato del lavoro* rappresenta una componente non molto ampia: essa è pari a quasi 26 mila miliardi, l'1,5% del Pil, includendovi anche i prepensionamenti.

La *spesa per interventi assistenziali* è stimata in 62,9 mila miliardi, il 3,5% del Pil. È l'unica componente che si contrae dal 1989, anno non considerato nella tabella. In tale comparto sono inserite le spese per integrazioni al minimo delle pensioni e quelle per l'assegno al nucleo familiare e per gli assegni familiari, che l'Istat, orientato dal carattere contributivo del finanziamento, classifica tra le spese di carattere previdenziale.

Le ragioni di carattere logico che inducono a spostare le integrazioni al minimo dalla spesa per pensioni a quella per assistenza sono facilmente comprensibili in ragione della funzione di sostegno dei redditi minimi svolta dalle integrazioni; esse appaiono poi rafforzate dalla riforma del 1995 che, con l'introduzione del criterio contributivo nel calcolo delle prestazioni dell'assicurazione di invalidità vecchiaia e superstiti, spinge a considerare previdenziale solo

2 Tra il 1989 e il 1994 la spesa per prepensionamenti è variata tra i 3497 miliardi (nel 1992) e i 2914 nel 1995. Essa può essere concettualmente distinta in oneri per rate pensionistiche e oneri per contribuzione figurativa, in sostituzione del venire meno del rapporto di lavoro. Quanto alle erogazioni per invalidità dell'Inps, il loro scorporo dalla spesa pensionistica è possibile solo dissagregando ulteriormente la spesa per integrazioni al minimo. Per il 1995 una stima della spesa per pensioni nell'accezione più ristretta (al netto cioè delle integrazioni al minimo, della componente di invalidità e dei prepensionamenti) sarebbe pari a circa 183,4 mila miliardi, il 10,4% del Pil.

3 Tale cifra si riferisce esclusivamente alle prestazioni erogate a soggetti invalidi che non hanno ancora raggiunto l'età pensionabile e non identifica pertanto il complesso della spesa pensionistica per invalidità. Parti di questa sono infatti incluse tra le pensioni di vecchiaia (33179 miliardi nel 1995) e fra le pensioni e rendite indirette (1695 miliardi nel 1995), allorché il titolare abbia raggiunto l'età pensionabile o in caso di decesso. Nel 1995 la parte della spesa pensionistica attribuibile a cause di invalidità è stata complessivamente pari a 38850 miliardi, il 18% delle spese per pensioni in senso stretto.

l'ammontare delle prestazioni che abbiano una corrispondenza, sia pure non completa, con l'ammontare dei contributi versati a livello individuale. D'altro canto, la stessa legge di riforma prevede esplicitamente la scomparsa, a regime, dell'integrazione al trattamento minimo e la sua sostituzione con l'assegno sociale, una prestazione che per definizione rientra nell'assistenza.

Per quanto riguarda invece la riclassificazione della spesa per assegni familiari, giova rammentare che questi hanno perso da tempo la connotazione previdenziale che originariamente possedevano. Il collegamento tra contributi e prestazioni è infatti venuto meno fin dalla metà degli anni Settanta, quando la gestione finanziaria di questo programma ha cominciato a presentare avanzi strutturali. Dal 1984, inoltre, sono stati introdotti requisiti di reddito per la corresponsione degli assegni, rendendo così esplicito il ruolo di sostegno delle famiglie "povere".

La composizione della spesa per interventi assistenziali. La tabella 2 articola la spesa per l'assistenza in tre comparti. Il primo e più importante è costituito dalle erogazioni monetarie volte al sostegno dei redditi bassi. Gli istituti che di fatto assolvono tale funzione sono le integrazioni al minimo, le pensioni sociali, gli assegni familiari e voci di minore rilievo. Nel complesso, queste spese sono pari al 62% della spesa assistenziale. L'istituto nettamente più significativo è costituito dalle integrazioni al minimo, uno strumento, come vedremo, improprio e poco selettivo, che impegna circa 30 mila miliardi. E' da notare che la quota di spesa per l'assistenza destinata a questo tipo di interventi è nettamente decrescente nel tempo. Era pari al 76% nel 1985, mentre nel 1995 risultava di poco superiore al 60%.

Il secondo insieme di istituti ha la finalità di fornire un risarcimento monetario a situazioni di handicap civile. Appartengono a tale ambito le pensioni di invalidità civile, erogate dal Ministero degli Interni, le pensioni per ciechi e sordomuti, le pensioni di guerra: a questi programmi è destinato circa il 30% della spesa per interventi assistenziali. Un ruolo prevalente è svolto dalle prestazioni per invalidità civile, che impegnano 14,5 mila miliardi. La natura di quest'ultimo programma è ambigua e la differenza tra questo e le pensioni di invalidità dell'Inps non è netta. Molte di queste ultime sono infatti integrate al minimo e si può osservare una correlazione inversa tra la spesa delle pensioni di invalidità dell'Inps, negli anni recenti sottoposte a più attenti vagli quanto alla verifica dei beneficiari, e quella del Ministero degli interni.

L'ultimo gruppo di programmi, indicati come Interventi specifici, riguarda in prevalenza prestazioni in natura (alloggi, mense, asili nidi, ricoveri, ecc.) in massima parte forniti dalle Amministrazioni locali e in particolare dai Comuni. Si tratta di un'area di spesa il cui censimento da parte dell'Istat è probabilmente sottostimato.

Merita infine di essere segnalato che, riguardo alla componente di invalidità, se si considerano anche le spese per invalidità dell'Inps incluse nella spesa pensionistica, si raggiungono nel 1995 i 57742 mila miliardi, il 18,7% della spesa complessiva per previdenza ed assistenza.

Tab. 2

Composizione della spesa per Interventi assistenziali

	1985	%	1990	%	1992	%	1995	%
Interventi assistenziali	44016	100,0	56699	100,0	59136	100,0	62868	100,0
<i>in % del Pil</i>	5,4		4,3		3,9		3,5	
Sostegno dei redditi bassi	35365	80,3	39451	69,6	39678	70,2	38979	62,0
Integr. delle pensioni al minimo	27362	62,2	27927	49,3	29512	49,9	29163	46,4
Pensioni sociali	2099	4,8	3190	5,6	3522	5,6	3482	5,5
Assegni familiari	5269	12,0	7724	13,6	5979	13,6	5483	8,7
Altri assegni e sussidi	635	1,4	610	1,1	665	1,1	851	1,4
Tutela di handicap	6263	14,2	13494	23,8	15081	23,8	18892	30,1
Pensioni agli invalidi civili	3734	8,5	9724	17,2	10872	17,2	14481	23,0
- di cui:								
<i>Indenn. di accompagnamento</i>	1409		4877		5795		7737	
Pensioni ai ciechi e ai sordomuti	694	1,6	1256	2,2	1436	2,2	1724	2,7
Pensioni di guerra	1835	4,2	2514	4,4	2773	4,4	2687	4,3
Interventi specifici	2388	5,4	3754	6,6	4377	6,6	4997	7,9
Assistenza sociale	2388	5,4	3754	6,6	4377	6,6	4997	7,9

L'andamento tendenziale della spesa per assistenza. Nell'accezione accolta in questa relazione, la dinamica della spesa per l'assistenza sarà influenzata fondamentalmente dall'andamento della spesa dei due istituti principali: le integrazioni al minimo e le prestazioni per invalidità civile, che nel 1995 rappresentava no insieme il 70% della spesa complessiva. Secondo stime svolte dagli istituti erogatori di tali prestazioni, negli anni più recenti le prime sembrano indicare una sostanziale stabilità, anche in valore assoluto, mentre la spesa per invalidità civile mostra segni abbastanza chiari di rallentamento e in taluni casi di flessione del numero delle prestazioni in relazione a fenomeni demografici (pensioni di guerra) e a miglioramenti delle procedure di accertamento dei beneficiari (invalidità civile, ciechi e sordomuti). Resta molto incerta la dinamica prospettica della spesa per l'indennità di accompagnamento, sottoposta a pressioni in relazione alla naturale crescita dei potenziali beneficiari. Anche in questo settore le prassi recenti di concessione dei benefici sembrano ispirate a criteri più rigorosi che nel passato. Per quanto riguarda gli altri istituti, la spesa per assegni familiari, per anni in declino, ha ricevuto un impulso significativo nel 1996 e nel 1997 per l'introduzione di interventi di politica economica, ma la tendenza sembrerebbe porsi al di sotto della media delle altre voci della spesa sociale.

4. Una valutazione degli istituti assistenziali del welfare italiano

La valutazione della spesa per assistenza del nostro paese non può essere positiva.

Spicca il fatto che *la redistribuzione monetaria ha un peso troppo elevato* rispetto a quella che si traduce in offerta di servizi, fenomeno che solo in parte può essere spiegato dalle carenze di rilevazione della spesa decentrata.

I trasferimenti monetari sono realizzati attraverso *istituti maldisegnati che non raggiungono apprezzabili risultati redistributivi* : un limite imperdonabile per la spesa per l'assistenza. Le ragioni sono molte e complesse. Circa la metà della spesa è destinata alle integrazioni al minimo, erogate sulla base di limiti di reddito privi di razionalità, incoerenti con quelli applicati in altri istituti. Lo strumento più universale, la pensione sociale, accorda provvidenze di importo molto inferiore alla linea della povertà ed è erogato sulla base di limiti di reddito che penalizzano l'anziano che vive solo. Gli assegni per il nucleo familiare hanno come beneficiari solo i lavoratori dipendenti e, anche limitatamente al ristretto obiettivo di equità orizzontale tra famiglie con diverso numero di figli, sono determinati in misure che non riflettono le indicazioni di corrette scale di equivalenza. Un ruolo quantitativamente importante è svolto dagli istituti di invalidità civile, che soffrono di problemi di coordinamento con altri istituti gestiti dall'Inps e che in ogni caso si rivolgono solo ad aspetti particolari dell'oggetto di intervento di questo campo della spesa..

Gli istituti esistenti hanno *un impianto quasi esclusivamente categoriale* che, mentre frammenta (e riconosce diversamente) i cittadini in una miriade di categorie a partire da una singola dimensione, ignora le differenze di età, sesso, condizioni di vita. Allo stesso tempo incentiva chi aspira a trovare una qualche forma di sostegno a "mimare" condizioni categoriali riconosciute : invalidità, handicap, sotto-occupazione in agricoltura e così via.

Le nozioni di invalidità dei programmi di spesa sono obsolete e spesso mal delineate. Assumono un ruolo centrale generiche inabilità al lavoro, mentre *ricevono scarsa attenzione specifiche e nuove forme di esclusione sociale* (malati di Aids, alcolismo, senza casa, ecc.) e *i nuovi bisogni e i nuovi rischi derivanti dalle trasformazioni nella vita individuale e familiare* (aumento di occupazione femminile, aumento di famiglie mono-genitore, desiderio di autonomia dei giovani). E' vero che gran parte della spesa è destinata alla popolazione anziana, ma questa caratteristica, lungi dal proporsi come consapevole assunzione del problema dell'invecchiamento della popolazione, rappresenta pardossalmente un difetto, perchè essa si traduce in meri trasferimenti monetari, spesso inadeguati alla soluzione delle molteplici e differenziate esigenze di cura di cui abbisognano gli anziani se e quando divengono fragili o non autosufficienti

La titolarità degli interventi assistenziali è *frammentata tra soggetti istituzionali diversi* a livello centrale e decentrato : tra ministeri diversi, tra stato ed enti locali, tra regioni, province e comuni. Questi soggetti non sempre cooperano tra loro ed utilizzano logiche e criteri condivisi. Sono frutto di stratificazioni successive, dettate vuoi dall'emergenza, vuoi dalla forza relativa di particolari categorie rispetto ad altre. In assenza di una legge quadro nazionale, ma con un forte ruolo degli enti statali nella definizione della spesa, specie per prestazioni monetarie, alle regioni è stato lasciato un ruolo di programmazione relativamente residuale, mentre i comuni sono lasciati con il compito di integrare le prestazioni mancanti, senza tuttavia poter incidere sul quadro complessivo.

Si notano *irrazionalità nella scelta degli strumenti di finanziamento*: quello contributivo è presente anche quando la finalità è chiaramente assistenziale (ad esempio l'assegno per il nucleo familiare).

L'aspetto più carente è tuttavia rappresentato *dall'assenza di un istituto di minimo vitale a carattere universale*. Tale funzione è solo parzialmente e non soddisfacentemente svolta dall'assegno per il nucleo familiare, dalla pensione e dall'assegno sociale.

5. Le linee della riforma

Le considerazioni svolte mettono in luce la necessità di un ripensamento radicale degli istituti esistenti e di profonde riforme fondate su tre colonne portanti.

In primo luogo si avverte la necessità di rafforzare e portare a compimento la *separazione tra assistenza e previdenza*, attraverso una netta identificazione dei programmi a carattere previdenziale, finanziati con contributi sociali, e dei programmi assistenziali, finanziati con imposte generali, pur con l'attenzione e la gradualità rese necessarie dal complesso equilibrio che si è venuto creando negli anni in conseguenza della commistione e confusione tra i due settori.

Sembra poi urgente modificare profondamente gli istituti esistenti di redistribuzione monetaria: un modello razionale dovrebbe prevedere *un unico istituto di minimo vitale* che assolve in modo articolato il ruolo di sostegno dei redditi più bassi, inglobando anche le funzioni attualmente svolte dagli istituti a carattere categoriale, rivolti cioè alla tutela di specifiche forme di handicap e di esclusione sociale (invalidità, non vedenti, sordomuti, ecc.), o a particolari tipologie di bisogno che possono insorgere nel ciclo vitale (in relazione alla generazione di figli, alla instabilità coniugale, a vecchiaia, a nuove forme di esclusione sociale, ecc.). Provvidenze a favore dei figli a carico potrebbero trovare accoglimento all'interno dell'imposizione personale.

La terza e più importante linea di riforma della spesa assistenziale dovrebbe essere la *realizzazione di un'ampia e diffusa rete di servizi reali* che, nell'ambito di principi generali di indirizzo dettati dalla legge statale, abbiano nella regione l'ente con funzioni di programmazione, e nei comuni, in primis, l'ente che opera l'orientamento dei fondi acquisiti, le scelte di priorità e quelle gestionali, in una rete integrata con l'organizzazione del servizio sanitario nazionale e con gli enti destinati alla gestione delle politiche attive del mercato del lavoro, in un ruolo di promozione di forme estese di cooperazione con enti ed istituzioni del settore non profit e con imprese private.

5.1. La separazione tra previdenza ed assistenza

La separazione tra previdenza ed assistenza è un problema da molto tempo all'ordine del giorno nel dibattito sulla spesa di protezione sociale, ma non si può dire che sia stato ancora correttamente risolto. La più significativa realizzazione è stata la distinzione tra le gestioni all'interno dell'Inps realizzate nel 1989 (Gestione prestazioni temporanee e Gestione interventi assistenziali). Molto lavoro deve ancora essere fatto in questa prospettiva, sia perché le attuali competenze della Gias non sembrano corrispondere alla distinzione concettuale che è adottata in questo rapporto e che a nostro avviso dovrebbe ispirare le nostre istituzioni, sia perché

esistono ancora molti punti poco chiari sulla natura del sostegno dello stato alle gestioni dell'Inps.

Nella ricostruzione della spesa effettuata in questo rapporto, si è assegnata all'area dell'assistenza la spesa per integrazioni al minimo delle pensioni. La ragionevolezza di questa riclassificazione non trova tuttavia riscontro nell'attuale assetto normativo, che meriterebbe quindi di essere adeguato, con un'esplicita definizione legislativa che sancisca la natura assistenziale delle integrazioni al minimo. Dal punto di vista contabile, un ulteriore passo potrebbe essere la cessazione del trasferimento dal bilancio dello stato a favore dell'Inps per il finanziamento della quota della mensilità di pensione (art.37 L.88/89) e la contemporanea assunzione da parte dello stato dell'onere di finanziamento delle integrazioni al minimo. Nel 1996 l'onere per quota delle mensilità ammontava a 22.917 miliardi, contro 31.326 miliardi relativi all'onere per integrazioni al minimo: la differenza, che si manifesterebbe come un maggiore onere a carico del bilancio dello Stato, troverebbe tuttavia compensazione nell'ambito del coperto del Settore statale e delle Amministrazioni pubbliche.

Ulteriori significativi avanzamenti nella distinzione tra previdenza ed assistenza potrebbero esser realizzati attuando, come suggerito più avanti, un più deciso decentramento delle funzioni assistenziali.

5.2. La riforma degli istituti di redistribuzione monetaria

5.2.1. Il Minimo vitale (MV)

Con riguardo agli istituti di redistribuzione monetaria, la principale innovazione istituzionale che si propone è l'introduzione nel nostro ordinamento di un assegno per il minimo vitale e la contemporanea interruzione, per i nuovi flussi di beneficiari, della maggior parte dei programmi esistenti.

Il MV assolve in una società moderna l'indispensabile funzione di rispondere alla ineliminabile domanda di sicurezza del cittadino, offrendo una *rete di protezione*. Qualsiasi individuo, indipendentemente dal genere, dalla classe sociale, dalla professione, che, per ragioni non dipendenti dalla propria volontà, si trovi in condizione di indigenza, viene aiutato con sostegni economici o con l'offerta di opportunità e servizi affinché possa uscire dallo stato di bisogno. E' uno strumento *indirizzato alle fasce più deboli* della società: aiuta tutti coloro che hanno risorse inferiori ad una certa soglia di reddito (indicativamente il 50 o il 60% del reddito medio procapite).

L'estensione della platea dei beneficiari nasce dall'esigenza di accentuazione del carattere di sostegno alla povertà che si intende prospettare per l'istituto. Se si ritiene opportuno riservare le prestazioni a soggetti che si trovino in condizioni di disagio economico, appare arbitrario insistere sull'esclusione di intere categorie di soggetti, tra i quali i lavoratori autonomi, i disoccupati di lunga durata e i giovani in cerca di prima occupazione, se in situazione di povertà. Come pure sembra opportuna una considerazione delle persone non occupate e impegnate in lavori di cura (bambini, anziani non autosufficienti, inabili), forme di inoccupazione che producono ricchezza valutabile anche in termini economici, ma che tendono a creare

discriminazioni nell'accesso al mercato del lavoro. Sotto questo profilo il Minimo vitale si mostra idoneo a realizzare importanti, anche se parziali e non esclusivi obiettivi sociali nei confronti dell'istituto familiare.

Per quanto riguarda l'individuazione del criterio di determinazione dell'assegno, che contemperi, oltre a obiettivi di equità verticale anche obiettivi di equità orizzontale, sarebbe soddisfacente stabilire un grado costante di copertura dello scostamento tra il reddito familiare equivalente dei beneficiari e il livello di reddito corrispondente alla soglia di povertà (il c.d. *poverty gap*). A puro titolo di esempio, una famiglia di quattro membri con due figli minori (per la quale la soglia di povertà potrebbe collocarsi intorno a 2 milioni e mezzo di lire) che disponga solo di 1 milione e mezzo al mese di reddito familiare, avrebbe un'integrazione mensile di 750 mila lire, la metà della differenza tra il reddito e la soglia

Il MV è un sussidio indirizzato agli individui maggiorenni, la cui situazione di deficit economico (o povertà) è *tuttavia valutato in base alle risorse del nucleo familiare* in cui il soggetto è inserito. Esso *tiene conto del fatto che le famiglie sono diverse, per numero dei componenti e composizione*. La soglia di quasi povertà, alla quale si interrompe l'aiuto pubblico, è più alta per la famiglia con figli o parenti a carico che per chi vive da solo. La graduazione delle soglie è determinata sulla base di appropriate scale di equivalenza. Il MV *misura le risorse economiche della famiglia nel modo più corretto possibile*: si fonda non solo sul reddito dichiarato ai fini dell'Irpef, ma tiene conto anche di altri elementi (redditi esclusi dall'Irpef, patrimonio immobiliare, ecc.), cercando così di attenuare i problemi legati all'accertamento delle risorse economiche. Il sussidio può essere ripartito all'interno della famiglia: i criteri possono essere diversi: in modo uguale tra i membri maggiorenni della famiglia o della convivenza, oppure privilegiando i membri che sono privi di mezzi; le quote relative ai minori (o alle persone incapaci) potrebbero essere assegnate al soggetto che le cura e/o che dia maggiori garanzie di responsabilità nel gestire l'assegno in loro favore.

Il MV è costruito in modo da attenuare *la trappola della povertà*. Non incentiva infatti il beneficiario a cullarsi in una situazione di bisogno protetta dalla "carità" pubblica, perché reintegra solo parzialmente la distanza tra le risorse del soggetto e la soglia di quasi povertà: il reddito disponibile per il beneficiario inclusivo del MV risulta sempre crescente rispetto alle risorse disponibili al netto del sussidio. In estrema sintesi, l'istituto proposto, che si ispira al modello classico di imposta negativa sul reddito, si muove nelle due direzioni, solo apparentemente contrastanti, di un'accentuazione della selettività dell'intervento, per quanto riguarda i tetti di reddito di accesso ai benefici, e un allargamento della platea dei beneficiari, dal punto di vista delle categorie dei soggetti che possono ottenere il sussidio. Si ispira pertanto a obiettivi universalistici, di solidarietà tra lavoratori dipendenti, lavoratori autonomi e disoccupati, che operano nella direzione di attenuare le fratture sociali fra categorie.

Il MV *mira al reinserimento nel mondo del lavoro dei beneficiari*. L'offerta di un reddito minimo a chi è insieme povero e non ha un lavoro trova di solito due tipi di obiezioni: si sostiene, da un lato, che non si dovrebbe fornire un reddito, ma un lavoro e si sottolineano i rischi di emarginazione sociale; altri sottolineano la possibilità di comportamenti dolosi e il rischio di incentivo al lavoro sommerso. Si tratta di preoccupazioni giuste: per questo si prevede che nel caso di uno o più inoccupati all'interno di una famiglia (siano essi giovani in cerca di lavoro, studenti o maggiorenni, con età inferiore a quella per la pensione, privi di

collegamento al mercato del lavoro) si considerino ulteriori condizioni, oltre alla verifica delle risorse, per la fruizione della prestazione. L'assegno dovrebbe essere erogato per periodi limitati e solo se i beneficiari soddisfano condizioni di disponibilità al lavoro. Per i giovani si suggeriscono forme di erogazione che responsabilizzino alla ricerca di posizioni di autosufficienza economica, attraverso, ad esempio, lo strumento del prestito d'onore, ossia l'anticipo di una somma che potrà essere restituita gradualmente dopo il primo inserimento nel mondo del lavoro; per iniziative di investimento nel proprio capitale umano o imprenditoriali. Va poi valutata con attenzione la possibilità di spendere l'assegno nell'ambito di politiche attive del lavoro (ad esempio, i contratti di graduale emersione): l'assegno potrebbe, ad esempio, essere erogato solo se il beneficiario dimostri di avere svolto lavoro *regolare* per alcuni mesi nel corso dell'anno. La disponibilità al lavoro deve in ogni caso essere definita in modo molto stringente e deve riguardare l'accettazione di offerte di qualsiasi natura, anche a tempo parziale e provenienti da località diverse da quelle di residenza (compatibilmente con la sostenibilità dei costi aggiuntivi che ciò comporterebbe per l'interessato). In caso di rifiuto, l'erogazione del minimo vitale viene sospesa.

Nel caso degli studenti, il soddisfacimento delle condizioni di disponibilità al lavoro potrebbe essere posposto sino ad un'età che tenga conto della durata del piano di studi intrapreso, dell'effettiva frequenza alle attività formative e dell'effettivo superamento degli esami di profitto previsti dai piani di studi. Nel caso di studenti che vivano al di fuori del nucleo familiare di origine, l'assegno sarebbe erogato prendendo come riferimento la soglia di reddito corrispondente alle caratteristiche del nucleo familiare di origine. Per gli studenti universitari la disciplina del minimo vitale deve poi essere strettamente integrata con, o al limite surrogata dalle politiche del diritto allo studio, al fine di evitare sovrapposizione dei benefici e incoerenze nella definizione delle condizioni di accesso.

La disponibilità al lavoro dovrebbe essere richiesta anche per i soggetti, plausibilmente in maggioranza donne, impegnati in lavori di cura familiare (minori con età inferiore ai tre anni, assistenza ad anziani non autosufficienti). Per questi ultimi la disponibilità al lavoro potrebbe essere considerata in maniera meno stringente, e si dovrebbero prevedere servizi di sostegno nelle attività quotidiane, di consulenza e formazione professionale per favorire un loro successivo rientro nel mercato del lavoro, per evitare che la "trappola della cura" si trasformi permanentemente in trappola della povertà. Si invita quindi a considerare favorevolmente politiche di incentivazione economica della cura degli anziani non autosufficienti (il c.d. assegno di cura, già sperimentato in talune regioni), anche per i positivi effetti di allentamento della domanda di ricoveri presso le strutture sanitarie e assistenziali pubbliche e private, purché realizzate con modalità che evitino confusioni tra scelte squisitamente individuali e necessità di cura che ostacolano la presenza nel mercato del lavoro. La possibilità di tali interessanti evoluzioni delle prestazioni deve però essere compatibile con i vincoli finanziari: in una prima fase, la loro introduzione potrebbe essere lasciata all'autonomia e quindi al finanziamento decentrato.

La gestione del MV richiede la collaborazione delle *comunità locali*, in primo luogo dei Comuni, perché questi sembrano più capaci di cogliere le diverse esigenze delle persone che si trovano nello stato di bisogno. Il MV è *integrato con le politiche assistenziali locali* che

offrono servizi alle persone in stato di bisogno (vecchiaia, malattia, handicap, esclusione sociale): per affrontare i bisogni dell'età avanzata o le cure di chi è affetto da handicap, attribuisce integrazioni al sussidio di base e soprattutto offre servizi mirati alla persona. Il MV è *integrato anche con le politiche attive del mercato del lavoro*, che a loro volta possono essere realizzate solo attraverso strutture decentrate e flessibili, con la collaborazione degli enti locali. Il ruolo di questi ultimi è infatti essenziale nella programmazione delle attività integrative (lavori socialmente utili, programmi formativi, ecc.), che devono essere offerti in misura e qualità adeguata. La soluzione di questo problema rinvia alle modalità decentrate in cui l'istituto dovrà essere gestito, su cui si ritornerà più avanti. E' necessario prevedere lo stanziamento di adeguate risorse per organizzare tali programmi di attività e gli enti decentrati dovranno essere incentivati in questa attività, utilizzando opportunamente lo strumento dei trasferimenti finanziari a loro assegnati a questo scopo e al limite condizionando la distribuzione territoriale degli assegni di MV all'offerta di posti di lavoro socialmente utili predisposti dagli enti locali.

Finanziamento dell'assegno. La natura assistenziale del minimo vitale suggerisce l'opportunità di un finanziamento attraverso imposte generali, anche in considerazione dell'obiettivo di separazione tra aspetti previdenziali e assistenziali. In ogni caso, tuttavia, le risorse finanziarie dovranno essere compatibili con il vincolo di bilancio assegnato alla spesa di questo settore, illustrato nel capitolo iniziale e ripreso, per gli aspetti dell'assistenza, nell'ultimo paragrafo di questo capitolo.

Ragioni di gradualità della riforma e connesse alle difficoltà ancora presenti di realizzare efficaci accertamenti di talune componenti di redditi, potrebbero suggerire di conservare, in una fase iniziale, un parziale finanziamento di tipo contributivo.

La definizione di un finanziamento con imposte o con contributi non ha alcun effetto sostanziale sulla pressione fiscale, ma influisce soltanto sulle modalità con cui saranno regolati i trasferimenti dal bilancio dello Stato a favore degli enti che saranno responsabili della gestione degli istituti assistenziali, in generale, e del Minimo vitale, in particolare.

Gli adattamenti dei trasferimenti tra stato ed enti gestori sarebbero più ampi nel caso di integrale finanziamento con imposte. Nel caso di mantenimento, transitorio, dei contributi sociali, il finanziamento dell'istituto nella fase iniziale potrebbe essere realizzato utilizzando i contributi per l'assegno per il nucleo familiare, una nuova contribuzione a carico dei lavoratori autonomi della stessa misura di quella gravante sui lavoratori dipendenti per gli assegni familiari, e su imposte generali. Le due prime forme di contribuzione dovrebbero assumere una dimensione tale da coprire gli oneri per le prestazioni a beneficiari lavoratori o ex-lavoratori, mentre sarebbero a carico del bilancio dello stato gli oneri delle prestazioni a favore di soggetti inoccupati.

Dal punto di vista del finanziamento la differenza tra il primo e il secondo caso sta nel fatto che nel secondo la copertura della spesa delle prestazioni relative ai lavoratori (dipendenti e autonomi) sarebbe garantita dinamicamente con una gestione in pareggio che opera manovrando opportunamente le aliquote contributive, mentre nel primo caso (e anche nel secondo, limitatamente alle prestazioni a favore di inoccupati) il bilancio dello stato risulterebbe il finanziatore di ultima istanza.

Le relazioni del MV con l'Irpef. Il disegno di questo istituto deve essere coerente con l'imposizione personale progressiva anche per un'altra ragione, oltre a quella ricordata nel precedente paragrafo. L'Irpef, nella struttura attuale o anche nell'ipotesi di una sua riforma, prevede, nella determinazione della struttura delle aliquote e delle detrazioni, obiettivi di redistribuzione verticale ed orizzontale del reddito. La valutazione dell'impatto distributivo di una riforma del tipo qui proposto deve quindi essere effettuata congiuntamente a quella realizzata dall'Irpef: l'introduzione di un minimo vitale non può essere attuata prescindendo dalla più generale riforma dell'imposta personale, prevista dai programmi del governo.

Politiche per la famiglia, assegno per il minimo vitale e Irpef. Il disegno dell'Irpef e di questo nuovo istituto è inevitabilmente intrecciato con la definizione di politiche di sostegno alle responsabilità familiari. Esse naturalmente non si riducono a trasferimenti monetari. Al contrario, come segnalano molte ricerche ed anche documenti di indirizzo a livello internazionale, ne fanno parte in misura rilevante i servizi, la politica della casa, le politiche del lavoro e del tempo di lavoro. In molti paesi esistono sia istituti autonomi a favore della famiglia (assegni familiari), sia forme di compensazione sul piano fiscale (splitting, quoziente familiare, detrazioni) - talvolta in combinazione, talvolta in alternativa. Più in particolare sostegni diretti a sostenere il costo dei figli sono presenti in molti sistemi di welfare europeo. Il problema è tuttavia la giustificazione di strumenti di sostegno in aggiunta a quelli già assunti per la tutela dei redditi bassi, giustificazione che esisterebbe per chi vede nella riproduzione sociale e nell'allevamento dei figli un bene non solo per chi responsabilmente ha deciso e voluto figli, ma un bene collettivo, meritevole di sostegno e riconoscimento da parte della collettività. Il nodo non può essere sciolto esclusivamente sulla base di principi ispirati a criteri di efficienza e di equità, ma è necessario il rinvio ad opzioni ideologiche di altra natura. Questa Commissione ritiene che, almeno per quanto riguarda la questione dell'equità dal punto di vista della imposizione personale, essa potrebbe essere affrontata modulando opportunamente la struttura delle detrazioni dell'imposta personale, anche sotto la forma di imposta negativa nel caso di incapienza (anche per salvaguardare i redditi dei lavoratori delle fasce più basse che attualmente godono dell'assegno al nucleo familiare).

Gli oneri finanziari connessi all'istituzione del minimo vitale. Sulla base delle ricerche a nostra conoscenza dedicate all'analisi degli effetti di istituti di questo tipo, l'istituzione di un assegno di minimo vitale con destinazione quasi universale, in grado di garantire un'integrazione del 50% della differenza tra le risorse a disposizione e una soglia di povertà pari al 50-60% del reddito procapite, potrebbe comportare, in primissima approssimazione, un impiego di risorse valutabile in 12-15 mila miliardi. Tale indicazione rappresenta solo un ordine di grandezza delle risorse necessarie: la stima del costo dovrà essere approfondita, in particolare per valutare gli effetti sulla spesa derivanti da comportamenti sleali da parte dei potenziali beneficiari e gli oneri connessi a integrazioni delle prestazioni per categorie particolari di beneficiari. E' presumibile che se a tale istituto si intende riservare il ruolo di principale programma di redistribuzione monetaria a favore dei redditi bassi, ad esso dovrebbero, a

regime, essere destinate risorse in misura superiore a quella indicata. Non va infatti dimenticato che il livello delle prestazioni garantite nei paesi europei, in cui tale istituto esiste, è molto più elevato di quello proposto in questo rapporto.

Abolizione di istituti obsoleti. L'introduzione del minimo vitale nella sua versione più allargata comporterebbe l'abolizione degli assegni familiari, dell'assegno per il nucleo familiare, della pensione sociale e dell'assegno sociale introdotto dalla riforma Dini. Al finanziamento di tale programma si potrebbero gradualmente destinare le risorse che si renderanno disponibili in seguito all'interruzione dei residui istituti di redistribuzione del reddito (integrazioni al minimo, pensioni di guerra, indennità di accompagnamento e in genere pensioni e indennità per invalidità).

5.2.2. Altri nuovi istituti: il Fondo per prestazioni di assistenza ai non autosufficienti

Al minimo vitale potrebbe col tempo aggiungersi un altro nuovo istituto volto ad assistere gli anziani non autosufficienti. Come è noto, la perdita di autosufficienza a seguito di patologie di rapida diffusione in seno alla popolazione anziana, e soprattutto molto anziana (ultrasettantacinquenni). L'occorrenza di questo rischio può generare seri problemi di natura sia economica che sociale. Infatti, in caso di "dipendenza" (così come questo rischio viene denominato in alcuni paesi europei) l'anziano ha bisogno di un'assistenza continuativa (medica, para-medica, personale) che è difficile da organizzare, gestire e finanziare e che può dunque esercitare notevole stress sulle reti e sui bilanci familiari e parentela. L'ulteriore invecchiamento della popolazione previsto per i prossimi decenni rischia di trasformare il rischio di indipendenza degli anziani in una vera e propria emergenza: in alcuni paesi sono già stati introdotti nuovi schemi pubblici appositamente rivolti alla protezione di questo rischio. Nel 1995 la Germania ha ad esempio introdotto una "assicurazione contro la dipendenza" (*Pflegeversicherung*), finanziata tramite contributi sociali, che prevede l'erogazione di un'ampia gamma di prestazioni in denaro e in natura in caso di perdita dell'autosufficienza. Un'analoga iniziativa è promossa ed è in avanzato stadio di elaborazione da parte della Provincia autonoma di Bolzano

La situazione italiana appare particolarmente inadeguata a rispondere a questo nuovo bisogno. Il SSN non può farsene carico se non in forme improprie e dispendiose (ad esempio, il ricovero prolungato). Le regioni e i comuni sussidiano l'eventuale ricovero in istituti di assistenza extra-sanitari solo per le categorie più bisognose - peraltro con regole fortemente differenziate sul territorio e non sempre eque. Se l'anziano dipendente non ha risorse proprie, gli "obbligati per legge" a provvedere si trovano spesso a dovere sopportare oneri molto elevati. L'indennità di accompagnamento è dal canto suo uno strumento per lo più insufficiente e comunque improprio. E' vero che il progetto Obiettivo Anziani 1992-94 ha previsto una serie di ambiziose iniziative su questo fronte (residenza sanitarie assistenziali, forme di assistenza domiciliare integrata, unità valutative geriatriche, ecc.). Ma l'effettiva realizzazione di questi progetti si è scontrata con forti ostacoli organizzativi e finanziari.

La Commissione ritiene che su questo terreno - senza rinunciare alle trasformazioni già previste in seno agli attuali circuiti socio-sanitari - sia opportuno valutare seriamente la

possibilità di introduzione di un nuovo istituto: un vero e proprio schema di *sostegno del costo di cura continuativa in età anziana* (in un'ipotesi più ambiziosa il sostegno potrebbe essere esteso a tutta la popolazione, inclusi cioè i non anziani). Come nel caso della nuova assicurazione introdotta in Germania e nelle proposte della Provincia autonoma di Bolzano, tale schema potrebbe prevedere tre tipi di prestazione:

- rimborso parziale di cure paramediche, protesi, apparecchiature sanitarie, ecc.;
- assegni di cura personale;
- assistenza domiciliare;
- rimborso parziale di rette per ricovero in residenza specializzate,

Il finanziamento di tale schema pubblico potrebbe essere assicurato tramite l'introduzione di un nuovo cespite di entrata. Stante la natura universalistica del nostro sistema sanitario, un' "imposta di scopo" applicabile a tutti i redditi (e ad esempio denominata "contributo per il sostegno dei costi della vecchiaia") sembrerebbe più appropriata che non un nuovo contributo sociale sui soli redditi da lavoro. La misura di tale imposta dovrebbe essere tale da consentire dinamicamente la copertura della spesa delle prestazioni. Condizione necessaria per il funzionamento dello schema dovrebbe essere l'obbligatorietà del contributo, almeno fino ad un certo tetto di reddito, in modo da creare una platea di ripartizione del rischio più ampia possibile. I benefici di tale schema sarebbero disponibili solo per coloro che si collocano tra i beneficiari del Minimo vitale o che partecipano alla contribuzione. La sua introduzione presuppone anche il superamento dell'attuale istituto dell'indennità di accompagnamento - almeno per tutti gli anziani.

Va sottolineato che l'indicazione di un'imposta di scopo per il finanziamento di tale Fondo non significa un innalzamento della pressione fiscale complessiva, la cui dinamica resta quella indicata dal quadro macroeconomico tracciato nel capitolo introduttivo. Tale scelta ha infatti solo il significato di rendere esplicita la volontà politica di "prenotare" una frazione della pressione tributaria, attribuendo priorità al soddisfacimento di questo bisogno generale, che costituirà in futuro una delle più forti preoccupazioni sociali. Gli oneri connessi a tale bisogno, sicuramente elevati e in espansione, risulterebbero trasparenti e quindi politicamente controllabili.

Un approfondimento dei molteplici aspetti applicativi dell'istituto appare alla Commissione molto urgente: se da tali indagini emergesse la sostenibilità finanziaria del programma e la sua compatibilità con altri obiettivi della spesa sociali, esso costituirebbe il naturale completamento del Minimo vitale e potrebbe essere organicamente inserito nell'obiettivo di potenziamento dell'offerta di servizi reali a livello decentrato.

5.2.3. La riforma degli istituti esistenti

Minimo vitale e altri istituti assistenziali. Un nuovo istituto del minimo vitale familiare dovrebbe convivere per lungo tempo con istituti preesistenti, in omaggio ai diritti acquisiti, e a istituti che erogano provvidenze in dipendenza a forme di invalidità comunque sottoposte alla verifica di limiti di reddito. Nell'ambito del nuovo istituto del minimo vitale, per i nuovi flussi di beneficiari non sarà difficile prevedere interventi in grado di uniformare i criteri di reddito a cui

è condizionata l'erogazione delle prestazioni, adottando definizioni che considerino non solo il reddito imponibile ai fini Irpef, ma anche l'autocertificazione dei redditi esclusi dall'imponibile ed elementi a carattere patrimoniale (in primo luogo immobiliare, ma con estensione anche ad altre componenti patrimoniali, ove possibile). Parziali interventi di razionalizzazione sembrano tuttavia auspicabili e possibili anche con riguardo agli istituti che verranno aboliti, ma continueranno a restare in vigore per i vecchi beneficiari. L'ampiezza del numero di istituti che prevedono, in varie forme, l'accertamento dei mezzi suggerisce la necessità di creare un'Agenzia nazionale, con la partecipazione dei principali enti coinvolti nella gestione dei diversi programmi di spesa (e quindi anche le regioni e i comuni).

Riforma delle integrazioni al minimo. Con particolare riferimento alle integrazioni al minimo delle pensioni, è auspicabile che il depotenziamento di questo istituto possa essere accelerato nella misura in cui verrà resa più rapida l'applicazione del sistema contributivo introdotto dalla riforma Dini.

La riforma delle prestazioni per invalidità. L'irrazionalità degli istituti esistenti suggerisce un'ampia azione di riforma dei programmi destinati alle invalidità. Un'attenzione particolare dovrebbe poi essere dedicata alla revisione e al superamento dell'indennità di accompagnamento, che appare singolarmente inidonea allo svolgimento delle proprie finalità.

Per gli istituti di invalidità sembra anzitutto opportuno pervenire ad omogenee definizioni delle tipologie di invalidità e inabilità, della misura della loro intensità, dei requisiti di ammissibilità all'erogazione delle prestazioni. In questo campo vanno segnalate interessanti proposte, in avanzato stadio di elaborazione, di attuazione dell'art.3 della legge di riforma Dini.

La riforma dell'istituto dell'indennità di accompagnamento. Tale istituto appare a molti inidoneo allo svolgimento della sua funzione di sostegno dei bisogni di soggetti non autosufficienti e di coloro che se ne prendono cura. Al momento attuale esso è destinato a circa 860 mila beneficiari, di cui oltre il 70% ultrasessantacinquenni. L'impegno finanziario per tale programma è cospicuo, pari a 7850 mld. L'aspetto di maggiore insoddisfazione di questo istituto è l'inadeguatezza di uno strumento di redistribuzione monetaria per affrontare bisogni che richiedono cure alla persona molto particolari e differenziate da soggetto a soggetto. E' infatti largamente condivisa l'opinione, che corrisponde anche alle linee di azione attualmente seguite da altri sistemi di welfare, secondo cui l'erogazione di mirati servizi di cura è la soluzione più idonea. E' vero d'altra parte che anche i servizi più efficienti ed efficaci, se non vogliono configurarsi come istituzionalizzazione, non possono prendere totalmente in carico, 24 ore su 24, le persone non autosufficienti, che perciò, per poter essere mantenute nel proprio ambito di vita consueto, devono poter contare sulla presenza e la cura non occasionali di qualche familiare o persona vicina e responsabile. E' comunque impensabile sostituire questo istituto senza aver prima garantito servizi adeguati. Si potrebbe tuttavia procedere ad una sua parziale riforma che innanzitutto rendesse più circostanziata la definizione dell'invalidità e del bisogno di cura dei potenziali soggetti interessati, vincolando, ove possibile, erogazioni monetarie all'effettiva prestazione dei servizi di cura ritenuti necessari. Dovrebbero inoltre

essere eliminate improprie possibilità di cumulo dell'indennità in oggetto con altre prestazioni assistenziali a carattere monetario e essere resi più rigorosi i criteri di erogazione a favore di soggetti che risultano ricoverati in istituti. Infine, anche se su questo punto non si ha unanimità di pareri, si dovrebbe subordinare l'erogazione dell'indennità a limiti di reddito, in analogia ai criteri che ispirano altri istituti del nostro ordinamento e ai principi di riforma affermati in questa relazione.

5.3. La gestione della spesa per l'assistenza in una prospettiva di ampio decentramento

La terza e più importante linea di riforma della spesa per l'assistenza ha come obiettivo lo spostamento di risorse dalla redistribuzione monetaria all'offerta di servizi reali. Attualmente le prestazioni di servizi rappresentano una componente molto piccola, valutabile, anche se con molta incertezza, tra l'8 e il 15% della spesa per l'assistenza; secondo questa Commissione essa dovrebbe invece raggiungere, a regime, una dimensione non inferiore ad un terzo.

Si è già sottolineato che una corretta gestione delle prestazioni assistenziali richiede una capacità di adattamento alle molteplici forme di bisogno dei disagiati che può essere efficacemente realizzata solo a livello decentrato. In questo senso questa terza e fondamentale direttrice di riforma si intreccia con l'articolazione territoriale dell'intervento pubblico. Il successo stesso di un istituto del minimo vitale dipende in misura decisiva dall'esistenza di condizioni di contorno che toccano aspetti, non solo della spesa per l'assistenza, che coinvolgono in misura molto significativa i rapporti istituzionali e finanziari tra diversi livelli di governo.

Per quanto riguarda le relazioni con altri comparti della spesa di protezione sociale sono già state sottolineate le interdipendenze con le politiche attive e passive del mercato del lavoro (minimo vitale come rete di sicurezza e occasione di partecipazione a forme di inserimento sociale a disoccupati di lunga durata, politiche attive di formazione e incentivazione alla ricerca di lavoro per gli inoccupati).

Altri importanti aspetti di interdipendenza si pongono per i servizi assistenziali che presentano una componente sanitaria, per il modo in cui si finanzia il servizio sanitario nel nostro paese: di competenza delle regioni, con parziale finanziamento statale, gestito da enti decentrati a carattere funzionale, le Aziende Sanitarie Locali.

Il potenziamento di servizi innovativi di carattere socio-assistenziale organizzati territorialmente è oggi sollecitato con forza anche dagli organismi comunitari e diventerà uno degli assi portanti della politica di protezione sociale dell'Europa Unita. Si tratta di un settore di azione molto importante perché consente di dare risposte flessibili alla varietà dei bisogni, gestiti a livello locale con piena assunzione del principio di sussidiarietà, con importanti ed immediati riflessi sull'occupazione regolare, o volontaria, o proveniente da iniziative delle istituzioni pubbliche (servizio civile, lavori socialmente utili), in grado di sostituire, in caso di successo, grazie alla loro funzione di protezione preventiva, costi attualmente sostenuti da altri comparti della spesa di protezione sociale (sanitaria in particolare), e di creare le premesse,

nella misura in cui sia possibile limitare le forme di lavoro sommerso, per la produzione di valore aggiunto e quindi per futura base contributiva.

Questi propositi di riforma devono però trovare un corretto assetto istituzionale. Si possono immaginare, come primo punto di partenza due modelli di rapporti intergovernativi, entro cui collocare non solo il minimo vitale, ma, più in generale, la spesa socio-assistenziale, che si differenziano a seconda del ruolo che si vuole riservare al governo centrale nella funzioni finanziamento: un modello esplicitamente federale e un modello a decentramento regionale. In entrambi i casi risulterebbe prioritario il varo di una legge nazionale che disciplini i principi generali dell'assistenza.

Nel *modello federale*, ancora lontano dalle caratteristiche istituzionali attuali, la funzione dello stato è semplicemente quella di definire il quadro normativo generale entro cui si articolano le prestazioni assistenziali, definendo i punti di riferimento all'interno del Governo, le forme di controllo dell'attività degli enti decentrati, i livelli di servizi e gli standard minimi. Non vi sarebbero, in questo caso, trasferimenti dal centro agli altri livelli di governo (Regioni+Enti locali), ma l'autonomia tributaria sarebbe definita in modo tale da garantire ai livelli decentrati risorse sufficienti a finanziare servizi secondo gli standard fissati, con possibilità di differenziazioni territoriali in funzione delle preferenze e delle disponibilità a pagare delle comunità locali. La perequazione delle risorse tra aree forti e deboli del paese sarebbe assolta da un sistema di trasferimenti a carattere generale, e quindi non specificamente indirizzato alla funzione assistenziale.

Nel *modello di ampio decentramento*, il disegno istituzionale non si discosterebbe in modo significativo da quello realizzato per il servizio sanitario. Oltre alla definizione del quadro istituzionale e alla definizione degli standard, lo stato conserverebbe funzioni di gestione di istituti e di finanziamento delle prestazioni, integrando le risorse delle regioni e dei comuni. Il quantum di tale fondo dovrebbe tenere conto del decentramento che la proposta sopra indicata prevede con l'assorbimento nel minimo vitale di funzioni attualmente svolte da organismi centrali (Ministero degli interni, Ministero del Lavoro e Inps), e del costo della produzione dei servizi integrativi per inoccupati e disoccupati di lunga durata.

La prima prospettiva è senza dubbio quella più responsabilizzante per gli enti decentrati e quella più rispettosa, pur nell'ambito di una normativa di indirizzo nazionale, delle preferenze delle comunità locali. Ragioni di gradualismo ci inducono tuttavia a proseguire la riflessione prendendo come punto di riferimento la seconda ipotesi, anche se in questo contesto, l'esperienza della spesa sanitaria insegna che l'esigenza di fornire livelli relativamente uniformi di prestazioni in tutto il territorio nazionale può entrare in conflitto con una visione ampia dell'autonomia regionale. Questa schema istituzionale richiede, come noto, l'assolvimento di non facili compiti di determinazione dei fabbisogni finanziari regionali, dà adito a conflitti tra centro e periferia sull'adeguatezza e sulla ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del minimo vitale, attenua la solidità del vincolo di bilancio, a cui si dovrebbero attenere i governi locali, necessario per dare efficienza e legittimazione democratica all'amministrazione.

Una rapida attuazione di una legge generale sull'assistenza è in ogni caso una premessa necessaria dell'azione di riforma. L'attuale assetto non è sufficientemente definito nel disegnare in modo chiaro le rispettive aree di azione e i vincoli finanziari delle regioni e dei comuni. E'

opinione diffusa che il corpo di legislazione regionale, disegnato essenzialmente dall'esperienza di poche regioni, presenti difformità eccessive, sia nei principi, che nella definizione delle prestazioni e degli obblighi relativi dei diversi attori (regione, comuni, ASL, enti di assistenza pubblica e privata).

Dall'esame dei numerosi progetti avanzati dalle forze politiche, dagli attori del settore e dagli studiosi, questa Commissione assegna maggiore probabilità di successo ad un tipo di legislazione nazionale che definisca le istituzioni di coordinamento nazionale, l'ammontare delle risorse da destinare al settore assistenziale e i criteri di allocazione alle regioni, imponga l'obbligo di soddisfare requisiti di trasparenza nella formulazione dei bilanci, imponga alle regioni in modo fermo l'obbligo di provvedere a normative in materia, ma lasci uno spazio ampio all'autonomia regionale nella definizione dei contenuti programmatici e organizzativi. Due punti sembrano non derogabili: l'esistenza di un ruolo di responsabilità finale e di programmazione esercitato dall'ente regionale, un ruolo di gestione che abbia come soggetto principale i comuni, che vanno ovviamente anche lasciati liberi di arricchire, e migliorare, gli interventi al di sopra del livello minimo omogeneo definito a livello nazionale.

L'aspetto più problematico è costituito dall'esistenza di forti aspetti di produzione congiunta per servizi a carattere assistenziale/sanitario a favore degli anziani e dei portatori di handicap, la cui gestione è attualmente realizzata sia dalle ASL, per la parte sanitaria, sia da Comuni e altri enti, per la componente assistenziale. E' opinione molto diffusa che l'attuale assetto presenti vistose differenziazioni nel territorio a seconda della maggiore o minore iniziativa politica a livello regionale e locale e che, anche nelle realtà più progredite, la duplicità di riferimento istituzionale (ASL o Comune) sia poco soddisfacente. Secondo molti l'applicazione delle linee di riforma progressiva della sanità iniziata nel 1992 ha portato, per molteplici ragioni, a sacrificare la quantità e la qualità dei servizi a carattere socio-assistenziale.

Secondo alcuni punti di vista, la risposta a queste difficoltà è l'unificazione della gestione: unico sarebbe il fondo per sanità e assistenza dallo stato alle regioni. Anche a livello regionale il bilancio e le funzioni di Sanità e assistenza dovrebbero essere unificate. In questo caso, tuttavia, la differenza strutturale tra servizi assistenziali e servizi sanitari che non appartengono all'area di sovrapposizione, la relativa specializzazione dei Comuni per l'area assistenziale e delle ASL per quella sanitaria, rendono poco plausibile questa drastica soluzione.

La separazione delle funzioni, a cui corrisponderebbe per l'assistenza un regime parallelo a quello della sanità, sembra essere nel medio periodo l'opzione più realistica. Le valutazioni degli studiosi e degli operatori su questo aspetto non sono univoche. Sembrerebbe ragionevole che la valorizzazione della qualità dei servizi in un'ottica di assistenza integrata debba lasciare uno maggiore spazio decisionale e di responsabilità finanziaria ai Comuni per l'area di sovrapposizione con le istituzioni sanitarie. Il ruolo di maggiore protagonismo dei Comuni può tuttavia avere successo in presenza di una legislazione regionale che, attraverso l'imposizione di forme di consorzio, contrasti gli effetti della dimensione inefficiente dei territori comunali.

Ulteriori problemi nascono dall'esistenza di un tessuto molto ampio di enti pubblici e privati che attualmente hanno un ruolo molto importante nell'offerta dei servizi di natura sanitaria/assistenziale. Nel caso degli enti pubblici (si pensi in particolare alle Ipub) è essenziale pervenire ad un chiarimento delle loro funzioni e delle modalità di utilizzo del patrimonio

finalizzato alla riproduzione dei servizi sociali. Per tutti gli enti, inclusi quindi anche quelli di natura privata, siano essi a carattere non profit o imprese, è necessaria una ridefinizione delle forme di regolamentazione (modalità di appalto dei servizi, controllo della qualità, ecc.), che nell'attuale situazione non sembra essere sotto controllo e che presenta aspetti insoddisfacenti.

Le caratteristiche dei servizi assistenziali pongono poi il problema dei soggetti destinati a gestire gli istituti di redistribuzione monetaria, in cui si sostanzia in gran parte la funzione del minimo vitale. Al momento attuale concorrono a svolgere tali funzioni il Ministero degli Interni, l'Inps e i livelli decentrati di governo (sostanzialmente i comuni). Un progetto di razionalizzazione deve prevedere un unico ente gestore ed erogatore. Questo può essere concepito a livello centrale (plausibilmente l'Inps) o a livello decentrato, inquadrato nel ridisegno delle competenze e delle modalità di finanziamento ed erogazione delle prestazioni assistenziali. Da un lato sembra ragionevole utilizzare i canali esistenti, ma si è sottolineato che la gestione degli aspetti più delicati dell'istituto del minimo vitale (come suggeriscono peraltro anche le esperienze locali in atto) richiede una capacità di adattamento alle realtà particolari che, fatti salvi principi generali comuni a tutta la realtà nazionale, può essere più facilmente soddisfatta a livello decentrato. In considerazione di queste economie di scopo, sembra ragionevole prevedere, in prospettiva, che l'intero comparto della spesa per l'assistenza venga gestito a livello decentrato. La rapida realizzazione di questo decentramento risulta molto importante per l'efficienza gestionale dell'istituto.

6. Valutazioni previsive e programmatiche della spesa per l'assistenza

Al fine di fornire elementi di valutazione delle compatibilità della spesa per l'assistenza, all'interno delle linee programmatiche definite da questo rapporto può essere utile osservare la Tabella 3, che recepisce le indicazioni di analisi e programmatiche proposte in questo capitolo. In particolare, la spesa per assistenza sembra costituire, comparativamente, una componente della spesa sociale relativamente sottodimensionata, che in prospettiva dovrebbe aumentare il proprio peso rispetto al Pil. Perdurando nel breve termine condizioni di stress finanziario, tale ampliamento va raggiunto con gradualità; la composizione della spesa deve essere profondamente ristrutturata, semplificando ed unificando gli istituti e trasferendo risorse in misura significativa da programmi di redistribuzione monetaria a programmi che si traducono in offerta di servizi reali.

La tabella riproduce la ricostruzione della spesa effettuata per il 1995 nella Tabella 2 e immagina che il peso della spesa rispetto al Pil resti inalterato al livello del 1995 in un ipotetico anno zero, indicativamente individuato nell'anno 1998. In tale anno, per la spesa per l'assistenza sarebbero disponibili risorse pari a poco più di 71 mila miliardi.

Tab. 3							
Spesa per assistenza nel 1995 e previsioni 1998-2020							
	1995	comp. %	1998	comp. %	2000	comp. %	2020
Risorse tendenziali	62868		72570		79520		210990
Integrazione da altri settori	0		0		6000		38600

Totale risorse disponibili	62868	100,0	72570	100,0	85520	100,0	249590
- in % del Pil	3,5		3,5		3,8		4,2
1 Servizi e altri istituti	4997	7,9	6000	8,3	15000	17,5	87357
2 Minimo vitale e detr. Irpef	0		16460	22,7	21262	24,9	149754
3 Vecchi istituti	57871	92,1	50110	69,1	49258	57,6	12480
<i>Pensione sociale*</i>	3482		0		0		0
<i>Assegni familiari</i>	5483		0		0		0
<i>Integrazioni al minimo</i>	29163		30750		31460		8480
<i>Pensioni invalidità Min.</i>	6744		6000		4280		1000
<i>Interni</i>							
<i>Indennità di</i>	7737		8140		8338		0
<i>accompagnamento</i>							
<i>Pensioni ciechi e sordomuti</i>	1724		1770		1800		1000
<i>Pensioni di guerra</i>	2687		2650		2500		0
<i>Altre spese</i>	851		800		880		2000
** Crescita annua del Pil monetario del 5% dal 2000 al 2020.							
* Pensione sociale: integrata nel Minimo vitale, presumibilmente più favorevole.							

La tabella indica altri due momenti temporali a cui sono riferite le spese: il 2000, anno convenzionale per indicare una situazione di medio periodo (al terzo anno dalla riforma), e il 2020, anno convenzionale per indicare una situazione a regime. A partire dal 2000 la spesa per assistenza potrebbe ottenere maggiori risorse per 6000 miliardi, che potrebbero accrescersi ulteriormente in seguito, con un incremento della quota della spesa rispetto al Pil di 0,8 punti.

La spesa è articolata in tre componenti principali: i) la spesa per la creazione di nuovi servizi reali e istituti assistenziali, erogata principalmente a livello decentrato. ii) la spesa per trasferimenti monetari (il minimo vitale e le spese per detrazioni per i figli nell'Irpef); iii) le spese connesse all'inerziale presenza dei vecchi istituti, nell'ipotesi che solo i nuovi flussi di beneficiari siano inseriti nei nuovi programmi di spesa.

Nella spesa per nuovi servizi e istituti, dovrebbero trovare spazio finanziario i servizi integrativi necessari per rendere efficaci a livello decentrato, sia la realizzazione dell'istituto del minimo vitale nel caso di beneficiari inoccupati, sia l'assicurazione per l'inabilità di vecchiaia, sia infine il potenziamento dell'offerta dei servizi agli anziani. Nella spesa per il Minimo Vitale e detrazioni sono inclusi trasferimenti monetari a tale titolo destinati ai beneficiari. Nella spesa per i vecchi istituti sono registrate le proiezioni delle relative spese, tenendo conto dei risparmi che possano derivare dal congelamento di gran parte degli stessi.

A regime le risorse destinate ai programmi assistenziali assorbirebbero il 4,3 % del Pil, un aumento ragionevole e compatibile con il quadro macroeconomico delineato nel capitolo introduttivo di questo Rapporto. Radicale è invece la trasformazione della composizione della

spesa. I vecchi istituti, quasi integralmente di redistribuzione monetaria, sono destinati a scomparire e la spesa verrebbe concentrata nei servizi per circa un terzo del totale; la redistribuzione monetaria è affidata al Minimo vitale e alle detrazioni Irpef.

Nell'anno di avvio le risorse a disposizione dei nuovi programmi di spesa non sono ampie (circa 16500 miliardi), in gran parte derivanti dall'integrazione nei nuovi istituti delle risorse destinate agli assegni familiari e alle pensioni sociali (quasi 14 mila miliardi). Con il passare del tempo, tuttavia, il processo di riforma prende consistenza, anche per l'apporto derivante da altri comparti della spesa di protezione sociale, pensionistica in particolare. A tre anni dall'inizio della riforma le risorse per servizi potrebbero risultare triplicate rispetto al 1995 e il minimo vitale e le detrazioni potrebbero incrementare in misura molto considerevole.

I dati contenuti nella tabella, che rappresentano insieme un esercizio previsivo e programmatico, debbono naturalmente essere assunti con molta cautela. Si tratta di una prima indicazione, un esercizio di simulazione, che lascia tuttavia intravedere la compatibilità di un processo di riforma incisivo con vincoli di risorse piuttosto stretti. La tabella fa anche emergere la lentezza del processo di riforma nella fase iniziale, che costituisce un costo spesso troppo elevato, associato non solo a comprensibili ragioni di gradualità, ma anche a malintese accezioni di diritti acquisiti o a lentezze nei processi di trasformazione delle strutture burocratiche.

**COMMISSIONE PER L'ANALISI DELLE
COMPATIBILITÀ MACROECONOMICHE
DELLA SPESA SOCIALE**

***L'ISTITUTO DEL MINIMO VITALE:
ESPERIENZE E PROPOSTE DI RIFORMA***

a cura di P.Bosi, M.Ferrera, C.Saraceno

Allegato 1 al Documento di base n. 3

Sommario

1. Gli istituti a sostegno di redditi insufficienti: questioni di lessico e di principio; 2. Modelli di minimo vitale nell'Unione Europea; 3. Le proposte di introduzione di un istituto di minimo vitale a livello nazionale in Italia; 4. Le esperienze di Minimo vitale a livello locale; 5. L'introduzione di un istituto di minimo vitale in Italia: proposte e problemi aperti.

1. Gli istituti a sostegno di redditi insufficienti: questioni di lessico e di principio

L'assistenza economica alle persone con risorse insufficienti ha rappresentato una delle prime forme di intervento pubblico in campo sociale: per la maggior parte dei paesi europei le sue origini risalgono al secolo scorso. A partire dagli anni Cinquanta, il consolidamento delle assicurazioni sociali come strumenti di risposta generalizzata ai rischi tipici della società industriale ha progressivamente ridotto il ruolo di questa forma di intervento. L'assistenza è rimasta tuttavia un settore cospicuo anche in seno al welfare state maturo: la protezione più o meno personalizzata nel caso di una vasta gamma di bisogni particolari (dall'handicap alla mancanza di reddito *tout court*) si è anzi affermata come un diritto caratterizzato da gradi di istituzionalizzazione e "automatismo" di poco inferiori a quelli dei diritti sociali standard (pensionistici, sanitari ecc.). Le recenti trasformazioni economiche, sociali e demografiche delle società europee hanno dal canto loro aperto nuovi spazi per le prestazioni di assistenza, che possono dare un contributo importante alla lotta alla povertà (vecchia e nuova) e a tutte le forme di esclusione.

Paragonato a quelli dei paesi europei più avanzati, il settore assistenziale italiano appare come pletorico e lacunoso al tempo stesso. Pletorico per la grande varietà di istituti che esso prevede, ciascuno rivolto a rispondere a una diversa fattispecie di bisogno: pensiamo ad esempio alle prestazioni di invalidità, intesa nel senso più lato del termine. Lacunoso perché al suo interno non trovano adeguata risposta alcuni bisogni, ed in particolare la mancanza di reddito **in quanto tale**, indipendentemente cioè da altre condizioni socio-demografiche. Nel nostro sistema di assistenza non vi è in altre parole quella rete di sicurezza universale, quel "pavimento di protezione" che negli altri paesi europei consente di soccorrere anche le forme di povertà ed esclusione non associate all'età o allo stato di salute delle persone. Chi non ha proprio niente, ma non ricade in una delle (pur numerosissime) categorie di bisogno specifico previste dalla normativa nazionale, regionale o comunale rischia ancor oggi, in Italia, di cadere nel vuoto.

Come colmare questa lacuna? Quale nuova prestazione può completare in modo equo, efficace e finanziariamente sostenibile la rete di assistenza, oggi manchevole, del nostro sistema pubblico di protezione? Si tratta di domande cruciali: e la risposta che verrà data inciderà sulle fondamenta del modello italiano di welfare. Non si tratta tuttavia di interrogativi né nuovi né originali. Da quasi un ventennio, ormai, ruota intorno ad essi un articolato dibattito tra le forze politiche e sociali, fra amministratori, fra esperti. A livello decentrato, sono state effettuate numerose e promettenti esperienze volte a garantire, appunto, un "minimo vitale" a chiunque si trovi in situazione di indigenza, anche a-specifica. Vi sono poi numerose esperienze straniere su cui meditare. La progettazione del nuovo non deve dunque partire da zero, ma può poggiare su una preziosa eredità di idee, proposte ed esperienze concrete.

Tutti i dibattiti che hanno una storia si portano dietro delle parole-chiave, che rimandano a diagnosi e soluzioni diverse dei problemi. Anche il dibattito sul reddito minimo è ricco di parole-chiave: pensiamo alle espressioni "salario sociale", "reddito di cittadinanza", "reddito garantito" eccetera. Prima di passare alla progettazione, appare dunque opportuno proporre alcuni chiarimenti terminologici e concettuali. Nei processi di cambiamento istituzionale, anche il vocabolario può aiutare le riforme.

Cominciamo col dire che, quando si parla di sostegni economici a chi è sprovvisto di mezzi, è consigliabile non utilizzare la nozione di **salario** (come nelle espressioni "salario sociale", "salario minimo garantito", "salario ai disoccupati o agli inoccupati" eccetera). In questo modo si evita di confondere misure di lotta alla povertà e di inserimento sociale con le politiche che riguardano invece le retribuzioni dei lavoratori dipendenti¹. Il termine più appropriato da cui partire è quello di **reddito**, al quale si possono aggiungere varie specificazioni. Le parole-chiave ai fini dell'attuale dibattito italiano sono almeno cinque, che possiamo elencare in ordine di generosità e inclusività decrescente.

Reddito di cittadinanza. E' un'allocazione universale, rivolta a tutti i cittadini senza alcuna distinzione e senza alcuna contropartita. Non solo chi è sprovvisto di reddito, dunque, ma anche i più agiati. Il suo importo dovrebbe essere sufficiente a condurre una vita dignitosa anche senza l'integrazione, in linea di principio, di altri redditi da lavoro o da trasferimento. Questa allocazione sarebbe sostitutiva di quasi tutte le prestazioni (monetarie) delle assicurazioni obbligatorie, di quante più possibile prestazioni di assistenza, nonché di quasi tutte le agevolazioni fiscali. Pur essendo beneficiarie dell'allocazione, le fasce di reddito più abbienti si troverebbero di fatto a restituirla sotto forma di imposta. Secondo i suoi proponenti, il reddito di cittadinanza porterebbe molti vantaggi sia sul piano dell'equità sia sul piano dell'efficienza². Naturalmente, la sua introduzione comporterebbe drastiche trasformazioni istituzionali; la garanzia di importi "dignitosi" richiederebbe a sua volta forti incrementi della pressione fiscale.

Reddito di base. E' una variante indebolita del reddito di cittadinanza. Il suo importo è più modesto (intorno alla soglia di sussistenza o anche più basso, almeno inizialmente) ed esso non sarebbe interamente sostitutivo di tutte le altre prestazioni o agevolazioni. Si tratterebbe in altre parole di uno zoccolo monetario garantito al di sotto di tutti i redditi, da incrementare con altre entrate. Questa prestazione resterebbe però universale e incondizionata (un assegno a tutti), salvo poi ad essere restituita per via fiscale dalle fasce di reddito più elevate. Il reddito di base viene spesso proposto come prima tappa verso il reddito di cittadinanza.

Reddito di partecipazione. Con tale istituto si varca il confine dell'universalità. In questo caso, infatti, i beneficiari non sarebbero più tutti i cittadini incondizionatamente, ma solo quelli

1 La nozione di salario minimo garantito è spesso usata pensando agli istituti vigenti in Francia e denominati SMIG (*salair minimum interprofessionnel garanti*) e SMIC (*salair minimum interprofessionnel de croissance*). Questi due istituti sono tuttavia rivolti ai lavoratori dipendenti occupati e non riguardano gli indigenti in quanto tali. Per questi ultimi è prevista una prestazione distinta e denominata *revenu minimum d'insertion*. Proprio il riferimento al caso francese dovrebbe dunque suggerire di non utilizzare il concetto di salario, bensì quello di reddito.

2 Per approfondimenti su questo dibattito rimandiamo, tra gli altri, a A.B. Atkinson, *Public Economics in Action. The Basic Income/Flat Rate Proposal*, Oxford, Oxford University Press, 1995; S.Brittan, *Capitalism with a Human Face*, Aldershot, Edward Elgar, 1995; J.M. Ferry, *L'allocation universelle. Pour un revenu de citoyenneté*, Parigi, Cerf, 1995; J.Meade, *Full Employment Regained?*, Cambridge, Cambridge University Press; P. Van Parijs, *Real Freedom for All*, Oxford, Oxford University Press, 1995.

che partecipano ad attività lavorative, formative o di cura. A tutti questi cittadini verrebbe corrisposto un assegno a somma fissa, indipendentemente dal reddito o da altre condizioni (come nel caso del reddito di cittadinanza o di base). Ma verrebbe anche richiesta una qualche contropartita in termini, appunto, di partecipazione. Chi non è disponibile alla contropartita e sceglie di non impegnarsi in nessun modo rilevante e socialmente riconosciuto per la collettività non riceverebbe l'assegno.

Reddito minimo garantito. Consiste in un sussidio non categoriale, non contributivo, selettivo e condizionato. Esso spetta solo a coloro che sono sprovvisti di mezzi, indipendentemente da altri criteri (stato di salute, età, status occupazionale eccetera). E' subordinato all'accertamento delle risorse del richiedente (il cosiddetto *means test*). E di norma viene erogato sotto condizione : ricerca attiva di un'occupazione, frequenza di corsi di formazione o studio, lavori socialmente utili, effettivo impegno in attività di cura (dei figli, di anziani o inabili eccetera). Naturalmente nessuna contropartita viene richiesta a chi non può fornirla per motivi anagrafici o di salute. Il suo importo dovrebbe garantire come minimo la sussistenza. Idealmente, e operando in stretta connessione con il sistema fiscale, esso dovrebbe sollevare i propri beneficiari al di sopra della soglia di povertà.

Imposta negativa sul reddito. In senso stretto, questo termine connota qualsiasi imposta o schema di agevolazione fiscale che preveda trasferimenti positivi (un assegno) a tutti quei contribuenti il cui reddito è al di sotto di una data soglia imponibile. Una eventuale imposta/schema agevolativo di portata universale (applicabile cioè a tutti i cittadini) che preveda un trasferimento positivo minimo d'importo pari alla soglia di sussistenza (o più elevato) potrebbe sussumere, di fatto, l'istituto precedente. L'unica differenza rispetto ad un regime autonomo di reddito minimo garantito sarebbe di natura amministrativa e gestionale. Sul piano concettuale, i confini fra uno schema di reddito minimo garantito ed uno di imposta negativa sul reddito non sono molto marcati : e, anche senza arrivare alla loro piena coincidenza, fra i due istituti possono esservi numerosi punti di contatto e forme di parziale integrazione.

Effettuate queste distinzioni terminologiche e analitiche, possiamo ora avviare la discussione, partendo da alcune considerazioni di carattere generale.

Come è facile capire, i primi tre istituti (reddito di cittadinanza, reddito di base e reddito di partecipazione) sono i più ambiziosi e innovativi non solo rispetto allo status quo italiano, ma anche rispetto all'intera tradizione del welfare state europeo. Essi sollevano tuttavia enormi implicazioni sul piano etico, su quello politico-istituzionale e su quello economico. Nessun paese ha introdotto finora misure del genere - anche se sono state già fatte, in alcuni paesi, articolate simulazioni applicative. Non è da escludere (per molti sarebbe addirittura auspicabile) che lo stato sociale si incammini su questa strada nel corso del ventunesimo secolo. In questa prospettiva va senz'altro incoraggiato un dibattito serio, anche nel nostro paese. A fini propositivi ed operativi, è opportuno tuttavia concentrare l'attenzione sul reddito minimo garantito e sull'imposta negativa sul reddito: e soprattutto sulle possibili sinergie fra i due istituti.

A prima vista, il reddito minimo garantito può dare l'impressione di uno strumento antiquato, non molto diverso dai tradizionali sussidi ai poveri, poco efficaci e molto stigmatizzanti. Ma non è così, per almeno tre ragioni. Innanzitutto, laddove esiste uno schema moderno di reddito minimo garantito, chi ne fruisce non riceve un sussidio caritativo, ma esercita un vero e proprio diritto soggettivo di cittadinanza, tutelato e disciplinato dalla *rule of law*. In secondo luogo, si tratta di una prestazione definita in base a criteri universalistici e standardizzati, sottratta alla pura e semplice discrezionalità dell'amministrazione (e dell'amministratore) erogante e immune all'aleatorietà delle risorse di bilancio di quest'ultima. In terzo luogo, gli schemi moderni di reddito minimo garantito sono affiancati da articolate misure di accompagnamento, volte a re-integrare i beneficiari nel tessuto sociale ed economico circostante. Il principale obiettivo di questi schemi è l'inclusione, non la segregazione dei bisognosi. Come si vedrà più oltre, l'effettivo rispetto di questi tre criteri consentirebbe un vero e proprio "salto qualitativo" per le prestazioni di assistenza economica nel nostro paese. L'istituto del *minimo vitale*, già vigente da tempo in quasi tutte le nostre regioni, se ricorda il reddito minimo garantito nel suo obiettivo generale di fornire una rete ultima di protezione per tutti, se ne differenzia per il carattere ancora largamente discrezionale e aleatorio delle erogazioni (cfr. infra).

Naturalmente, come accade a tutte le tecnologie istituzionali, anche il reddito minimo garantito può funzionare in maniera più o meno equa, efficace ed efficiente a seconda dei modi in cui è congegnato e soprattutto a seconda dei contesti sociali, economici, culturali e politici in cui viene applicato. A certe condizioni, può generare stigma, trappole della povertà e della disoccupazione, comportamenti opportunistici o di "azzardo morale". Non si tratta di effetti necessari, ma solo possibili e dunque potenzialmente evitabili. Poiché, anche in questo caso, le parole sono importanti, prima di procedere è opportuno effettuare delle chiarificazioni. Se si identifica in anticipo una minaccia potenziale, è infatti più facile evitarla.

Stigma. Si tratta di una valutazione negativa, di un sentimento di riprovazione associato all'erogazione e/o alla percezione di prestazioni non contributive riservate ai "bisognosi". Può riguardare una prestazione in quanto tale, solo certe sue caratteristiche, le sue modalità applicative, certe tipologie di beneficiari o altro ancora. Una programma sociale stigmatizzato o stigmatizzante non è un buon programma. Esso tende a segregare invece che integrare, e può disincentivare l'effettiva fruizione (*take up*) delle prestazioni da parte di potenziali beneficiari che, pur trovandosi in condizione di bisogno, desiderano evitare lo stigma. Una certa misura di stigma è probabilmente inevitabile negli schemi basati sulla verifica dei mezzi. Ciò dipende più dal modo in cui le nostre società si pongono (culturalmente e normativamente) di fronte al problema della povertà che non dallo strumento istituzionale (il *means-test*) in quanto tale. I fenomeni di stigma possono essere contrastati con opportune politiche di informazione e comunicazione. Essi tendono ad essere di per se stessi tanto più contenuti quanto maggiori sono l'efficacia e l'efficienza degli schemi *means tested* nell'allontanare i propri beneficiari dalla povertà e dalla disoccupazione e nel contrastare comportamenti opportunistici.

Means test / verifica dei mezzi. E' un ingrediente chiave dell'istituto del reddito minimo, in quanto serve a selezionare i beneficiari e dunque a mirare la prestazione verso i casi di effettivo bisogno. I problemi relativi alla verifica dei mezzi sono di due tipi: problemi di "disegno" e problemi di "applicazione". I primi si riferiscono alle regole che stabiliscono quali mezzi vanno presi in considerazione, con riferimento a quale unità. Si verifica solo il reddito o anche il patrimonio? Nel primo caso la verifica assume il carattere limitativo dell' *income test*, più che del *means test*. In che misura si deve tener conto dei redditi e del patrimonio dei familiari? Occorre insistere affinché i richiedenti consumino tutte le proprie risorse reddituali e patrimoniali prima di concedere la prestazione oppure è opportuno concedere delle "franchigie" (*disregards*)? I problemi di attuazione riguardano invece le modalità concrete di verifica delle condizioni stabilite e i successivi controlli. Questo secondo tipo di problemi assume rilevanza cruciale in quei contesti ove è più ampia l'economia sommersa e dunque l'evasione fiscale e dove l'amministrazione pubblica incontra maggiori difficoltà nell'accertare redditi e patrimoni dei cittadini.

Trappole della povertà e della disoccupazione. Sono sindromi in cui possono venire a trovarsi ipotetici beneficiari di reddito minimo garantito con scarse qualifiche professionali. Accettando un lavoro a basso salario, queste persone perderebbero la prestazione, finendo per trovarsi in condizioni solo marginalmente migliori di prima in termini di reddito e dunque sempre in povertà. Questa trappola può operare anche a livello familiare, rendendo non conveniente il lavoro (magari un'occupazione a tempo parziale) da parte di un componente del nucleo (tipicamente donna o giovane). L'incremento del reddito del nucleo familiare rischia infatti di far perdere il diritto al sussidio o di ridurlo di ammontare equivalente ("lira per lira"). Se mal congegnato, l'istituto del reddito minimo garantito può dunque intrappolare i suoi beneficiari intorno alla soglia di povertà e addirittura incentivare la disoccupazione. Per contrastare queste trappole, occorre disegnare percorsi "intelligenti" di transizione dall'assistenza sociale al lavoro, che prevedano ad esempio franchigie fiscali per le prime quote di reddito guadagnato (i cosiddetti *income disregards*), schemi di imposta negativa sul reddito, forme di sussidio ai salari più bassi (i cosiddetti *in-work-benefits*) eccetera.

Trappola della dipendenza. Chi passa dall'assistenza al lavoro abbandona un reddito da trasferimento magari molto basso, ma certo e regolare per un reddito da lavoro magari un po' più alto, ma probabilmente più incerto e irregolare (occupazioni a termine, part-time, stagionali ecc.). Se le prestazioni previste da eventuali imposte negative sul reddito o altri schemi di sussidio ai bassi salari non "scattano" subito o se l'eventuale ri-acquisizione del reddito minimo richiede tempo, può diventare più conveniente per i beneficiari rinunciare al lavoro e continuare a percepire il sussidio. Di nuovo, l'emergenza di questa trappola può essere contrastata da opportuni accorgimenti istituzionali e organizzativi: ad esempio modalità di accertamento dei requisiti rapide, personalizzate e flessibili.

Opportunismi e frodi. Per certi aspetti, si tratta di "rovesci della medaglia" rispetto alle trappole appena illustrate. Stante la disponibilità di una prestazione monetaria minima garantita, i suoi beneficiari (potenziali) possono deliberatamente adottare strategie comportamentali volte

a sfruttare la prestazione sempre e comunque nei termini "massimi" previsti, fino ai limiti del lecito (o anche oltre). Combinazioni improprie fra trasferimento e altri redditi, veri e propri occultamenti, sindromi collusive tra lavoratori e datori di lavoro senza scrupoli o tra beneficiari e funzionari erogatori e dunque episodi di abuso, corruzione, concussione, scambio clientelare o frode: questi sono alcuni dei fenomeni perversi che possono accompagnarsi all'istituto del reddito minimo garantito, come a molte altre prestazioni monetarie. Il rischio di fenomeni di questo tipo è particolarmente elevato in Italia, stanti le tradizioni "particolaristico-clientelari" del nostro sistema di welfare. Anche qui, si tratta di disegnare circuiti decisionali e di controllo intelligenti, per quanto possibile capaci di prevenire le degenerazioni opportunistiche.

Avendo chiarito il vocabolario e messo a fuoco le principali "promesse" ma anche i possibili effetti perversi del reddito minimo garantito, è opportuno ora passare ad una sintetica rassegna delle principali esperienze effettuate su questo terreno, sia all'estero che nel nostro paese a livello decentrato.

2. Modelli di minimo vitale nell'Unione Europea

Entro l'Unione Europea, oltre che in Italia, solo in Grecia è assente una misura di minimo vitale a livello nazionale che non riguardi solo gli anziani e gli invalidi civili. Il Portogallo, che si trovava in una situazione analoga, nel 1996 ha introdotto a livello sperimentale il minimo vitale in alcune aree del paese. Per rappresentare la varietà di situazioni a livello di impianto istituzionale, di grado robustezza dei diritti soggettivi riconosciuti, di individuazione dei beneficiari, di vincoli o contropartite richieste agli stessi, sono stati scelti cinque casi nazionali: Svezia, Germania, Francia, Spagna e Portogallo.³

Dato che il minimo vitale non può essere considerato al di fuori della organizzazione complessiva della protezione sociale, per ciascun paese abbiamo ricordato sinteticamente le caratteristiche principali, in particolare per quanto riguarda l'indennità di disoccupazione e l'esistenza o meno di una pensione di vecchiaia di base, non contributiva.

Anche un excursus così forzatamente sintetico segnala non solo la varietà dei modi in cui ciascun paese ha storicamente sviluppato il proprio sistema di protezione, con particolare riguardo alla povertà, ma anche come l'intreccio tra previdenza e assistenza (in senso stretto) non sia un fenomeno solo italiano, al contrario. Ciò può forse indurre a riflettere criticamente su quanto vi sia di necessario - in termini di razionalizzazione e di equità - e quanto vi sia viceversa di artificioso e forse potenzialmente rischioso nell'operare distinzioni nette là dove sono stati costruiti equilibri delicati che non possono essere toccati senza valutarne gli effetti, non necessariamente tutti benefici e voluti, sul sistema complessivo.

3 Per stendere queste note ci siamo avvalsi soprattutto dello studio di T. Eardley, J. Bradshaw, J. Ditch, J. Gough, P. Whiteford, *Social Assistance in OECD Countries*, London, HMSO, 1996, vol. II, *Country Reports*. Questa fonte è stata integrata con i dati rinvenibili sul bollettino del MISSOC e con le informazioni raccolte per una ricerca su "Evaluation of Income Support Policies at the Local Urban Level" (ESOP), finanziata dalla Commissione delle Comunità Europee, DGXII, entro il programma di Targeted Socio-Economic Research, che ha per oggetto questi stessi cinque paesi e di cui Chiara Saraceno è coordinatrice.

Svezia

Chiunque non disponga di risorse sufficienti per avere uno standard di vita adeguato ha in linea di principio diritto ad un sussidio. Si tratta di un diritto legale, che deve essere soddisfatto dal comune di residenza dell'interessato. Servizi gratuiti possono integrare l'assistenza sociale ed è responsabilità del comune determinare come meglio fare fronte ai bisogni di un determinato individuo.

Va comunque ricordato che in Svezia la maggior parte delle forme di garanzia del reddito sono a carattere previdenziale. In particolare, dati gli alti tassi di occupazione sia maschile che femminile, l'indennità di disoccupazione - pur legata nell'ammontare al livello dei salari pregressi - copre la maggior parte delle persone prive di reddito perché disoccupate. La disoccupazione giovanile è in aumento, ma la disoccupazione di lungo periodo è relativamente ridotta e stabile nel tempo.

Esiste una pensione di base universalistica non contributiva (detta pensione dei cittadini) cui si aggiunge eventualmente la pensione occupazionale. Per questo sono pochi gli anziani che si trovano in condizioni di reddito tali da aver bisogno di assistenza economica.

Riferimenti normativi e obiettivi. La legge sui servizi sociali del 1982 stabilisce il diritto dei singoli al sostegno da parte del settore socio-assistenziale locale. Questo deve garantire ai richiedenti un "ragionevole" standard di vita, allo stesso tempo incoraggiandone l'autonomia. La legge definisce il diritto a livello nazionale, ma l'amministrazione di questa misura è di competenza locale. Il Dipartimento nazionale per la salute e l'assistenza (National Board of Health and Welfare) elabora criteri generali nazionali per definire le condizioni che danno luogo al diritto, ma i comuni hanno un certo grado di discrezionalità sia nel precisare tali criteri sia nel definire l'ammontare della prestazione e le eventuali integrazioni in servizi.

Criteri generali. Il diritto nasce dopo che sono state esaurite tutti gli altri mezzi per procurarsi un reddito, inclusa, nella maggioranza dei casi, la ricerca attiva di un lavoro. I figli, dai 15 anni in poi, possono fare domanda autonomamente, ma i genitori sono tenuti a mantenere i figli fino al compimento dei 18 anni. Dopo i diciotto anni cessa ogni obbligazione legale. E al di fuori della famiglia nucleare ristretta - genitori e figli minori - non esiste altra figura di "familiare tenuto agli alimenti".

Criteri di residenza e di nazionalità. Per aver diritto a questo sostegno economico occorre avere residenza legale nel paese; ma il diritto scatta dal momento in cui si prende residenza (ovvero non c'è un periodo minimo al di sotto del quale non si ha diritto, anche se residenti). A proposito di quest'ultima si ricorda che i cittadini di altri paesi scandinavi non hanno bisogno di permessi di residenza o di lavoro ed hanno diritto al sostegno se necessario. Nel caso di cittadini della EU valgono le regole EU. I cittadini di altri paesi devono avere permessi di residenza e di lavoro per risiedere legalmente in Svezia. Tali permessi di norma sono concessi solo a parenti stretti, studenti che frequentano un corso di studi, figli adottivi. nel 1993 solo 159 persone hanno ottenuto un permesso di residenza per motivi di lavoro.

Gli assegni di assistenza sociale non possono essere fruiti se il beneficiario sposta la propria residenza in un altro paese.

Durata del diritto. Fino a che dura il bisogno ed esistono le condizioni che danno luogo al diritto

Disponibilità al lavoro e politica del mercato del lavoro. I beneficiari devono cercare attivamente un lavoro ed essere disponibili ad accettare anche lavori per i quali sono sovra-qualificati. Questo requisito cessa solo allorché si raggiunge l'età pensionabile (e si accede alla pensione di base), oppure quando esiste un documentato impedimento al lavoro. La severità nella verifica del requisito della disponibilità al lavoro di fatto varia da una città all'altra.

Questo requisito vale anche per i genitori (per lo più madri) soli. In questo caso, tuttavia, perché la persona possa essere considerata per un lavoro, e quindi anche per l'assistenza economica, occorre che siano garantiti servizi per la cura dei bambini. Dal 1993 i comuni sono stati obbligati a fornire servizi di cura per i bambini dai 18 mesi in su. Va osservato che in Svezia il tasso di occupazione tra le madri sole è più elevato di quello delle sposate (n.b.: in Svezia è possibile distinguere tra madri sole e madri conviventi con un partner, anche se non sposate, distinzione non sempre facile negli altri paesi, anche a livello statistico).

L'indennità dei genitori rende possibile ai genitori soli stare a casa con l'80% del salario per 360 giorni dopo la nascita del bambino. Inoltre esse hanno diritto ad altri 90 giorni con una indennità di circa 90 corone al giorno. Durante questi 450 giorni, quindi, non devono essere disponibili al lavoro, anche se ricevono una qualche forma di sostegno economico (in aggiunta alle indennità sopra citate). Il requisito scatta solo dopo. Se un genitore solo riceve l'assegno di assistenza sociale, il comune deve o fornire gratuitamente la cura dei bambini, o tenerne conto nel calcolare l'assegno.

Le prestazioni economiche non sono accompagnate da nessun particolare requisito o servizio di integrazione sociale o economica (a parte la ricerca di lavoro). Tuttavia alcuni comuni possono offrire ai beneficiari lavori temporanei (del tipo cantieri di lavoro) o servizi di addestramento alla ricerca di lavoro. Possono anche offrire piccole somme addizionali a chi si impegna in qualche servizio di utilità collettiva. La Corte Amministrativa Suprema, in ogni caso, ha stabilito che a nessuno può essere negato il sostegno economico a seguito della indisponibilità a partecipare a cantieri di lavoro o dell'abbandono o mancato completamento di programmi di riabilitazione. Le prestazioni possono essere viceversa sospese in caso di indisponibilità al lavoro.

Chi riceve assistenza economica può lavorare senza perderla, anche se è probabile che un lavoro a pieno tempo fornisca un reddito tale da far perdere il titolo al beneficio. L'assistenza di solito è una integrazione di altri redditi. Tuttavia i lavoratori autonomi di solito non riescono a ricevere l'assistenza economica: se non possono mantenersi adeguatamente attraverso il lavoro autonomo, sono obbligati a cercarsi un lavoro dipendente. Solo in questo caso, ovvero se sono disponibili a prendere un lavoro dipendente e non ci riescono o non dà loro un reddito sufficiente, hanno diritto alla assistenza economica.

L'unità beneficiaria di riferimento. E' identica all'unità per la valutazione delle risorse a fini fiscali: è basata sull'individuo o sulla famiglia nucleare. Chiunque dei due partner in una coppia può chiedere l'assistenza per la famiglia e di norma il beneficio è pagato a quella persona. Tuttavia può essere la famiglia a nominare la persona cui il beneficio va pagato.

I figli naturali, i figli del partner, i figli affidati e adottivi possono essere inclusi nella richiesta di assistenza. Anche i nipoti (di nonni) possono essere inclusi, ma solo se i nonni ne hanno l'affidamento.

I genitori hanno la responsabilità del mantenimento dei figli minorenni. Se i figli all'età di 18 anni sono ancora nella scuola media superiore, i genitori mantengono la responsabilità per il mantenimento fino a che hanno completato gli studi e al più tardi fino a 21 anni. Perciò, fino a questa età, i figli sono di norma inclusi come parte della unità di riferimento del genitore. I figli sopra i 18 anni che hanno completato la scuola media superiore sono considerati una unità residenziale autonoma ai fini della assistenza. Ciò vale anche per altri adulti autonomi che vivono con l'unità nucleare, che siano o no in rapporti di parentela con questa.

Due persone non sposate che coabitano *more uxorio* nella maggior parte dei casi vengono considerate una coppia, se vivono assieme da almeno sei mesi (ma a Stoccolma sono considerate tali dal momento in cui iniziano a vivere assieme). Sono considerate una coppia anche se hanno un figlio o se ne aspettano uno.

Un genitore solo è considerato parte di una coppia coabitante ai fini dell'assistenza economica se vive stabilmente con un partner, anche se il grado di controllo di queste situazioni non è chiaro.

Reddito e test dei mezzi. La Svezia ha forse uno dei sistemi più completi di controllo dei mezzi. I redditi degli adulti vengono presi in considerazione per intero, al netto delle tasse. Nessun particolare reddito, o il reddito di nessun gruppo particolare è trattato in modo diverso. I figli non sono ritenuti responsabili per il mantenimento dei genitori, ma (se conviventi) i loro eventuali redditi possono far ridurre l'assistenza economica per quanto attiene alla quota spettante appunto ai figli.

Se un produttore di reddito vive fuori dalla famiglia in un'altra città a motivo del suo lavoro, il suo reddito è preso in considerazione nel calcolare l'assegno per la famiglia. I coniugi sono responsabili del mantenimento l'uno dell'altra e di ciò si tiene conto nel valutare le domande di assistenza. Perciò anche vengono tenuti in conto i redditi di entrambi.

Nel calcolo delle risorse si tiene conto anche dei risparmi e del patrimonio. Per ottenere assistenza temporanea occorre avere esaurito tutte le proprie risorse economiche. Tuttavia, se la commissione locale per l'assistenza ritiene che un richiedente non può ricevere assistenza economica perché possiede la casa in cui vive (che potrebbe essere venduta), questi deve avere una ragionevole possibilità di trovare un'altra abitazione. Inoltre deve avere un tempo ragionevole, di solito sei mesi, per poter appunto vendere l'abitazione. Se la richiesta di assistenza non riguarda un periodo breve, anche l'eventuale automobile v venduta, perché anche questa è considerata un bene finanziario. Tuttavia si può mantenere il possesso di un

mezzo di trasporto se questo è necessario per lavorare e i trasporti pubblici non sono adeguati.

Livelli di sostegno. Nel 1985 è stato introdotto uno standard nazionale basato su elementi che sono inclusi nel bilancio delle famiglie preparato dalla Commissione Nazionale delle Politiche per i Consumatori. Nel 1992 L Corte Suprema Amministrativa decretò che questo standard dovesse costituire la base per valutare quale dovesse essere un ragionevole standard di vita ai fini della assistenza sociale. Esso viene rivalutato ogni anno sulla base dell'inflazione. L'assistenza sociale non è indicizzata automaticamente ai prezzi; prende in considerazione anche i cambiamenti nei modelli di consumo sulla base delle indagini sui consumi delle famiglie.

La Commissione Nazionale per L'Assistenza Sociale definisce anche la linea di reddito al di sotto della quale si ha diritto a ricevere assistenza economica.

Se un comune applica un livello inferiore agli standard definiti dalla Commissione nazionale i richiedenti possono ricorrere in giudizio e di solito vincono. I comuni tuttavia sono liberi di decidere se il costo di taluni servizi (luce, telefono, acqua) deve essere calcolato nell'ammontare dell'assegno o invece può essere pagato direttamente dal comune stesso. Il costo dell'affitto di solito è calcolato a parte. L'ammontare preciso dell'assegno pagato è calcolato una volta sottratti i redditi eventualmente disponibili.

Se una domanda di assistenza è rifiutata, la commissione locale deve notificarlo al richiedente, che può fare ricorso alla corte amministrativa della contea. La decisione di quest'ultima può a sua volta essere appellata sia dall'individuo che dalla commissione locale, e portata alla corte d'appello amministrativa.

Il livello standard dell'assegno dovrebbe consentire di coprire le spese di alimentazione, abbigliamento, tempo libero e sport, apparecchiature domestiche e beni di consumo domestico, giornali, telefono, abbonamento televisivo, elettricità e assicurazione domestica, oltre alle cure sanitarie e dentistiche, eventualmente anche i costi di iscrizione al sindacato (che include anche un contributo al fondo di assicurazione contro la disoccupazione). I beneficiari devono pagare le tasse su ogni reddito eventualmente guadagnato, ma l'assegno sociale non è tassato.

Diversi studi hanno rilevato l'esistenza di un ampio raggio di variazione, quindi di discrezionalità, nel definire l'ammontare degli assegni, a parità di circostanze. Ciò sembra dipendere sia dal diverso modo in cui gli assistenti sociali locali valutano il bisogno, sia dal grado in cui, nel definire gli importi, si tiene conto di vincoli di bilancio.

Possono essere anche fatti pagamenti *a tantum* per spese eccezionali (ad esempio mobili). A questi ultimi possono contribuire anche organizzazioni non governative.

I tempi di attesa sono variabili e tendono ad allungarsi (oltre un mese). Ma esiste una raccomandazione a limitare il periodo massimo di attesa a due settimane.

Finanziamento. L'assistenza sociale è finanziata dai comuni, tramite imposte sul reddito locali (circa il 30% del reddito tassabile). Il governo centrale tassa solo i redditi superiori ad un certo livello. I comuni ricevono anche fondi dallo stato per l'assistenza sociale, che tuttavia non

coprono necessariamente tutti i costi. I comuni ricevono anche fondi per coprire le spese dei rifugiati per i primi tre anni.

Un modo in cui i comuni cercano di trasferire i costi dell'assistenza sociale (che è in aumento, anche se riguarda solo lo 0,6 del PIL) è collocare i beneficiari in qualche iniziativa di lavori pubblici di emergenza, che sono numerosi (specie di cantieri di lavoro): costruzione di strade, manutenzione ambientale, ecc., organizzati sia dalla Commissione nazionale del lavoro sia dai comuni, ma finanziati a livello nazionale. Dopo sei mesi in un lavoro di questo genere i beneficiari possono riottenere l'indennità di disoccupazione per 300 giorni. Se tornano in un cantiere di lavoro nel 299esimo giorno e lavorano per altri sei mesi, possono di nuovo ricevere l'indennità di disoccupazione, spostando così il costo dell'assistenza sociale sulla previdenza.

Take up. Si stima che circa la metà dei potenziali aventi diritto richieda l'assistenza (a fronte di un 12% di famiglie stimate in povertà, solo il 6% ha fatto domanda). Può essere davvero un problema di accesso e stigmatizzazione, ma può anche indicare l'esistenza di risorse nascoste.

Germania

Al fine di comprendere adeguatamente come funziona l'assistenza sociale, e in particolare il Sozialhilfe, in Germania occorre capire preliminarmente come funziona l'indennità di disoccupazione, che è in parte basata sulla previdenza, in parte sulla assistenza. Perciò ogni mutamento in questa indennità ha effetti diretti sulle domande di assistenza e sulla spesa relativa in un periodo di elevata disoccupazione. La disoccupazione è definita come la disponibilità a lavorare a pieno tempo lavorando viceversa meno di 18 ore alla settimana. Per aver titolo alla principale indennità di disoccupazione (Arbeitslosengeld) un richiedente deve aver lavorato e pagati i contributi per un equivalente di 360 giorni lavorativi nei tre anni precedenti. A queste condizioni, una indennità non sottoposta alla prova dei mezzi è pagata per un periodo tra le 17 e le 52 settimane, a seconda della storia lavorativa/contributiva del beneficiario. Per i lavoratori più anziani il periodo può arrivare a 104 settimane. Fino al Gennaio 1995 l'indennità era il 68% del guadagno netto precedente per chi aveva figli e 63% per chi non ne aveva. L'importo viene ridotto in caso di disoccupazione volontaria. Ora la copertura è rispettivamente del 67% e 60% .

Chi ha esaurito il diritto alla indennità di disoccupazione, o non lo ha mai acquisito, può chiedere l'assistenza per la disoccupazione (Arbeitslosenhilfe): un beneficio ibrido, tra assistenza e previdenza. Fino al gennaio 1995 copriva il 58% del salario precedente ai lavoratori con figli e il 56% a quelli senza figli. Ora la copertura è rispettivamente del 57% e 53%. E' subordinato ad una prova dei mezzi simile a quella per il Sozialhilfe, ma meno severo. Ma in molti casi questa indennità per i disoccupati con familiari a carico è inferiore al livello dell'assistenza. E' finanziata dalle imposte.

Il Sozialhilfe è inteso come misura temporanea in periodi di crisi, tesa ad "aiutare ad aiutarsi". Ha due elementi: Hilfe zum Lebensunterhalt - assistenza generale - e Hilfe in besonderem Lebenslagen - assistenza per persone in particolari circostanze. La prima

fornisce pagamenti regolari per un periodo illimitato di tempo (purché le condizioni persistano) e costituisce un diritto legale, esigibile. Include anche somme ad hoc per abbigliamento, mobili ecc., per i quali deve essere fatta domanda. La seconda copre aiuti particolari per ciechi o inabili, per anziani, per persone senza assicurazione sanitaria o altri con problemi particolari. Alcuni di questi bisogni particolari configurano un diritto alla assistenza, altri sono discrezionali.

Riferimenti normativi e obiettivi. L'atto istitutivo dell'assistenza sociale stabilisce che "scopo dell'assistenza sociale mettere in grado il beneficiario di vivere una vita corrispondente alla dignità umana"

L'assistenza sociale tedesca è stata descritta come "la rete di protezione al di sotto della rete di protezione. Dovrebbe garantire coloro che non hanno diritto a benefici previdenziali o ad altre forme di compensazione sociale dal rischio di cadere in povertà. In via di principio è concessa solo in ultima istanza :

- quando una persona non può più provvedere a se stessa (incluso tramite l'occupazione, per gli abili al lavoro)
- quando la famiglia non è più in grado di provvedere al mantenimento
- dopo che sono state esperite le obbligazioni dei terzi (inclusa per esempio, l'indennità previdenziale)
- quando non è possibile fruire di altri benefici.

A livello federale la responsabilità è del Ministero della Sanità; ma l'implementazione è affidata per legge ai Länder, che a loro volta possono delegare parte dell'amministrazione alle autorità distrettuali e municipali. La legge federale fornisce un quadro nazionale di diritti legali, ma l'atto istitutivo stabilisce che "la natura, forma e misura dell'assistenza sociale sarà ispirata alle speciali caratteristiche del caso individuale e alla persona del beneficiario, alla natura dei suoi bisogni e alle circostanze locali. I Länder e le autorità locali hanno così un certo grado di discrezionalità. Le variazioni nei criteri nel definire gli importi stanno all'interno i limiti posti dalla legge Federale. I benefici sono finanziati quasi per intero dagli enti locali (circa l'80%) e dai Länder (circa il 19%).

Condizioni generali. In linea di principio la legge dà un diritto legale alla assistenza sociale a qualsiasi persona in stato di bisogno, a prescindere dall'età o nazionalità, che si trova sul territorio della Repubblica Federale. In teoria, perciò, l'assistenza sociale è disponibile per gli individui, senza limite di età inferiore, così che i minori potrebbero fare domanda per conto proprio. In pratica, tuttavia, le richieste dei minori sono fatte tramite il loro responsabile legale; anche se degli adolescenti che dimostrino di trovarsi in uno stato di totale disgregazione familiare e di separazione dai propri genitori possono fare domanda per conto proprio.

Gli studenti non hanno titolo al beneficio e ci si aspetta che siano mantenuti dai genitori fino al compimento del diploma. Sono disponibili borse di studio sulla base della verifica dei mezzi; ma anche gli studenti che non possono ricevere una borsa di studio non possono chiedere l'assistenza sociale.

Residenza e nazionalità. In linea di principio l'assistenza sociale è aperta a chiunque risieda in Germania, indipendentemente dalla nazionalità. Ma vi sono numerose sotto-condizioni. Innanzitutto, la possibilità che uno straniero possa fare domanda senza perdere automaticamente il diritto di rimanere nel paese dipende dai complessi aspetti della legge sulla immigrazione e dal diverso status che i cittadini stranieri hanno sulla base di accordi bilaterali. Non vi è viceversa il requisito di una durata minima di residenza. Molti lavoratori stranieri, o Gastarbeiter, non hanno il diritto di richiedere la cittadinanza tedesca per quanto a lungo abbiano risieduto nel paese.

I cittadini EU che si trovano come lavoratori in Germania possono ricevere il sussidio per un periodo massimo di sei mesi, se perdono il lavoro. Ma dopo questo periodo sono obbligati a lasciare il paese. Se si pensa che uno straniero si sia recato in Germania al fine di beneficiare del sussidio tale possibilità gli viene rifiutata. L'onere della prova spetta agli uffici di assistenza sociale. Coloro

che arrivano in Germania per altre ragioni, quali la ricerca di lavoro o il ricongiungimento familiare, hanno lo stesso titolo al beneficio dei cittadini.

La situazione dei rifugiati è mutata sostanzialmente dopo il 1993. Per il primo anno di residenza hanno diritto all'assistenza sotto forma di beni e servizi, ma non di denaro. Dopo un anno possono ricevere anche il sussidio, ma l'entità di questo può essere ridotta.

Durata del diritto. Non vi è limite di tempo, se durano le condizioni che vi danno luogo.

Disponibilità al lavoro e politiche del mercato del lavoro. I disoccupati che chiedono l'assistenza sociale devono essere disponibili al lavoro o alla formazione professionale ed in teoria dovrebbero accettare qualsiasi lavoro venga offerto loro (anche se in base ad una sentenza della Corte Amministrativa Federale si deve continuare a pagare il sussidio anche ad una persona che ha rifiutato una occupazione adatta, se non ha altri mezzi di sussistenza)

L'esenzione dal requisito della disponibilità a lavorare riguardano le seguenti fattispecie:

- Se il richiedente è fisicamente o mentalmente inabile
- Se un particolare lavoro metterebbe a rischio la possibilità del richiedente di perseguire in futuro quella che in precedenza era stata la sua occupazione principale.
- Se il fatto di lavorare metterebbe a repentaglio l'allevamento di un bambino
- Se il richiedente ha la responsabilità di una casa o della cura di una persona non autosufficiente

Nel caso di genitori soli la pratica normale è di richiedere la disponibilità a lavorare part time una volta che il figlio più piccolo ha raggiunto l'età scolare e full time quanto ha raggiunto i 14 anni.

Fino a qualche anno fa il sistema di formazione professionale e di apprendistato tedesco era riuscito a mantenere la disoccupazione giovanile al di sotto della media europea. Di recente tuttavia anche giovani ad istruzione elevata hanno cominciato a competere per questi posti. Di

conseguenza il governo federale ha rafforzato l'obbligo dei comuni di cooperare con il ministero federale del lavoro nel collocare al lavoro i disoccupati e di creare lavori nel cosiddetto mercato secondario. I comuni hanno due opzioni: possono assumere i beneficiari di assistenza in modo regolare; oppure possono impiegarli in programmi particolari (tipo cantieri di lavoro, lavori di utilità collettiva) che non sono regolati dalla legge sui rapporti di lavoro e non sono protetti dalla previdenza sociale. In questo caso le persone ricevono l'assistenza sociale più una piccola integrazione (analogamente a quanto avviene in Inghilterra). Dato che questa seconda opzione è meno costosa, è divenuta anche la più frequente, specie in passato. Di recente tuttavia è aumentata la creazione di lavori regolari, anche perché il legame con la previdenza consente a questi lavoratori, una volta cessato il programma particolare, di essere coperti dalla indennità di disoccupazione, che è finanziata a livello federale, con un risparmio per le finanze locali.

Sono anche previste (dal 1994) misure di sostegno all'occupazione di persone difficilmente impiegabili, inclusi sussidi temporanei ai salari del valore dell'indennità di disoccupazione o della assistenza.

Nel caso dei lavoratori autonomi il requisito della disponibilità al lavoro è meno rigido. In particolare, non si ritiene che debbano essere forzati nello status di lavoratori dipendenti. Al contrario è stato introdotto un beneficio temporaneo (per sei mesi), allo stesso livello dell'indennità di disoccupazione, per coloro che intendono iniziare un lavoro autonomo.

Nonostante , a parte la disponibilità al lavoro o alla formazione, non vi sia alcun esplicito requisito di integrazione sociale, negli anni recenti c'è uno sforzo crescente in direzione di servizi di consulenza e prevenzione.

L'unità beneficiaria di riferimento. E' costituita dal richiedente, più il partner nel caso di una coppia, e i figli a carico. Il principio di sussidiarietà, tuttavia, significa che la unità di risorse (le persone su cui ci si può aspettare che il richiedente si appoggi per ricevere sostegno) può essere più ampia della famiglia immediata.

Persone di sesso opposto che vivono nella stessa casa (esclusi i fratelli/sorelle) vengono considerati coabitanti se condividono risorse e vivono alla maniera di coniugi, anche se la cosa è stata oggetto di grandi dibattiti. Viceversa persone dello stesso sesso non sono trattate come coabitanti. Chi divide una abitazione è trattato come richiedente singolo ai fini dell'assistenza sociale, ma i costi dell'abitazione sono trattati come divisi.

Prova dei mezzi. L'unità di valutazione dei mezzi è la famiglia - in generale il richiedente più le persone che dipendono immediatamente da questi (partner, figli). Tuttavia il Sozialhilfe ha un principio di responsabilità reciproca tra le generazioni. Ciò significa che persone che giovani che non risiedono più con i genitori dovrebbero innanzitutto chiedere aiuto a questi ultimi prima di rivolgersi alla assistenza sociale. Analogamente ci si aspetta che gli adulti aiutino un genitore anziano che ha chiesto assistenza. Se ciò avviene in pratica, tuttavia, dipende dalle circostanze individuali. Nel diritto di famiglia i parenti tenuti agli alimenti sono gli appartenenti alle due generazioni più prossime (genitori e figli).

Si tiene conto della maggior parte dei redditi : la maggior parte dei benefici previdenziali, incluso l'assegno per i figli, benché quest'ultimo venga trattato come reddito solo al fine di determinare l'importo dell'assegno assistenziale per i figli . E' contato anche l'assegno di mantenimento per i figli da parte di un parente tenuto, ma non le borse di studio. Alcuni sussidi e indennità viceversa non sono contati: il sussidio per la casa, l'indennità di accompagnamento, ecc.

I redditi da lavoro sono contati al netto delle tasse e dei contributi e dei costi di produzione del reddito. L'esatta determinazione dei costi riconosciuti è discrezionale, anche se alcuni Länder hanno definito ammontari standard. Al fine di incentivare al lavoro, al sussidio viene aggiunto un "supplemento lavorativo", del valore di circa il 30% della quota di sussidio per il capofamiglia e vale solo per una persona nella coppia, di solito l'uomo (per averlo lei, la donna dovrebbe nominarsi capofamiglia, ma ciò avviene raramente).

Risparmi e beni mobili e immobili sono contati e dovrebbero essere consumati prima di accedere all'assistenza. Sono esentati solo le cose di casa essenziali e una piccola somma di risparmi (circa 2.500 marchi). Anche il valore di una casa di abitazione modesta non è considerato.

Livello del sussidio. I livelli sono fissati dai Länder, ma entro un limite superiore e inferiore definiti a livello federale. Il riferimento è al consumo medio di famiglie nel terzo più basso della distribuzione del consumo, indicizzato ai prezzi.

I pagamenti sono su base mensile. C'è una quota per il capofamiglia e quote aggiuntive, basate sull'età, per i familiari a carico, inclusi il partner e i figli. Gli anziani, i portatori di handicap, i genitori soli e altre categorie con particolari bisogni ricevono integrazioni. Possono esserci anche sussidi una tantum per spese speciali.

Chi risiede in istituzioni riceve l'equivalente del costo dell'ospitalità più del pocket money a discrezione delle autorità locali.

Il livello del sussidio è inteso a coprire il costo delle normali spese, incluso il cibo, l'abbigliamento, l'igiene personale, utensili domestici e "i bisogni personali e culturali della vita quotidiana". Se vi si aggiungono le integrazioni e i costi dell'abitazione costituisce una "quasi-linea della povertà".

Il calcolo segue lo schema seguente:

	Percentuale
persona sola o capofamiglia	100
componenti della famiglia:	
- sotto i 7 anni	50 (55 per figli di un solo genitore)
- dai 7 ai 13 anni	65
- dai 14 ai 17 anni	90
- 18 anni	80

Fringe benefits. I contributi obbligatori per la malattia sono pagati automaticamente per chi riceve l'assistenza sociale e ciò vale anche per alcune assicurazioni volontarie, se

“ragionevoli” e per i contributi pensionistici. Le medicine sono gratuite per chi riceve l'assistenza sociale.

Amministrazione e procedure. L'amministrazione avviene a livello locale. I pagamenti sono fatti se possibile in banca.

I beneficiari devono restituire quanto ricevuto impropriamente. Ma possono ricorrere se ritengono che il loro caso non sia stato trattato adeguatamente, fino alla corte amministrativa generale, potendo fruire anche di assistenza legale gratuita.

Ruolo delle organizzazioni non governative. Dato il principio di sussidiarietà, si tratta di un ruolo molto ampio, specie nel campo dei servizi di accompagnamento e consulenza (è una collaborazione normata e imposta per legge).

Sostegni per l'abitazione. Esistono sussidi ad hoc per chi riceve l'assistenza sociale. Inoltre c'è un programma particolare (Wohngeld) che aiuta le famiglie a basso reddito in una situazione di deregolazione degli affitti. E' finanziato pariteticamente dallo stato federale e dai Länder ed amministrato a livello comunale.

Francia

In Francia l'indennità di disoccupazione non è strettamente parte del sistema previdenziale. Amministrato a livello locale, consiste di una parte di copertura obbligatoria, finanziata dai contributi (di fatto uno schema assicurativo) ed una solidaristica, finanziata dallo stato.

Per quanto riguarda l'assistenza sociale, esistono diversi tipi di sussidi diretti a categorie diverse di beneficiari. Solo l'RMI, introdotto nel 1988, è una misura di carattere generale. Tutti insieme vi sono 8 tipi di reddito minimo.

Riferimenti normativi e obiettivi. In assenza di uno schema unificato i benefici di assistenza sociale derivano da leggi separate ed hanno obiettivi diversi (cfr. più avanti).

Gli elementi della assistenza sociale sono tre:

I Minimi sociali. Si tratta di benefici definiti a livello nazionale che teoricamente non sono soggetti a discrezionalità. Funzionano principalmente come integrazioni di pagamenti di previdenza sociale per particolari categorie di persone e sono in generale amministrati dalle organizzazioni assicurative competenti.

Altri benefici basati su una prova dei mezzi. Includono vari sussidi per la famiglia e per la casa.

L'assistenza sociale locale. Si tratta di schemi più discrezionali. Includono l'assistenza in beni e servizi, piuttosto che in denaro.

Il Codice della famiglia e dell'aiuto sociale fornisce il quadro di riferimento legale.

I Minimi Sociali. Caratteristiche generali. Ci sono almeno otto minimi sociali. Sette sono diretti a particolari categorie ed uno - l'RMI - è concepito come "rete di protezione generale" per chi non ha titolo per accedere agli altri. Alcuni sono finanziati dai contributi, altri dallo stato. In linea di principio non vi è discrezionalità amministrativa. Non vi sono variazioni nell'ammontare pagato da una regione all'altra. Gli importi sono tuttavia più bassi nei dipartimenti d'oltremare.

Non vi è una linea ufficiale di povertà di riferimento (e molte ricerche hanno segnalato che il livello dell'RMI è troppo basso).

Per tutti i minimi sociali l'unità di riferimento è la famiglia: non c'è diritto individuale a ricevere il beneficio se si vive con qualcuno, dato che la presenza di un partner o altro membro della famiglia è sempre presa in considerazione nel calcolo delle risorse. L'eccezione è costituita, per definizione dai genitori soli e dalle vedove (nel senso che non vi è altro adulto). Chiunque dei due partner può richiedere il beneficio, ma le persone sotto i 25 anni di norma non hanno diritto: possono ottenere l'RMI solo su domanda particolare e in casi speciali. Le persone sotto i 25 anni di solito hanno accesso solo alla assistenza locale discrezionale.

La presenza di figli non fa differenza per l'ammontare dell'*Allocation d'Insertion (AI)*, del *Minimum Vieillesse (MV)*, dell'*Allocation de Solidarité Spécifique (ASS)*, ma la presenza di figli sotto i 16 anni porta viceversa a una integrazione dell'*Allocation aux Adultes Handicapés AAH* e dell'*Allocation Parent Isolé (API)*. Se studenti o disoccupati i figli sono considerati a carico rispettivamente fino a 18 e a 20 anni. Nel caso dell'RMI i figli possono essere considerati a carico fino a 23 anni.

In tutti i casi si tiene conto del reddito e delle risorse dei richiedenti, ma ciò che è contato e ciò che non lo è varia da un minimo sociale all'altro. In generale l'amministrazione di questi benefici e la loro interazione è molto complessa.

Condizioni generali. I richiedenti il *Minimum Vieillesse*, il *Minimum Invalidité*, e l'*Allocation aux Adultes Handicapés* non devono dimostrare di essere in ricerca attiva di lavoro. Questo è invece un requisito per l'*Allocation d'Insertion* e per l'*Allocation de Solidarité Spécifique*. Essi devono iscriversi alla Agenzia nazionale per l'Impiego. Ciò vale anche per chi riceve l'RMI, ma non è obbligatorio. Sembra non ci siano trappole della povertà in questi minimi sociali, dato che anche chi ha un lavoro può ricevere sussidi per la casa, assegni familiari legati al reddito e copertura assicurativa per la sanità.

Residenza e nazionalità. Esistono rapporti di reciprocità con tutti i paesi EU, le ex colonie e alcuni altri paesi. Tuttavia, mentre l'*Allocation Veuvage*, parte del *Minimum Vieillesse* del *Minimum Invalidité* e dell'*Allocation parent isolé* possono essere anche fruite all'estero, ciò non vale per il resto. I rifugiati possono ricevere alcuni dei minimi, se residenti da almeno tre anni. Quest'ultima condizione non è richiesta per l'RMI. Gli stranieri possono riceverli se in possesso del certificato di residenza o di un permesso di soggiorno temporaneo da almeno tre anni, durante i quali devono aver lavorato in modo ufficiale.

Richiedenti e beneficiari possono ricorrere alle Commissioni locali se ritengono di non aver subito un equo trattamento. Possono appellarsi fino al Tribunale degli Affari della Sicurezza Sociale.

Breve descrizione dei singoli minimi sociali

Minimum Vieillesse. E' un insieme di benefici che riguarda le persone sopra i 65 anni. Spesso costituisce una integrazione alla pensione contributiva. E' erogata dai fondi pensione che vengono rimborsati dallo stato

Allocation aux Adultes Handicapés

Per persone tra i 20 e i 60 anni, con un handicap almeno dell'80% e definiti incapaci di lavorare. Non devono ricevere una indennità di invalidità e le loro risorse devono essere al di sotto di una certa soglia. Ha una durata fino a cinque anni dopo di che le condizioni devono essere rivedute. L'importo massimo è analogo a quello del Minimum Vieillesse.

Allocation de Parent Isolé. Si aggiunge ai normali assegni per i figli. Non vi sono condizioni relative alla disponibilità a lavorare ma l'intero reddito del richiedente è tenuto in considerazione. Se il genitore condivide l'abitazione con una persona adulta dell'altro sesso non è considerata genitore solo. I controlli su questo punto sono più frequenti che per i beneficiari dell'RMI, anche se ci sono di fatto grosse variazioni locali.

Il beneficio è pagato per 12 mesi o fino a che il bambino più piccolo non compie tre anni. E' un sussidio relativamente generoso nell'ammontare : nel 1994 1.081 franchi per il genitore (o donna incinta) più 1.027 franchi per ciascun figlio.

Minimum Invalidité. E' un sussidio diretto a persone malate o invalide a motivi di eventi non connessi al lavoro. Finanziato dalla previdenza E' rinnovabile e non c'è limite di durata. Nel gennaio 1994 una persona poteva ottenere un massimo di 3.192 franchi al mese. Occorre essere residenti ma non c'è requisito di nazionalità.

Allocation Veuvage. Riguarda le vedove con meno di 55 anni che stanno allevando o hanno allevato dei figli. Possono riceverlo solo le vedove di lavoratori dipendenti o agricoltori. E' finanziato tramite contributi. L'importo è decrescente nel tempo e la durata massima è tre anni. Se la richiedente aveva almeno 50 anni al momento della vedovanza, è possibile una estensione per altri due anni.

Allocation de Solidarité Spécifique. E' una misura statale per i disoccupati che hanno esaurito i loro titoli alla indennità di disoccupazione (per lo più disoccupati di lungo periodo). Non ci sono chiari requisiti di disponibilità al lavoro, ma i beneficiari devono aver lavorato almeno cinque anni nei dieci anni precedenti. E' concessa per periodi rinnovabili di sei

mesi e non vi sono limiti di durata. E' finanziata per due terzi dallo stato e per un terzo da contributi dei dipendenti pubblici ed è amministrata dal dipartimento per la disoccupazione delle assicurazioni sociali. C'è un massimo giornaliero (circa 73 franchi), che tuttavia può essere aumentato in circostanze particolari.

Allocation d'insertion. Ha perso progressivamente importanza da che i giovani tra i 16 e i 25 anni e le madri sole con una storia lavorativa troppo breve (i due gruppi target originari) non possono più riceverlo. Al momento lo richiedono le categorie di persone che non hanno titolo né all'Indennità di disoccupazione né all'Allocation de solidarité spécifique. E' finanziato per due terzi dallo stato e un terzo dai contributi dei dipendenti pubblici. La durata massima è 12 mesi.

Revenue Minimum d'Insertion. Introdotto nel 1989 come misura di ultima istanza per disoccupati privi di titolo per altri benefici ha lo specifico obiettivo di aiutare i beneficiari a reinserirsi nel mercato del lavoro o nella società in generale. E' una misura nazionale, amministrata a livello locale dalla Cassa degli assegni familiari, che viene rimborsata dallo stato sulla base delle imposte. La componente di "inserimento" è amministrata e finanziata tramite i Dipartimenti, che devono spendere almeno il 20% del totale in attività di inserimento. Il dipartimento deve anche pagare l'assicurazione malattie dei beneficiari di RMI.

Questa complessa amministrazione provoca tensioni tra i due livelli amministrativi.

Le persone sotto i 25 anni non possono ricevere l'RMI a meno che non abbiano figli o che, se donne, siano incinte. I cittadini non francesi possono riceverlo solo se hanno risieduto in Francia per almeno tre anni. In prima istanza il sussidio pagato per tre mesi, dopo che è stato negoziato un "contratto di inserimento". Può essere rinnovato per periodi dai tre ai 12 mesi, ma senza limiti di durata totale. La crescita della disoccupazione ha posto sotto tensione i bilanci locali, con il risultato che non vi sono abbastanza attività di inserimento (che sono costose) e quindi che una quota crescente di beneficiari non è coinvolta in alcuna attività di inserimento.

L'ammontare massimo pagabile ad una persona sola nel 1994 era 2.298 franchi al mese.

Il diritto al sussidio è valutato sulla base di una verifica dei mezzi, che tiene conto di tutte le risorse della famiglia. Per coloro che abitano in una casa di proprietà o in una casa popolare in cui non pagano l'affitto, o che ricevono un sussidio per l'affitto, l'importo del sussidio è diminuito.

Esiste una tripartizione nell'assistenza : L'aiuto Sociale è fornito sia dallo stato che dai dipartimenti ; l'azione sociale è fornita dalle varie branche del sistema di sicurezza sociale ; i Centri Comunali di Azione Sociale sono di competenza dei comuni più grandi. A livello comunale vengono forniti una serie di servizi a particolari categorie.

Spagna

In Spagna le pensioni sono solo contributive (cioè occupazionali), anche se esiste una soglia minima per coloro che non hanno contributi sufficienti. L'indennità di disoccupazione, legata al

salario precedente, è di durata limitata. Occorre avere almeno un record contributivo di 12 mesi nell'arco degli ultimi sei anni e si può ricevere l'indennità per un massimo di 24 mesi. C'è un tetto massimo ed uno minimo nell'ammontare dell'indennità e questo ammontare è decrescente nel tempo.

Accanto alle misure previdenziali esistono in Spagna una serie di misure non contributive ma non legate ad una prova dei mezzi : gli assegni familiari (molto bassi, analoghi a quelli pagati attualmente agli agricoltori e altre categorie particolari in Italia e non pagati al di sopra di una determinata soglia di reddito - un milione di pesetas all'anno)), sostegno alle famiglie numerose (borse di studio, facilitazioni nei trasporti, priorità nell'edilizia pubblica) e indennità di invalidità.

Per quanto attiene all'assistenza sociale vera e propria, vi sono due grandi aree : a) In primo luogo c'è una serie di benefici di tipo categoriale per specifici gruppi della popolazione, quali l'assistenza disoccupazione temporanea per coloro che non hanno maturato abbastanza contributi o hanno esaurito il periodo cui avevano diritto, le pensioni minime per gli anziani senza una storia contributiva piena e le pensioni di invalidità per gli invalidi che non hanno una copertura contributiva. In secondo luogo c'è uno schema generale di sostegno al reddito - Ingreso Mínimo de Inserción o Renta Mínima), diretto alle persone in età lavorativa, ma applicato diversamente nelle varie regioni (i primi ad introdurlo furono i Baschi). Solo le Baleari non lo hanno ancora introdotto.

Per quanto riguarda questa misura generale le caratteristiche sono le seguenti

Normativa e obiettivi. Non vi è una legge nazionale specifica. Ogni comunità autonoma legifera per se stessa in ambito sociale sulle questioni non coperte dalla previdenza nazionale. La situazione politica attuale è di transizione tra sistema centralizzato e sistema decentrato. La variazione nella implementazione del reddito minimo è molto grande.

Condizioni e requisiti. Occorre che il reddito inferiore della famiglia sia "inferiore a quello che verrebbe dato" (che varia da regione a regione). Il richiedente deve essere disponibile al lavoro ed essere in ricerca attiva di lavoro. In tutte le regioni di norma possono richiedere il sussidio le persone tra i 25 e i 64 anni (a 65 anni un beneficiario ha diritto alla pensione, contributiva o no). I giovani in età inferiore a 25 anni possono ottenerlo se inabili o se responsabili del mantenimento di una famiglia propria.

Residenza e Nazionalità. Di norma occorre essere residenti in quella particolare regione da almeno un anno. Ciò vale anche per cittadini EU e per rifugiati, anche se può essere diverso da una regione all'altra. I rifugiati che non ne hanno diritto ricevono altre forme di aiuto più discrezionali. Non è possibile trasferire il beneficio in un altro paese, e neppure in un'altra regione.

Durata. La durata varia tra sei mesi e un anno nella maggior parte delle regioni, anche se può essere esteso in casi particolari.

Disponibilità a lavorare e politiche del mercato del lavoro. I richiedenti attivi devono iscriversi all'ufficio di collocamento. In ogni regione viene stipulato una sorta di contratto sociale che normalmente include misure per l'integrazione lavorativa, perfezionamento delle abilità professionali, formazione e aggiornamento, consulenza e così via.

I beneficiari possono lavorare, anche se il reddito così guadagnato è dedotto dal sussidio. Sono allo studio meccanismi di controllo più stringenti e requisiti più rigidi.

L'unità di riferimento. E' la famiglia nucleare. Chiunque tra i partner può fare domanda. Due persone di sesso opposto che vivono sotto lo stesso tetto senza alcun legame di parentela o affinità devono dimostrare di coabitare per essere considerati una famiglia. A questo scopo possono ottenere un certificato anagrafico di coabitazione.

Verifica dei mezzi. L'unità di valutazione è la stessa che di riferimento. Pur con variazioni regionali, la maggior parte dei redditi (netti) viene contata. Sono esclusi l'assegno per i figli, l'indennità di accompagnamento, l'indennità di trasporto e l'indennità di maternità. Il reddito dei figli è contato interamente, così come un eventuale assegno di mantenimento per i figli. Il valore della casa di abitazione, se di proprietà, non è conteggiato, ma il beneficiario non deve aver altri beni.

Altre misure legate all'assistenza. Le altre misure assistenziali sono legate al reddito, piuttosto che sottoposte alla prova dei mezzi.

Assistenza per la disoccupazione. Per le persone che non hanno (o non hanno più) l'indennità di disoccupazione e che devono essere disponibili al lavoro. L'ammontare del sussidio dipende dal reddito familiare totale, che non deve superare il 75% del salario minimo di riferimento

Pensioni sociali e di invalidità. Per coloro che non hanno una storia contributiva sufficiente. Gli anziani devono avere più di 65 anni e risiedere legalmente in Spagna da 5 anni. Si tiene conto del reddito familiare.

Gli invalidi - tra i 18 e i 65 anni - devono risiedere in Spagna da almeno 5 anni e devono avere una malattia cronica o disabilità permanente di almeno il 65%. I disabili che richiedono cure continue ricevono una indennità addizionale (pari alla metà della indennità di invalidità per una persona che vive da sola). Per ottenere il supplemento per il partner a carico occorre che due adulti di sesso opposto coabitanti siano sposati.

Diritti dei beneficiari. I richiedenti hanno diritto di appellarsi contro l'autorità locale entro un mese dalla decisione.

Portogallo

Il sistema di sicurezza sociale portoghese si distingue in due aree principali : quella che include le misure di tipo contributivo (disoccupazione e assicurazione malattia di breve periodo, pensioni di vecchiaia e per i superstiti indennità di maternità e assegni familiari, indennità di invalidità); quella che include misure non contributive che forniscono protezione a chi non ha una storia contributiva sufficiente.

Per ottenere l'indennità di disoccupazione occorre aver pagato i contributi per almeno 540 giorni nei due anni precedenti. E' pagabile per un periodo tra i dieci e i 30 mesi, a seconda dell'età. C'è anche una indennità sociale di disoccupazione per chi non ha una storia contributiva sufficiente o ha esaurito la prima indennità. E' necessario che esistano almeno 180 giorni contributivi nell'anno precedente ed è erogata sulla base di una prova dei mezzi.

Fino al 1996, quando è stato introdotto in modo sperimentale in alcune città una forma di reddito minimo, da estendersi all'intero paese alla fine del 1997, non esisteva in Portogallo una misura di questo genere. Esistevano già, tuttavia, alcune misure di tipo categoriale, regolate a livello nazionale, dirette a coprire coloro che non hanno accesso a misure previdenziali e in condizioni di bisogno. Tutte queste misure sono state introdotte nella seconda metà degli anni settanta. Si tratta delle misure seguenti :

- Assegni familiari
- assegno integrativo per minori con handicap
- assegno di puerperio
- pensione per gli orfani
- sussidio per i superstiti
- pensione sociale di invalidità
- sussidio per l'integrazione dei giovani nella vita lavorativa
- pensione sociale di vecchiaia
- integrazione al minimo della pensione

Normativa e obiettivi. Ciascuna delle misure sopra-elencate ha un riferimento normativo diverso. Esse mirano a fornire una garanzia minima di risorse a chi non ne ha di adeguate. La crescente importanza di questo tipo di programmi in una situazione di disoccupazione crescente ha motivato l'elaborazione di una misura di carattere generale, non categoriale, che includesse anche la popolazione attiva, anche per rispondere alla raccomandazione UE (92/442/EEC) : appunto il minimo vitale.

L'amministrazione e i criteri per l'erogazione di tutte le misure è centralizzata.

Condizioni. La condizione è la carenza di reddito, oltre alla appartenenza alla categoria specifica individuata dalla misura particolare. Solo chi richiede il sussidio per l'integrazione dei giovani (tra i 15 e i 18 anni) nella vita lavorativa deve essere disponibile al lavoro ed aver completato i nove anni di istruzione obbligatoria.

I giovani sopra i 15 anni possono richiedere l'assegno familiare per conto proprio.

Residenza e nazionalità. Hanno titolo a ricevere assistenza sociale tutti i cittadini residenti, i cittadini EU residenti e gli stranieri il cui paese ha un accordo bilaterale con il Portogallo.

I rifugiati politici e gli apolidi possono riceverli se residenti in Portogallo da almeno sei mesi.

Durata del beneficio. Varia a seconda del particolare beneficio :

Il sussidio per l'integrazione dei giovani nella vita lavorativa : massimo 15 mesi

La pensione per gli orfani : fino al diciottesimo anno

L'assegno familiare (per i figli) : fino al venticinquesimo anno, se studente

L'assegno integrativo per i minori con handicap : fino al compimento del diciottesimo anno, dopo di che si ha diritto alla pensione sociale di invalidità. Oltre a questo assegno si può ricevere o un sussidio per frequentare scuole speciali, o una indennità di accompagnamento.

Gli altri sussidi e indennità possono essere pagate indefinitamente, fino a che sussiste il bisogno e le condizioni.

Disponibilità al lavoro e politica del mercato del lavoro. Il requisito della disponibilità al lavoro vale solo per i beneficiari del sussidio di inserimento per i giovani, che devono essere iscritti da almeno sei mesi al collocamento e non devono aver lavorato più di 180 giorni l'anno precedente.

I lavoratori autonomi non hanno diritto a nessun beneficio di tipo non contributivo, dato che si presume siano coperti dalla previdenza obbligatoria.

Unità di riferimento. Nel caso di adulti la richiesta deve essere individuale ed è trattata come tale. Solo i figli (naturali, adottivi, affidati, di primo letto del coniuge, ed inclusi anche i nipoti) sotto i 15 anni e fino a 25 se studenti sono considerati a carico.

Prova dei mezzi. Viene tenuto conto del reddito del richiedente, del partner, dei figli e di ogni altro familiare a carico. Sono considerati tutti i redditi, inclusi quelli da capitale.

Diritto di appello. E' possibile appellarsi, ma si tratta di un diritto "debole". Ad esempio, il parere dell'Ombudsman , eventualmente richiesto dal richiedente, non è vincolante.

Il nuovo Minimo Vitale. E' rivolto ai cittadini poveri attualmente esclusi da ogni forma di sostegno : gli adulti sopra i 25 anni, legalmente residenti, che devono essere disponibili al lavoro e/o alla formazione. Il modello sembra simile a quello tedesco.

3. Le proposte di introduzione di un istituto di minimo vitale a livello nazionale in Italia

Le proposte di introdurre l'istituto del Minimo vitale in Italia non sono molte. Le più significative, per articolazione e attenzione alla valutazione degli effetti, sono state elaborate da Commissioni governative, ma non si sono tradotte in proposte di riforma legislativa.

Il riferimento a istituti del minimo vitale è contenuto anche in alcune proposte di legge della passata e della presente legislatura. In questi casi, tuttavia, il grado di elaborazione delle caratteristiche dell'istituto, forse perché inserito in disegni di riforma di più ampio respiro o orientati a disciplinare aspetti particolari del welfare, non appare sufficiente.

Lo scopo di questo paragrafo è di fornire una sintetica rassegna di tali proposte, utile al fine di formulare indicazioni per possibili riforme⁴. I riferimenti a cui ci atterremo sono i seguenti.

1. Proposta di legge (Rinaldi, Pennacchi, Innocenti, Signorino), *Interventi di sostegno sociale per la prevenzione delle condizioni di disagio e povertà, per la promozione di pari opportunità e di un sistema di diritti di cittadinanza*, Atti Camera, XII Leg., n. 3561. (23.1.96).
2. Schema di disegno di legge *Promozione dei diritti e delle condizioni di vita e di crescita dell'infanzia, della preadolescenza e dell'adolescenza*, gennaio 1997.
3. Proposta di minimo vitale avanzata dalla Commissione di indagine sulla povertà e sull'emarginazione, nell'ambito di un disegno di contrasto della povertà, che prevede anche l'istituzione di un assegno per i figli, *Verso una politica di lotta alla povertà*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli affari sociali, 1995.
4. Proposta di minimo vitale avanzata dalla Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, nell'ambito di *Proposte per la riforma dello stato sociale*, Raccomandazione della Commissione tecnica per la Spesa Pubblica, Ministero del Tesoro, gennaio 1997.

1. La proposta del disegno di legge quadro per l'assistenza (Rinaldi, Pennacchi, Innocenti, Signorino)

1) La proposta di legge di Rinaldi, Pennacchi, Innocenti, Signorino ha come obiettivo il disegno di un nuovo quadro legislativo e istituzionale entro cui articolare la spesa a carattere assistenziale. In analogia a quanto avviene per i servizi sanitari, la proposta prevede che allo Stato siano assegnate le competenze di indicare livelli uniformi di assistenza sociale, alle regioni la definizione di tali livelli, ai comuni, singoli o associati, la realizzazione delle prestazioni comprese in ciascun livello. Nell'ambito delle disposizioni per il riordino degli emolumenti economici dello Stato a favore di minori, anziani, disabili e famiglie, si afferma l'impegno dello Stato a corrispondere ai soggetti sopra citati prestazioni economiche continuative, al fine di garantire il loro mantenimento e la permanenza nel normale ambiente di vita. Tali prestazioni sono concepite all'interno di programmi assistenziali integrati, coordinati con le prestazioni a

4 Esistono naturalmente anche molte altre proposte attinenti questo settore. Un notevole interesse ha sollevato quella, molto recente, avanzata dalla Charitas Italiana e dalla Fondazione Zancan, *Proposta di legge quadro sul sistema dei servizi alle persone*, in *Politiche sociali*, n.3/1996. Pur rilevante ai fini della definizione di riforme dell'assistenza in generale, tale proposta non presenta motivi di particolare interesse per la discussione dell'istituto oggetto di questa nota.

carattere socio assistenziale erogate da comuni e aziende sanitarie locali. A tale scopo, la proposta di legge propone una riclassificazione degli istituti esistenti.

<i>Nuova denominazione</i>	<i>In sostituzione di:</i>
Assegno di minimo vitale	Assegno sociale per cittadini ultra 65enni nelle condizioni di reddito di cui alla L.335/95, art.3, c.6.
Assegno di mantenimento	Indennità di accompagnamento di cui alla L.508/88
Assegno di inabilità	Pensione di inabilità (L.118/71 art.12), pensione non reversibile per ciechi assoluti (L.66/62 e modificazioni), Assegno mensile di assistenza ai sordomuti di età superiore ai 18 anni (L. 381/70).
Assegno di invalidità	Assegno mensile (L.118/71), pensione non reversibile per ciechi ventesimisti (L.66/62 e succ.mod.)
Assegni di dipendenza	Indennità di accompagnamento ai ciechi assoluti (L.382/70) e agli invalidi civili totali (L.18/80 art.1)

Le prestazioni indicate, nei casi di elevata riduzione di autonomia personale, sono utilizzate per concorrere ai costi delle prestazioni usufruite nell'ambito di programmi assistenziali integrati (domiciliari, residenziali e semiresidenziali).

Per quanto riguarda il minimo vitale, il suo ammontare a livello nazionale e i livelli di reddito per accedere agli assegni di inabilità sono determinati e poi periodicamente rivisti con Dpcm, tenendo conto del costo medio della vita. Il minimo vitale è poi rapportato al tasso di inflazione, con aliquote di incremento per i cittadini con totale o parziale riduzione di autonomia. Le Regioni possono aumentare, con entrate proprie, l'ammontare del minimo vitale fino al 20%.

E' chiaro che l'istituto descritto non ha caratteristiche di universalità, essendo limitato a soggetti con più di 65 anni. Può essere tuttavia interessante richiamarne alcuni aspetti applicativi. L'assegno non spetta all'anziano che risulti convivente in un nucleo familiare il cui reddito sia uguale o superiore a 70 milioni.

La proposta si preoccupa di disciplinare l'uso dell'assegno nel caso di soggetti ospitati in strutture residenziali o ricoverati in istituti o comunità con retta a carico degli enti pubblici. Il principio è che l'assegno in questi casi venga erogato, ma concorra, sulla base di criteri definiti a livello regionale, al pagamento del costo dei servizi ricevuti. Un aspetto originale della proposta è che il minimo vitale possa essere concesso a un componente del nucleo familiare, con reddito corrispondente al c. 6 art 3 della 335/95, che provveda alla tutela e alla cura domiciliare di familiari handicappati, non deambulanti e dipendenti.

La disciplina degli altri assegni previsti nella tabella di cui sopra non si discosta in misura significativa dalla normativa vigente relativa all'invalidità e inabilità civile. Si prevede che in ogni caso, a esclusione dell'assegno di dipendenza (ex accompagnamento) al compimento del 65esimo anno, si trasformino nell'assegno di minimo vitale. L'assegno di dipendenza è invece cumulabile con il minimo vitale.

2. Il minimo vitale dello schema di disegno di legge “Promozione dei diritti e delle condizioni di vita e di crescita dell’infanzia, della preadolescenza e dell’adolescenza”

Lo schema di disegno di legge “Promozione dei diritti e delle condizioni di vita e di crescita dell’infanzia, della preadolescenza e dell’adolescenza” è dedicato alla disciplina di un aspetto molto importante degli interventi assistenziali: la tutela dell’infanzia. In tale disegno, l’istituto del minimo vitale non gioca tuttavia un ruolo centrale: nell’ambito di una serie di servizi finalizzati al contrasto della povertà, alla prevenzione del disagio e al superamento del ricovero dei minori negli istituti educativo-assistenziali, si prevede l’erogazione di un minimo vitale a favore di figli minori, appartenenti a nuclei familiari in particolare stato di bisogno.

La proposta non precisa le modalità e le condizioni a cui tale assegno dovrebbe essere erogato. Risulta quindi difficile esprimere una valutazione, anche se è chiaro che, in assenza di una normativa nazionale sul minimo vitale, in presenza di un assegno al nucleo familiare che riguarda solo le famiglie di lavoratori dipendenti poveri e i loro figli, e di una grande variabilità delle politiche locali in tema di sostegno al reddito, questa proposta mira a incoraggiare, appunto, gli enti locali che ancora non lo facessero a istituire una forma di sostegno al reddito almeno per i minori poveri.

Le due proposte sinora considerate rappresentano, anche se per ragioni diverse, risposte parziali alla creazione di un istituto a carattere generale, previsto esplicitamente nelle proposte della Commissione povertà e della CTSP.

3. Il Minimo vitale e l’Assegno per i figli della Commissione di indagine sulla povertà e sull’emarginazione

La proposta della Commissione Povertà può essere pienamente apprezzata solo se si sottolinea che essa non si limita all’introduzione di un istituto di minimo vitale, ma prevede un superamento dell’istituto dell’assegno al nucleo familiare e la sua sostituzione con un nuovo Assegno per i figli, di cui è necessario fornire elementi informativi in questa sede.

3.1. Il Minimo vitale

Finalità dell’istituto. Fornire una garanzia di reddito minimo a coloro che ne sono privi o hanno un reddito inferiore al minimo.

Beneficiari. L’istituto ha una copertura sostanzialmente universale. Ne hanno titolo: 1) tutte le persone che hanno il diritto a beneficiare della pensione sociale e della pensione di invalidità civile; 2) i cittadini temporaneamente con reddito nullo o insufficiente. L’estensione dell’assegno alla categoria 2) rappresenta una novità di rilievo per la realizzazione di un istituto a carattere universale quanto ai beneficiari, ma costituisce anche, come è inevitabile in programmi di questo tipo, fonte di preoccupazione per la presenza di possibili comportamenti di azzardo morale da parte dei potenziali beneficiari che si trovino nella situazione di inoccupazione. Per questa categoria di beneficiari il diritto al minimo vitale è associato ad un diritto/dovere di partecipazione a un progetto negoziale di inserimento, che coinvolge il beneficiario, l’ente erogatore ed eventuali altri soggetti coinvolti (istituzioni pubbliche o private con e senza fini di lucro). Tali progetti di inserimento devono avere caratteristiche articolate

per tenere conto della molteplici forme in cui si manifesta la condizione di povertà e prevedere varie situazioni particolari, come, per esempio: esoneri per le persone che hanno responsabilità di cura nei confronti di familiari (es. madri con figli sotto i tre anni o in età prescolare, persone che si occupano di familiari invalidi); programmi di formazione per giovani fra i 15 e i 30 anni con bassa istruzione; programmi di orientamento al mercato del lavoro per disoccupati di lunga durata che hanno perso il diritto alle prestazione di sostegno dei lavoratori; lavori socialmente utili per i giovani inoccupati; programmi di reintegrazione per altre forme di esclusione sociale (senza casa, alcolisti, tossicodipendenti abituali, ecc.).

Importo del Minimo vitale. In prima applicazione, è posto pari all'importo della pensione sociale, che corrisponde per il 1997 a L.5.077.800. L'importo è indicizzato al costo della vita annualmente ed eventualmente anche a parametri reali (prodotto interno lordo o salari reali).

Condizione di reddito per l'accesso. I limiti di reddito per ottenere la prestazione sono quelli attualmente previsti per i titolari di pensione sociale e di pensioni di invalidità civile, pari a L. 5.077.500 per il 1997; per gli inoccupati, consistono nell'ammontare del minimo vitale stesso, ossia, in prima applicazione, nell'importo della pensione sociale. In quest'ultimo caso, l'integrazione è completa e non evita quindi i rischi di trappola della povertà.

Le soglie menzionate sono graduate per tenere conto della composizione qualitativa e quantitativa della famiglia o della convivenza, con applicazione di apposite scale di equivalenza. I limiti di reddito fanno dunque riferimento a una misura del reddito familiare equivalente.

Titolarità del diritto alla percezione dell'assegno. Anche se la prova dei mezzi fa riferimento a soglie di reddito *familiare* equivalente, il titolare dell'assegno non è la famiglia, ma l'individuo. L'assegno, definito in modo unitario con riferimento al reddito familiare, viene diviso tra i suoi membri maggiorenni; le quote dei minori sono attribuite al genitore (naturale, adottivo, affidatario) che si dimostri meglio in grado di utilizzarla a favore del minore stesso e che di ciò si fa responsabile nei confronti dell'ente erogatore.

Gestione dell'istituto. Il Minimo vitale è finanziato dallo stato centrale con criteri uniformi su tutto il territorio nazionale. Resta il sistema di gestione vigente per gli anziani (Inps) e gli invalidi civili (Ministero degli Interni); è gestito ed erogato a livello locale per gli inoccupati, sulla base del ragionevole presupposto che solo a tale livello possono essere efficientemente effettuati l'accertamento del bisogno e la definizione dei progetti di integrazione che costituiscono un necessario completamento dell'istituto.

Regime transitorio. Gli attuali beneficiari della pensione sociale e delle pensioni di invalidità civile conservano le prestazioni vigenti se superiori a quella del Minimo vitale.

Finanziamento dell'Istituto. Il carattere universale dell'istituto implica un finanziamento a carico del bilancio dello Stato. La proposta non individua le forme di copertura.

3.2. L'assegno per i figli

Finalità dell'istituto. Compensare parzialmente le famiglie per il costo dell'allevamento dei figli.

Beneficiari. Tutti i minori a carico (inclusi i giovani in cerca di occupazione, non solo studenti). Rispetto al vigente Assegno per il nucleo familiare, si ha quindi un'estensione con

riguardo alle categorie dei beneficiari, che non sono più solo i lavoratori dipendenti (occupati o non occupati) e pensionati ex-lavoratori dipendenti, ma anche altre categorie (lavoratori autonomi, inoccupati, ecc.).

Importo dell'assegno. Per questo aspetto la proposta non dà indicazioni univoche, ma propone, come ordine di grandezza della prestazione, un campo di variazione di 70-90 mila lire mensili a prezzi 1995. L'assegno è annualmente indicizzato al costo della vita ed eventualmente anche a parametri reali (prodotto interno lordo o salari reali). Si sottolinea l'opportunità di introdurre un'integrazione per il "genitore solo", in analogia a quanto avviene per i vigenti assegni al nucleo familiare e per le detrazioni fiscali.

Condizioni di reddito per l'accesso. Si riconosce la necessità di sacrificare la naturale portata universalistica dell'istituto per la presenza di vincoli di bilancio pubblico e per l'opportunità di concentrare le risorse sulle tipologie familiari più deboli (famiglie con numero di figli superiore a due). La soglia non è indicata in modo esplicito, ma si osserva che dovrebbe essere definita con riferimento al reddito familiare reso equivalente con apposita scala. Tale soglia dovrebbe essere consistentemente più elevata di quella attualmente in vigore per l'assegno al nucleo familiare e indicativamente compresa tra 70 e 100 milioni a seconda dell'ammontare dell'assegno per i figli (da 90 a 70 mila lire mensili rispettivamente).

Gestione dell'istituto. La gestione dell'istituto è svolta dall'Inps.

Istituti soppressi. L'introduzione della coppia di istituti citati comporta l'abrogazione dell'Assegno per il nucleo familiare e degli assegni familiari, della pensione sociale e delle pensioni di invalidità del Ministero degli Interni, ma non dell'indennità di accompagnamento. Resterebbero in vigore gli istituti di integrazione al minimo. Tali nuovi istituti dovrebbero poi essere integrati da altre misure a livello locale, come già avviene nei comuni in cui esiste una forma di minimo vitale.

Effetti della transizione. L'introduzione dell'assegno per i figli comporta una modificazione sensibile delle categorie dei beneficiari che attualmente godono dell'assegno per il nucleo familiare. Il nuovo istituto è riservato esclusivamente ai figli minori, mentre l'assegno per il nucleo familiare spetta non solo ai figli, ma anche al coniuge, ai figli maggiorenni inabili nell'assoluta e permanente impossibilità di dedicarsi ad un lavoro; a fratelli, sorelle, nipoti del richiedente minori o maggiorenni inabili, ecc. Questo mutamento della platea dei beneficiari dovrebbe arrecare svantaggi alle famiglie a basso reddito composte da pensionati, che attualmente percepiscono l'assegno e resterebbero invece escluse dal nuovo istituto. Per questi soggetti, la Commissione propone che il diritto alle prestazioni attualmente erogate vada mantenuto.

Finanziamento dell'istituto Anche se la logica dell'istituto è tale da prevedere un finanziamento a carico del bilancio generale, la proposta è di mantenere tuttavia un finanziamento su base contributiva. L'aliquota proposta è del 3%, sia per i lavoratori dipendenti che per i lavoratori autonomi. Mentre nel caso dei lavoratori dipendenti l'aliquota sostituirebbe quella attualmente destinata alla gestione dell'assegno al nucleo familiare, nel caso dei lavoratori autonomi si tratterebbe di un prelievo contributivo aggiuntivo rispetto alla normativa vigente, il cui gettito è stimato in circa 3 mila miliardi.

Stime della spesa. Le stime della spesa necessaria per sostenere i due istituti descritti presentano margini di incertezza elevati. Prime valutazioni sembrano indicare in 11 mila miliardi il costo dell'assegno per i figli; in 2000/3500 miliardi l'impegno per il minimo vitale, a seconda del livello del minimo stesso (5,5 o 8 milioni).

4. L'Assegno per il minimo vitale familiare della Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica

La proposta di minimo vitale della CTSP, elaborata sulla base di una ricerca che la Commissione ha affidato nel 1995 al prof.M.Matteuzzi, prende le mosse dalla proposta della Commissione Povertà e cerca di definire un nuovo istituto che posseda migliori performance redistributive. Tale obiettivo è perseguito attraverso l'unificazione dei nuovi istituti previsti dalla Commissione Povertà, nell'Assegno per il Minimo Vitale Familiare (AMVF), accentuando così l'obiettivo di sostegno dei redditi più bassi rispetto a quello del sostegno dei costi di allevamento dei figli, obiettivo che dal punto di vista finanziario risulta prevalente nella proposta della Commissione per la Povertà. Poiché la giustificazione di prestazioni a favore dei figli si fonda in definitiva su giudizi di valore, è del tutto naturale che questo spostamento di accento susciti valutazioni opposte, anche se non va trascurata la sostanziale affinità di questa proposta con quella precedente per molti altri aspetti.

Anche la proposta della CTSP può essere pienamente apprezzata solo nel contesto di una più generale riforma degli istituti del welfare. Per la CTSP il mosaico dovrebbe prevedere le seguenti tessere: la presenza, già realizzata, di un sistema pensionistico a ripartizione di tipo contributivo; un insieme molto ristretto di istituti limitati al sostegno dei redditi dei disoccupati; istituti di carattere assistenziale che trovano la loro giustificazione sostanzialmente nella natura categoriale dei criteri di definizione dei beneficiari o nell'opportunità di trasferimenti specifici; un istituto di minimo vitale.

Finalità dell'istituto La finalità dell'AMVF è di garantire un livello minimo di risorse monetarie, allo scopo di tutelare famiglie e convivenze che si trovino in condizioni di particolare disagio, condizionato al reddito della famiglia o della convivenza, sulla base di un esplicito criterio per definire l'importo dell'assegno ai beneficiari.

Beneficiari. I beneficiari sono coloro che attualmente possono godere degli assegni per il nucleo familiare, ma anche i lavoratori autonomi e pensionati ex lavoratori autonomi e gli inoccupati. La riforma dovrebbe realizzare a regime un'estensione delle categorie, ma non necessariamente del numero dei beneficiari.

Importo dell'assegno. La misura dell'assegno deve essere in grado di garantire per tutti i soggetti un grado costante di copertura dello scostamento tra il reddito familiare equivalente dei beneficiari e il livello di reddito corrispondente ad una situazione di quasi-povertà (il c.d. *poverty gap*). La soglia di quasi-povertà è indicata nella misura del 60% del reddito procapite, un valore quindi un poco superiore alla più frequenti misure della povertà (generalmente il 50%). Il grado di copertura non è precisato, in quanto dipende dall'ammontare delle risorse che si intendono destinare all'istituto. Il reddito più l'assegno risulta essere crescente rispetto al reddito prodotto dall'individuo, al fine di evitare la trappola

della povertà. Il valore massimo dell'assegno, corrisposto ad un soggetto privo di reddito, è quindi pari al grado di copertura per la soglia di quasi-povertà.

Condizioni di reddito per l'accesso. L'assegno verrebbe corrisposto sino al raggiungimento di una soglia definita, con riferimento ad un nucleo familiare di una sola persona, in misura pari al 60% del reddito medio procapite. Tale soglia è graduata per tenere conto delle caratteristiche qualitative e quantitative del nucleo familiare, adottando un'appropriata scala di equivalenza.

Gestione dell'istituto. La proposta non affronta il problema.

Istituti soppressi. Vengono soppressi l'assegno per il nucleo familiare e gli assegni familiari. Restano pertanto in vigore tutte le prestazioni di invalidità civile, la pensione sociale e l'assegno sociale, le integrazioni al minimo.

Effetti della transizione. Questa proposta allarga le categorie dei beneficiari, ma ne restringe il numero. Un numero considerevole di titolari dell'assegno per il nucleo familiare potrà perdere il beneficio della prestazione attualmente percepita, dato che la soglia di povertà è inferiore ai limiti di reddito degli assegni attuali.

Finanziamento dell'istituto. La proposta della CTSP prevede, per la soluzione del problema del finanziamento, tre tappe ispirate ad esigenze di gradualità di attuazione. Tralasciando la prima tappa, che si limiterebbe a una mera razionalizzazione dell'istituto dell'assegno al nucleo familiare rinunciando ad ogni estensione delle categorie beneficiare, può essere utile ricordare la seconda e la terza tappa. Nella seconda (A1) si prevedono due distinte gestioni, una per i lavoratori dipendenti e una per i lavoratori autonomi, con distinte aliquote contributive. Le aliquote sarebbero differenziate al fine di garantire il medesimo livello di prestazioni. Nella terza (A2) si prevede invece un'unica gestione dei contributi dei lavoratori, dipendenti ed autonomi, con una comune aliquota contributiva. Il finanziamento delle prestazioni riguardanti i beneficiari inoccupati sarebbe invece sostenuto dal bilancio dello Stato attraverso imposte generali. Questa terza tappa dovrebbe approdare a una soluzione a regime (A3) in cui, in omaggio alla natura tipicamente assistenziale dell'istituto, è prevista un'unica gestione a carico del bilancio dello stato.

Stime della spesa. Per la realizzazione della riforma del tipo (A2), il costo si aggirerebbe sui 12500 miliardi di lire (corrispondenti alla somma di 8000 miliardi di gettito dei contributi sociali a carico dei datori di lavoro dell'attuale gestione lavoro dipendente, 4800 miliardi di gettito di nuovi contributi sociali a carico dei lavoratori autonomi (aliquota pari a 2,48%); 1400 miliardi a carico del bilancio dello stato, al netto di 1700 miliardi corrispondenti al minor gettito di Irpef attribuibile all'aumento della contribuzione sociale. Sulla base di prime valutazioni, con tale somma sarebbe possibile realizzare un grado di copertura del *poverty gap* di poco inferiore al 50%. In questo caso, in via indicativa, si potrebbe erogare un assegno di 5,1 milioni per un nucleo costituito da un solo individuo privo di reddito e di 14 milioni per un nucleo di 4 componenti, privo di mezzi.

4. Le esperienze di Minimo vitale a livello locale⁵

Premessa

Con il DPR 616 del 1977 lo stato ha trasferito alle regioni e ai comuni le competenze in materia di “beneficenza pubblica “. Le Regioni e i Comuni hanno quindi ereditato le funzioni (e le proprietà) di una serie di Enti che nel tempo erano stati costituiti per rispondere ai bisogni di categorie specifiche e distinte : madri nubili, orfani, detenuti, poveri, ecc.. Ciò tuttavia è avvenuto in assenza di un riferimento normativo unitario a livello nazionale, che definisse criteri e standard minimi omogenei . Da ciò la forte frammentazione e disomogeneità delle politiche locali, che non può essere spiegata esclusivamente, e neppure principalmente, con la disomogeneità dei bisogni e delle caratteristiche socio-demografiche della popolazione. Questa situazione ha portato al consolidarsi nel tempo di veri e propri “sistemi locali di cittadinanza”, in base ai quali i cittadini fruiscono di pacchetti di risorse, e di diritti, molto diversi tra loro non tanto a partire dalle condizioni di bisogno, ma, appunto, dal luogo in cui il bisogno sorge.

Nel 1990 la Legge n. 142 ha regolamentato il decentramento delle funzioni comunali a livello circoscrizionale. Di conseguenza, molti comuni hanno deliberato un regolamento che unifica criteri e procedure per quanto riguarda l’accesso ai servizi e l’assistenza economica. Tuttavia si tratta solo di una omogeneizzazione interna a ciascun comune, che lascia impregiudicata la forte disomogeneità tra comuni, anche all’interno di una stessa regione. Inoltre non tutti i comuni hanno deliberato in merito.

In pressoché tutti i comuni esiste una qualche forma di assistenza economica. Le misure tuttavia si differenziano molto in relazione al tipo di misura, ai soggetti aventi diritto, alla durata dell’erogazione, all’importo della stessa. Questa differenziazione dipende in primo luogo dalla mancanza di una legge quadro nazionale che stabilisca criteri omogenei. Ciò ha comportato che ciascuna regione, quando lo ha fatto,⁶ ha definito in modo autonomo sia i potenziali destinatari della assistenza economica, sia le soglie di reddito, sia le scale di equivalenza implicite o esplicite. In particolare, non in tutte le regioni in cui è stata normata l’assistenza economica, si fa riferimento allo strumento del Minimo Vitale, inteso come erogazione monetaria,

5 Questo paragrafo è in larga misura basato su uno studio, effettuato per conto della Commissione di Indagine sulla povertà e l’emarginazione (coordinato da Y. Kazepov), *Le Politiche locali contro l’esclusione sociale*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, luglio 1996. Lo studio ha effettuato una analisi dettagliata di quattro misure di assistenza sociale, inclusa l’assistenza economica, in 14 città di ampiezza e collocazione territoriale diversa.

6 Nel 1996 Lazio, Campania e Puglia, ad esempio, non avevano ancora approvato una legge di riordino dei servizi socio-assistenziali. Nel Lazio era in discussione un progetto di legge che faceva esplicito riferimento alla assistenza economica, ma non al Minimo vitale. Dove non esistono leggi regionali, sono le deliberi comunali per lo più a regolare i servizi socio-assistenziali e in particolare le erogazioni monetarie. La delega della definizione dei criteri ad altre istanze può avvenire anche in regioni che hanno una legge regionale di riordino dei servizi socio-assistenziali, che tuttavia non norma direttamente l’assistenza economica. E’ il caso del Piemonte, la cui legge regionale (cfr. art. 9, L.R. 20/82) rimanda a specifiche delibere delle unità sociosanitarie locali da effettuarsi sulla base delle indicazioni del piano sociosanitario regionale e al fine di definire parametri unitari di reddito e di bisogno cui commisurare l’erogazione dell’assistenza economica.

temporanea o continuativa (ma non occasionale), che integra il reddito del beneficiario fino ad una soglia considerata come minima. Più spesso l'assistenza economica non solo è di tipo occasionale, ma non fa riferimento ad alcun tipo di soglia. Questa disomogeneità si amplia ulteriormente nel passaggio alla attuazione concreta da parte dei comuni, che spesso specificano ulteriormente sia i potenziali destinatari, che gli importi, che le condizioni per l'accesso al beneficio. Da questo punto di vista si potrebbe osservare che è già in atto, nel campo dell'assistenza, una sorta di "federalismo senza principi".

Nelle leggi regionali che, direttamente o indirettamente, regolano l'assistenza economica i criteri comuni sembrano riguardare il requisito della residenza e quello dell'emergenza: chi è cittadino residente ed è in uno stato riconosciuto di bisogno ha diritto all'assistenza. I diritti di questi soggetti vengono tuttavia ridimensionati dalle direttive di implementazione regionali e dalla regolamentazione e prassi dei singoli comuni. Sono questi due elementi a rendere categoriale una misura formalmente universalistica e a definire i gradi maggiori o minori di discrezionalità.

Il Minimo vitale nell'esperienza dei comuni

Su 14 città analizzate nello studio della Commissione di Indagine sulla Povertà e l'Emarginazione, 9 hanno una misura identificabile come Minimo Vitale, 5 non la hanno.⁷

Anche tra quelle che hanno una misura di questo genere, esistono notevoli differenze nei criteri di erogazione e di individuazione dei beneficiari. Tuttavia esistono anche alcuni elementi comuni. In particolare:

- Per Minimo Vitale si considera prevalentemente una soglia di reddito che corrisponde alla pensione minima INPS, che viene annualmente aggiornata in base al costo della vita. Coloro che hanno un reddito mensile al di sotto di questa soglia - individui o nuclei (il reddito dei quali è uguagliato da qualche tipo di scala di equivalenza) - vengono considerati in stato di bisogno.
- Non tutte le persone in stato di bisogno hanno ugualmente diritto alla integrazione. Tendenzialmente il diritto è più forte per le categorie che godono già di un tipo di protezione, e di integrazione al reddito, da parte di altri enti, per lo più a livello nazionale: titolari di pensione sociali, titolari di pensioni di invalidità civile. Queste sono anche le categorie che ricevono il Minimo Vitale con maggiore continuità e con minori requisiti di verifica periodica dello stato di bisogno. Viceversa, le categorie meno protette dal sistema assistenziale nazionale (gli adulti sopra i 18 anni) sono anche quelle che vengono assistite con un grado maggiore di discrezionalità sia nella valutazione dello stato di bisogno che nella decisione sulla somma da erogare.
- Le erogazioni possono essere subordinate a vincoli di bilancio.

⁷ La hanno Torino, Milano, Trento, Piacenza, Bologna, Ancona, Pesaro, Firenze, Catania. Non la hanno Roma, Napoli, Cosenza, Bari, Messina.

- Si tiene conto, sia pure con un certo grado di discrezionalità, della esistenza di parenti obbligati per legge (art. 433 del Codice Civile). Dato che l'azione di rivalsa deve essere avanzata dal soggetto stesso, non necessariamente l'esistenza di obbligati per legge costituisce un vincolo alla erogazione del sussidio. Costituisce tuttavia un elemento che viene considerato ai fini del computo del reddito familiare.

Per quanto riguarda gli elementi di differenziazione, si possono distinguere, all'interno delle città che adottano il Minimo Vitale, due sottogruppi:

1. Le città in cui è stato approvato un regolamento socio-assistenziale (ad esempio Milano, Firenze, Ancona, Pesaro e Trento). Tale regolamento stabilisce una misura generale ed equipara la soglia del minimo vitale alla pensione minima INPS.
2. Le città in cui l'assistenza economica è regolata da delibere specifiche (ad esempio Bologna, Torino, Piacenza, Catania⁸), in cui si fa riferimento a categorie particolari. In questi casi l'integrazione al minimo vitale (equivalente alla pensione minima INPS) è garantita solo agli anziani, agli invalidi e handicappati; per gli altri vi è una serie molto eterogenea di misure specifiche che non sempre fanno riferimento alla medesima soglia.

Per altro, questa differenziazione per molti versi è più formale che sostanziale, perché ad essa se ne sovrappone un'altra, quella tra misure di carattere continuativo (destinate agli anziani, invalidi e handicappati, minori) e viceversa temporanee (destinate agli adulti abili), che di fatto rende le due situazioni istituzionali sopra delineate molto più simili tra loro di quanto non appaia sulla carta.

Destinatari Le leggi regionali, nell'individuare i destinatari dell'assistenza economica si riferiscono a singoli e nuclei familiari in stato di bisogno, che si tratti di residenti, profughi o persone temporaneamente dimoranti sul territorio regionale. A livello comunale tuttavia i beneficiari dell'assistenza economica continuativa sono pressoché esclusivamente gli anziani maggiori di 60 anni se donne, di 65 se uomini (cioè i beneficiari di pensione sociale), gli invalidi, i minori a carico di nuclei indigenti, le famiglie di detenuti ed ex detenuti. Si tratta di categorie per le quali esistono già forme di tutela a livello nazionale e che vengono individuati come "non responsabili" del loro stato di bisogno. Per altro, anche all'interno di questi "poveri meritevoli" si può individuare una ulteriore graduatoria. Mentre anziani e invalidi sono sempre presenti, se esiste una forma di minimo vitale, ciò non è sempre vero per i minori e per le famiglie di detenuti ed ex detenuti.

Per tutti gli altri casi è previsto un sostegno economico, in caso di povertà, anche nella forma del minimo vitale, solo in presenza di un cumulo di situazioni di bisogno, o di cosiddetto "bisogno qualificato", ovvero quando si ha compresenza di uno o più fattori specifici di deprivazione che si sommano all'insufficienza di reddito: disoccupazione di lungo periodo, condizione di genitore solo, presenza di invalidi in famiglia, tossicodipendenza, ecc.. Esso

8 In realtà la situazione di Catania è confusa sia sul piano istituzionale che sul piano pratico. Vi è un conflitto tra legge regionale e regolamento comunale (antecedente alla seconda). Di fatto, forse anche a motivo di bilancio, a tutto il 1996 non era stato erogato alcun minimo vitale, nonostante le molte domande pervenute. A Trento la soglia del minimo vitale è più bassa e più vicina alla pensione sociale.

viene inoltre erogato solo per periodi limitati di tempo (3-6 mesi) ed è rinnovabile fino al massimo di un anno, a prescindere dalla persistenza dello stato di bisogno. Solo in alcuni casi, individuati come particolarmente a rischio, o fragili, il periodo di copertura può essere più lungo : le madri sole di figli piccoli o le gestanti che, ad esempio a Torino, Piacenza e Messina sono oggetto di misure ad hoc e che in taluni casi possono essere coperte fino ad un anno ; i tossicodipendenti che possono essere coperti per il periodo di cura e riabilitazione.

Requisiti di reddito Si è detto che di norma la soglia del Minimo Vitale coincide con la pensione minima INPS. In tutte le località analizzate, per eguagliare i redditi di famiglie di diversa composizione si utilizza una scala di equivalenza. Data la grande difformità delle scale utilizzate da un luogo all'altro l'unica cosa che si può dire è che esse sembrano rispecchiare la stessa casualità riscontrabile per le scale di equivalenza implicite in molte misure di tipo nazionale.

In alcuni casi dal reddito viene detratto il costo dell'affitto e del riscaldamento. In altri queste spese vengono incluse nel calcolo dell'ammontare complessivo della somma da erogare.

Per quanto riguarda il reddito di cui si tiene conto, di norma viene considerato il 100% di tutti i redditi dei membri della famiglia, più eventualmente la quota teoricamente spettante ai familiari obbligati per legge.⁹

Requisiti per mantenere il diritto al beneficio Si è detto che il Minimo vitale è una misura di breve durata per coloro che non sono anziani, invalidi, handicappati, o minori. Nel caso di adulti validi, oltre a richiedere l'esistenza di condizioni di bisogno "aggiuntive" e ad essere di breve durata, è anche subordinata alla dimostrazione che il soggetto si attiva per uscire dalla propria condizione : è alla ricerca di un lavoro ; se tossicodipendente partecipa ad attività di cura e riabilitazione, se senza fissa dimora accetta forme di organizzazione della vita quotidiana minime, e così via. Non in tutti i comuni, tuttavia sono attivati in modo sistematico servizi e iniziative di inserimento lavorativo, orientamento professionale, consulenza psico-sociale, sostegno formativo diretti specificamente ai soggetti che fruiscono del minimo vitale.

Altre misure di sostegno economico Accanto al Minimo Vitale in alcuni comuni esistono forme più povere di sostegno economico dirette a coloro che non hanno i requisiti per accedere al Minimo Vitale o hanno esaurito il tempo per cui possono fruirlo. Si tratta anche in questo caso di misure che, pur se temporanee, non hanno caratteristiche di occasionalità o di una tantum. Due esempi sono il "minimo alimentare" di Torino e Milano e il "sussidio continuativo" di Bologna.

9 Questa quota può essere tuttavia variabile a seconda del comune. Anche per quanto riguarda il reddito dei componenti la famiglia alcuni comuni pesano diversamente il reddito dei diversi componenti la famiglia. Ad esempio a Trento il reddito del capofamiglia e del coniuge o eventuale partner è calcolato al 100%, quello degli altri componenti al 70%.

Il minimo alimentare, volto a garantire la sopravvivenza fisica degli individui, è una misura pensata per individui e famiglie in temporanea difficoltà economica ed ammonta a circa un terzo del minimo vitale. Condizione necessaria per ottenerlo, oltre ai requisiti di reddito, è che nessuno all'interno del nucleo sia occupato e percepisca un reddito da lavoro.

Il sussidio continuativo di Bologna è erogato dal Servizio Sociale Adulti e la USL a favore di adulti, ex detenuti, famiglie di detenuti, minori con le rispettive famiglie. Fa riferimento al Minimo vitale per identificare la soglia di reddito al di sotto della quale si può chiedere il sussidio, ma questo può arrivare fino ad un massimo di 300.000 lire per un singolo (quindi meno della metà del minimo vitale) e 500.000 lire per categorie particolari quali i nuclei mono-genitore.

L'esistenza di queste misure, che si aggiungono al Minimo vitale, segnala da un lato l'inadeguatezza del secondo, a motivo dell'approccio categoriale e della ridotta durata della copertura per gli adulti validi, dall'altro lo stato di incertezza sia degli obiettivi che dei criteri delle misure di sostegno al reddito. Il risultato paradossale è che può capitare che gli assistenti sociali eroghino fin da principio la misura del minimo alimentare, anziché quella più generosa del minimo vitale, perché la prima, benché di importo ridotto, può essere fruita per periodi più lunghi di tempo.

Interventi straordinari una tantum Tutti i comuni, che abbiano o meno il Minimo Vitale, prevedono anche forme di intervento straordinario o una tantum volto a coprire spese contingenti e urgenti: spese sanitarie urgenti, spese legate all'abitazione o a contributi INPS, biglietti di viaggio per necessità inderogabili, ecc.. La dove esiste il Minimo Vitale i beneficiari sono gli stessi (in questo caso l'intervento straordinario si somma al Minimo Vitale). Talvolta questa forma di intervento straordinario può essere utilizzata per sostenere persone e famiglie con redditi leggermente superiori a quello che consentirebbe l'accesso al Minimo Vitale e che tuttavia si trovano in difficoltà economica: non potendo dare loro un sostegno continuativo, li si aiuta a far fronte a spese straordinarie che altrimenti non potrebbero sostenere.

Quando non c'è il Minimo Vitale

Nelle città in cui non è prevista una misura di minimo vitale la situazione è ancora più eterogenea non solo tra una città e l'altra, ma all'interno di una stessa città, dato che i criteri possono variare su base circoscrizionale. Alcuni esempi:

- A Roma il contributo ordinario è rivolto in primis agli anziani, mentre per gli altri soggetti l'intervento è insieme più selettivo e più discrezionale. La soglia di reddito è più elevata di quella del minimo vitale (nel 1995 era di 800.000 per gli anziani e tra le 700.000 lire e un milione per le famiglie). Tuttavia la somma erogata varia notevolmente da una circoscrizione all'altra e non supera mai le 200.000 lire mensili. Inoltre il fatto di fruire di prestazioni economiche esclude automaticamente da altre prestazioni assistenziali.
- A Bari nel 1987 è stato deliberato un regolamento che distingue i sussidi economici in interventi di base e interventi straordinari. Il servizio di assistenza economica di base tuttavia

non è mai stato attivato a causa dell'esiguità dei fondi in bilancio. Di fatto, quindi, ci sono solo erogazioni una tantum di 200-300.000 lire da parte delle circoscrizioni.

– A Messina l'assistenza economica viene prestata alle categorie che erano assistite dagli enti assistenziali esistenti precedentemente al DPR 616/77 : madri nubili, orfani, grandi invalidi del lavoro, famiglie dei caduti e dispersi in guerra . L'ammontare del contributo varia per categoria. Così, mentre le madri nubili nel 1994 (ultimo anno in cui ci sono dati disponibili) con reddito inferiore ai 15 milioni annui ricevevano 250.000 lire mensili per il primo figlio minore, 120.000 per il secondo e 100.000 per il terzo, i minori orfani possono ricevere fino a 7.249.000 annui se la loro famiglia è a reddito zero; ma se la loro famiglia ha un reddito compreso tra gli 8 e i 15 milioni allora non ricevono più di 612.000 lire annue.

– A Cosenza l'assistenza economica cosiddetta continuativa non supera le 300.000 lire annue, mentre gli interventi straordinari possono essere molto più generosi.

Va segnalato che è soprattutto, anche se non solo, nel Mezzogiorno che manca una misura di minimo vitale e che quando esiste non viene di fatto applicata, innanzitutto per vincoli di bilancio (a Napoli, ad esempio, ogni misura è stata sospesa dopo che nel 1993 è stato dichiarato il dissesto finanziario del comune). Ed è sempre nel Mezzogiorno che sono più rare le misure di accompagnamento, vuoi sotto forma di richiesta di “attivarsi” da parte dei beneficiari di sussidi, vuoi sotto forma di servizi. Anche se è noto che proprio nel Mezzogiorno (anche se non solo nel Mezzogiorno) la formazione e i lavori socialmente utili sono stati più spesso utilizzati in modo “nominalistico”, più che sostantivo, come strumenti per giustificare l'erogazione di sussidi che come forme di attivazione e abilitazione dei soggetti.

5. L'introduzione di un istituto di minimo vitale in Italia: proposte e problemi aperti

Le proposte esaminate nel terzo paragrafo, in particolare le due ultime prodotte dalla Commissione Povertà e dalla CTSP, sono caratterizzate non solo da un grado avanzato di elaborazione, ma anche da una incoraggiante convergenza sui principi fondamentali dell'istituto del minimo vitale. In questo paragrafo si farà tesoro di questi elementi di compatibilità per definire le linee di una nuova proposta. Aspetti problematici, riguardanti diversità di giudizi di valore, aspetti di carattere amministrativo, interdipendenze con processi di riforma in altri settori della spesa sociale o del sistema tributario, sono ancora presenti. In questi casi questa nota si limita a mettere a fuoco i problemi e le possibili soluzioni alternative.

5.1. Elementi di convergenza presenti nelle proposte di minimo vitale

Beneficiari. E' condivisa l'idea che il nuovo istituto abbia come obiettivo la più ampia estensione delle categorie dei beneficiari. Per sua natura, esso è diretto a tutti soggetti che si trovano in condizioni di disagio economico, indipendentemente dalla propria collocazione categoriale. In concreto esso potrà essere usufruito da lavoratori, siano essi dipendenti che autonomi, ma anche da disoccupati che abbiano perduto il diritto ai benefici degli ammortizzatori del mercato del lavoro, pensionati e inoccupati. La soglia di reddito al di sotto della quale si avrebbe titolo al reddito minimo potrebbe essere, in via indicativa, per una

persona sola, pari al 60% del reddito medio procapite, una soglia lievemente superiore a quella di povertà calcolata secondo l'*International standard of poverty line*.

Importo della prestazione. Su questo aspetto merita interesse l'idea di introdurre un criterio razionale per definire la misura della prestazione: la copertura di una data percentuale della divergenza tra reddito effettivo e la soglia sopradefinita. Il reddito più l'assegno dovrebbe risultare crescente rispetto al reddito prodotto dall'individuo, al fine di evitare la trappola della povertà. Il valore massimo dell'assegno, corrisposto ad un soggetto privo di reddito, sarebbe quindi pari al grado di copertura per la soglia di quasi-povertà.

L'ambito di applicazione dell'istituto dovrebbe includere, come si argomenterà più oltre, anche i soggetti portatori di handicap civili, che attualmente possono godere di benefici gestiti dal Ministero degli Interni. In tal caso si dovrebbero prevedere maggiorazioni e graduazioni più articolate delle prestazioni monetarie, al fine di compensare parzialmente i disagi derivanti dalle specifiche condizioni di handicap. Ciò vale nel caso di invalidità civile, di ciechi e sordomuti, come anche di soggetti portatori di nuove forme di handicap, come soggetti affetti da Aids, tossicodipendenti, ecc. Nella misura in cui le invalidità comportano accertamenti e prestazioni a carattere sanitario, si pone un problema di coordinamento con la normativa riguardante queste ultime. In linea generale, le proposte considerate (in particolare il disegno di legge di riforma dell'assistenza) sottolineano il principio di garantire agli indigenti la gratuità delle prestazioni, prevedendo tuttavia forme di partecipazione del beneficiario al costo delle stesse, in relazione alla disponibilità dei mezzi, inclusi quelli erogati sotto forma di prestazioni previdenziali e assistenziali.

L'assegno per il minimo vitale dovrebbe essere esente da Irpef.

Condizione per l'accesso. Tutte le proposte concordano con l'idea che il nuovo istituto sia erogato condizionatamente alla verifica dei mezzi, e che l'unità rispetto alla quale compiere la verifica sia la famiglia o convivenza. Per realizzare questo obiettivo è necessario disporre di appropriate scale di equivalenza, la cui articolazione deve essere abbastanza ampia per discriminare i molteplici stati di bisogno dei nuclei familiari e non solo la numerosità dei suoi componenti.

Un aspetto importante riguarda poi la definizione dei mezzi. Gli istituti esistenti generalmente prevedono che questi possano essere approssimati dal reddito imponibile ai fini dell'Irpef, da cui spesso si esclude la rendita della casa di abitazione. Sembra tuttavia auspicabile una più accurata definizione dei mezzi, che tenga conto non solo del reddito imponibile dell'Irpef, ma anche di altre componenti reddituali e patrimoniali. Non va dimenticato che l'imponibile Irpef non include i redditi derivanti dall'impiego di risparmio in attività finanziarie, che possono alterare in misura sensibile la graduazione dei mezzi. Con riguardo al reddito, sembra inopportuna la detrazione della rendita della casa di abitazione, in quanto introduce una discriminazione, presente in parte anche nel sistema fiscale attuale, rispetto a potenziali beneficiari che vivono in regime di locazione. L'aspetto più significativo è tuttavia l'introduzione di elementi patrimoniali (immobiliare e, ove possibile, anche mobiliare) tra i criteri di prova dei mezzi. Sotto questo profilo si suggerisce di fare tesoro delle esperienze in

corso di elaborazione nella definizione dei criteri di erogazione delle borse di studio per gli studenti universitari.

I principali destinatari di questo nuovo istituto sono sicuramente famiglie in cui tutti gli adulti sono inoccupati, occupati precari, disoccupati di lungo periodo. Di quelle in cui sono presenti occupati ufficiali solo quelle monoreddito e/o con molti figli hanno verosimilmente un reddito così basso da non superare la soglia che darebbe accesso al reddito minimo. Ciò pone due ordini di questioni. La prima riguarda l'accettabilità sociale e politica di forme di erogazione di reddito a chi non lavora. La seconda riguarda il tipo di sostegno al reddito da fornire a coloro che pur lavorando hanno un reddito solo di poco superiore alla soglia di povertà. In questo paragrafo affronteremo solo la prima questione, rimandando la seconda al successivo.

L'offerta di un reddito minimo a chi è insieme povero e non ha un lavoro trova di solito due tipi di obiezioni. Vi è chi sostiene che non si dovrebbe fornire un reddito, ma un lavoro e sottolinea i rischi di emarginazione sociale e di creazione di una cultura della povertà. Altri ancora sottolineano le dimensioni di azzardo morale connessi alla offerta di un reddito senza contropartite, anche in assenza di vere e proprie frodi. Si tratta di problemi che si presentano in vario modo in tutti i paesi che hanno una forma di reddito minimo ed anche, in Italia, nelle città che si sono date una misura di questo genere. Per quanto riguarda la prima obiezione, si deve segnalare che la difficoltà a trovare un'occupazione per alcune categorie di persone (a bassa qualifica, in età matura o viceversa molto giovani) e in alcune zone del paese non è dipendente da scelte soggettive, né può essere risolta con la tempestività richiesta dai bisogni di sopravvivenza dei singoli. E' proprio l'aumento della disoccupazione che ha spinto i paesi che hanno sussidi di disoccupazione più generalizzati dei nostri e una forma di reddito minimo ad utilizzare sempre più quest'ultimo come misura di ultima istanza, allargandolo anche a categorie prima escluse. Allo stesso tempo in molti paesi sono in atto processi di ripensamento di questo istituto che tendono a collegarlo più strettamente con le politiche del mercato del lavoro. E' proprio in questa seconda prospettiva che, per quanto riguarda la seconda obiezione, tutte le esperienze straniere ed anche le proposte italiane sopra brevemente delineate, sottolineano l'opportunità che nel caso di uno o più inoccupati all'interno di una famiglia che richiede il minimo (siano essi giovani in cerca di lavoro, maggiorenni, con età inferiore a quella per la pensione, privi di collegamento al mercato del lavoro) si debbano prevedere ulteriori condizioni, oltre alla verifica dei mezzi per la fruizione della prestazione.

L'assegno dovrebbe essere erogato per periodi limitati e solo se i beneficiari soddisfano condizioni di disponibilità al lavoro. Per i giovani si suggeriscono forme di erogazione che responsabilizzino alla ricerca di posizioni di autosufficienza economica, attraverso, ad esempio, lo strumento del prestito d'onore, ossia l'anticipo di una somma che potrà essere restituita gradualmente dopo il primo inserimento nel mondo del lavoro; per iniziative di investimento nel proprio capitale umano o imprenditoriali. Va poi valutata con attenzione la possibilità di spendere l'assegno nell'ambito di politiche attive del lavoro (ad esempio, i contratti di graduale emersione): l'assegno potrebbe, ad esempio, essere erogato solo se il beneficiario dimostri di avere svolto lavoro *regolare* per alcuni mesi nel corso dell'anno. La disponibilità al lavoro deve in ogni caso essere definita in modo molto stringente e deve riguardare l'accettazione di offerte di qualsiasi natura, anche a tempo parziale e provenienti da località diverse da quelle di

residenza (compatibilmente con la sostenibilità dei costi aggiuntivi che ciò comporterebbe per l'interessato). In caso di rifiuto, l'erogazione del minimo vitale viene sospesa

I problemi di azzardo morale vanno studiati con molta attenzione, soprattutto nelle aree ove è molto diffuso il lavoro nero e l'economia sommersa. La presenza del minimo vitale potrebbe infatti stimolare l'occultamento di attività legali, al fine di poter fruire indebitamente del sussidio. In questi casi è essenziale che sia prevista, come condizione, la disponibilità del beneficiario ad accettare offerte di lavoro, di qualsiasi natura e anche proveniente da località diverse da quelle di residenza, e che, in caso di rifiuto, l'erogazione del sussidio venga sospesa. Al fine di compensare parzialmente i costi di mobilità, si potrebbe prevedere che, in caso di accettazione di un lavoro in località lontane della residenza, una parte del sussidio possa temporaneamente continuare ad essere erogata. Un secondo aspetto nevralgico per il funzionamento dell'istituto è che vi sia una sufficiente offerta di lavori socialmente utili o comunque di attività formative per i beneficiari. La soluzione di questo problema rinvia alle modalità decentrate in cui l'istituto dovrà essere gestito, problemi su cui si ritornerà più avanti. E' in ogni caso necessario prevedere lo stanziamento di adeguate risorse per organizzare tali programmi di attività e che gli enti decentrati che avranno il compito di gestirli siano sufficientemente incentivati a produrre programmi di attività idonei e in quantità adeguata. Si può pensare a meccanismi di incentivazione finanziaria degli enti stessi, nel senso che i trasferimenti di risorse devoluti agli enti gestori siano proporzionali al numero dei posti creati, eventualmente con un margine, per incentivarne la creazione o pensare a penalizzazioni degli enti poco solleciti nell'impostazione di piani di attività (ad es. riduzione dei trasferimenti correnti). Ancora più incisivo potrebbe essere l'incentivo se il numero di sussidi per area territoriale venisse condizionato all'offerta di posti di lavori socialmente utili organizzati dagli enti locali: in tal caso i comuni sarebbero assai responsabilizzati, per la presenza di una forte pressione locale.

Sempre nell'ottica di evitare effetti di incentivo non desiderabili, meritano di essere segnalati ancora due casi in cui il requisito della disponibilità al lavoro può non essere richiesto: soggetti maggiorenni, impegnati nell'attività di studio; soggetti maggiorenni, ma di età inferiore a quella massima prevista per la pensione di vecchiaia, impegnati in lavori di cura familiare in relazione a ben definite funzioni (ad esempio, cura di minori con età inferiore ai tre anni, presenza di un numero elevato di figli, cura di membri della famiglia colpiti da totale inabilità e incapaci di provvedere a se stessi).

Nel caso degli studenti, sarebbe utile distinguere tra soggetti che vivono all'interno del nucleo familiare originario e soggetti che hanno costituito un nuovo nucleo. Secondo questa proposta, in generale un maggiorenne che vive ancora nel nucleo di origine concorre a definire il numero dei componenti e le caratteristiche del nucleo familiare di origine, rilevante per la definizione della soglia sino alla quale opera il minimo vitale, solo se soddisfa le condizioni di disponibilità al lavoro sopra menzionate. Nel caso in cui tale soggetto maggiorenne sia dedito agli studi, il soddisfacimento delle condizioni di disponibilità al lavoro potrebbe essere postposto sino ad un'età che tenga conto della durata del piano di studi intrapreso e dell'assolvimento degli obblighi militari. La corresponsione dell'assegno del minimo vitale a studenti dovrebbe essere strettamente coordinata, se non addirittura sostituita con le provvidenze previste dalla normativa per il diritto allo studio. Nel caso di maggiorenni che

vivono al di fuori del nucleo familiare di origine e che soddisfano le condizioni di disponibilità al lavoro, l'assegno sarebbe erogato prendendo come riferimento la soglia di reddito corrispondente alle caratteristiche del nuovo nucleo familiare in cui essi sono inseriti. Tale regolamentazione potrebbe prevedere un'eccezione se il soggetto si è reso indipendente dal nucleo familiare di origine ed è studente (in età compresa tra i 18 anni e quella di completamento degli studi). In tale caso si suggerisce di applicare la stessa disciplina che si applica per lo studente che vive presso il nucleo originario. Tale eccezione è motivata dall'esigenza di evitare facili abusi (si pensi al grande numero di studenti universitari fuori sede che apparirebbero formalmente privi di mezzi e autonomi dai nuclei di origine) e di non incentivare i potenziali beneficiari ad abbandonare, o intraprendere senza adeguata convinzione, gli studi universitari (abbandono degli studi, intrapresi con modesta convinzione, soddisfacimento delle condizioni di disponibilità al lavoro al fine di ottenere il minimo vitale nella misura piena).

Il soddisfacimento della condizione di disponibilità al lavoro potrebbe essere considerata assoluta nel caso di maggiorenni, di età inferiore a quella massima prevista per la pensione di vecchiaia, impegnati in lavori di cura familiare. In tal caso la loro partecipazione alla fruizione delle prestazioni del minimo vitale è condizionata alla misura in cui tale membro concorre a definire la soglia di reddito familiare. Per questi ultimi, per lo più donne, occorrerà prevedere servizi di sostegno nelle attività quotidiane, di consulenza e formazione professionale in vista di un loro successivo rientro nel mercato del lavoro, per evitare che la "trappola della cura" si trasformi permanentemente in trappola della povertà. Secondo alcuni punti di vista, anche sulla base di esperienze già avviate a livello regionale, si potrebbero considerare favorevolmente politiche di incentivazione economica della cura degli anziani non autosufficienti (il c.d. assegno di cura), con positivi effetti di allentamento della domanda di ricoveri presso le strutture sanitarie e assistenziali pubbliche e private. La possibilità di tali interessanti evoluzioni delle prestazioni vanno valutate positivamente, purché compatibili con i vincoli finanziari. In una prima fase, la loro introduzione potrebbe essere lasciata all'autonomia e quindi al finanziamento decentrato.

E' importante sottolineare che i lavori socialmente utili non costituiscono surrogati di posti di lavoro. La loro funzione è ben diversa, quella di stabilire un rapporto positivo di scambio e solidarietà tra la società che offre una rete di protezione minima e chi la sorte ha, si spera temporaneamente, posto in una condizione di disagio. Questa considerazione ci pare rilevante nel valutare un aspetto previdenziale collegato a tali forme di attività. Secondo alcuni infatti, per il periodo trascorso nell'espletamento di tali lavori dovrebbero essere previste forme di contribuzione figurativa ai fini previdenziali. A nostro avviso, invece, in particolare con riguardo a giovani inoccupati, il carattere di rete di protezione temporanea dell'istituto induce ad escludere l'opportunità di contribuzioni figurative, che avrebbero anche l'effetto di aumentare considerevolmente il costo del programma.

Le casistica è vasta e complessa, ma sarebbe miope gettare ombre sull'applicabilità dell'istituto del minimo vitale sulla base di frettolose generalizzazioni di casi singoli. La possibilità di abusi certamente esiste, ed è ben presente nei numerosi paesi che hanno adottato istituti del genere. Ciò non ha impedito di mantenerli in vita, promuovendo la ricerca di criteri

di gestione sempre più efficienti. Le soluzioni qui indicate non sono le uniche possibili, ma sembrano idonee a combattere gli abusi. L'ansia di evitare i problemi di azzardo morale non devono poi fare dimenticare il ruolo di rete di salvezza che tale istituto conserva e, in termini positivi, le possibilità di integrazione che esso ha con politiche attive del mercato del lavoro e più in generale di reinserimento sociale, finalità che sono del tutto assenti nell'ordinamento attuale.

Titolarietà del diritto alla percezione dell'assegno. Anche se vi è generale consenso sul fatto che la corresponsione dell'assegno sia condizionata alla valutazione delle risorse economiche familiari equivalenti. Si può prevedere la ripartizione della prestazione tra i membri del nucleo familiare, attribuendo in tal modo un esplicito connotato individuale all'istituto. Il criterio più idoneo sembra essere quello che prevede la ripartizione dell'assegno tra i membri maggiorenni della famiglia o convivenza, con attribuzione delle quote relative ai minori al soggetto che dia maggiori garanzie di responsabilità nel gestire l'assegno in favore dei minori.

Finanziamento dell'assegno. La natura assistenziale del minimo vitale suggerisce l'opportunità di un finanziamento attraverso imposte generali, anche in considerazione dell'obiettivo di separazione tra aspetti previdenziali e assistenziali. In ogni caso, tuttavia, le risorse finanziarie dovranno essere compatibili con il vincolo di bilancio assegnato alla spesa di questo settore, illustrato nel capitolo iniziale e ripreso, per gli aspetti dell'assistenza, nell'ultimo paragrafo di questo capitolo.

Ragioni di gradualità della riforma e connesse alle difficoltà ancora presenti di realizzare efficaci accertamenti di talune componenti di redditi, potrebbero suggerire di conservare, in una fase iniziale, un parziale finanziamento di tipo contributivo.

La definizione di un finanziamento con imposte o con contributi non ha alcun effetto sostanziale sulla pressione fiscale, ma influisce soltanto sulle modalità con cui saranno regolati i trasferimenti dal bilancio dello Stato a favore degli enti che saranno responsabili della gestione degli istituti assistenziali, in generale, e del Minimo vitale, in particolare.

Gli adattamenti dei trasferimenti tra stato ed enti gestori sarebbero più ampi nel caso di integrale finanziamento con imposte. Nel caso di mantenimento, transitorio, dei contributi sociali, il finanziamento dell'istituto nella fase iniziale potrebbe essere realizzato utilizzando i contributi per l'assegno per il nucleo familiare, una nuova contribuzione a carico dei lavoratori autonomi della stessa misura di quella gravante sui lavoratori dipendenti per gli assegni familiari, e su imposte generali. Le due prime forme di contribuzione dovrebbero assumere una dimensione tale da coprire gli oneri per le prestazioni a beneficiari lavoratori o ex-lavoratori, mentre sarebbero a carico del bilancio dello stato gli oneri delle prestazioni a favore di soggetti inoccupati.

Dal punto di vista del finanziamento la differenza tra il primo e il secondo caso sta nel fatto che nel secondo la copertura della spesa delle prestazioni relative ai lavoratori (dipendenti e autonomi) sarebbe garantita dinamicamente con una gestione in pareggio che opera manovrando opportunamente le aliquote contributive, mentre nel primo caso (e anche nel secondo, limitatamente alle prestazioni a favore di inoccupati) il bilancio dello stato risulterebbe

il finanziatore di ultima istanza, con rischi di controllo della dinamica della spesa relativamente maggiori soprattutto nella fase iniziale in cui il costo del programma di spesa non è facilmente programmabile.

Coordinamento con l'imposizione personale sul reddito. E' unanime l'esigenza di considerare unitariamente gli effetti distributivi del minimo vitale e dell'imposta personale sul reddito, non solo per il ruolo fondamentale che la struttura progressiva delle aliquote dell'Irpef assolve nel redistribuire i redditi della collettività, ma anche perché l'imposta personale prevede esplicitamente detrazioni per familiari a carico, i cui effetti si intrecciano a quelli implicitamente presenti nel minimo vitale attraverso l'uso di scale di equivalenza nella definizione delle soglie di intervento. Sotto questo profilo, è auspicabile che le scale utilizzate nell'assegno per il minimo vitale siano coerenti con quelle implicite nella struttura di detrazioni dell'Irpef. La delega per la revisione della scala delle aliquote e delle detrazioni dell'Irpef, contenute nella legge di accompagnamento della Legge finanziaria per il 1997 (art. 3 c.145), appare però motivata da esigenze e prevede tempi di attuazione che non si inquadrano perfettamente con l'esigenza di disegnare, e quindi valutare in modo unitario, gli effetti redistributivi delle riforma in corso.

La delega si propone infatti principalmente di compensare, attraverso modificazioni della struttura delle aliquote e delle detrazioni, gli effetti della soppressione dei contributi sanitari e dell'introduzione dell'Irep, con revisioni di aliquote e delle detrazioni "finalizzate ad evitare che si determinino aumenti del prelievo fiscale per i diversi livelli di reddito". Al punto c) del c.145 dell'art.3 si prevede altresì "la revisione della disciplina concernente le detrazioni per carichi familiari, finalizzata soprattutto a favorire le famiglie numerose, rimodulando i criteri di attribuzione e gli importi, tenendo conto delle fasce di reddito e di talune categorie di soggetti, oltre che del numero delle persone a carico e di quelle componenti la famiglia che producono reddito." La reciproca coerenza tra i criteri direttivi citati e, a maggior ragione, tra questi e le esigenze di copertura finanziaria del minimo vitale non è immediata. Esiste poi un problema di *timing* delle riforme, in quanto il termine per l'esercizio della delega (undici mesi) rappresenta un lasso di tempo sicuramente inferiore a quello necessario per il varo delle riforme della spesa sociale qui delineate. Sarebbe necessario che l'espletamento della delega relativamente al punto c) citato venga coordinata e realizzata insieme all'introduzione del minimo vitale, in un quadro più ampio di riforma del prelievo personale sul reddito.

Lo strumento dell'imposta personale potrebbe anche essere considerato al fine di risolvere aspetti legati ai costi di cura di categorie di soggetti, ad esempio portatori di handicap, bisognosi di prestazioni particolari parasanitarie, consentendo, entro limiti adeguati, detrazioni anche per spese a carattere socio-assistenziale oltre che per quelle di tipo sanitario.

Gestione dell'istituto. E' convinzione radicata e ponderata che la gestione di un istituto di questo tipo, per la presenza di inevitabili personalizzazioni, per esigenze di controllo e soprattutto di coordinamento con l'erogazione di altri servizi reali di tipo assistenziale, possa essere realizzata in modo efficace solo in modo decentrato. Il livello comunale, che già assolve gran parte dei compiti di offerta di servizi sociali, dovrebbe costituire il punto di riferimento principale, nell'ambito di un coordinamento regionale. Tale soluzione può tuttavia sollevare

problemi di un corretto rapporto centro/periferia. La complessità di questo aspetti suggerisce di rinviarne la discussione ad un paragrafo successivo.

Istituti che il minimo vitale dovrebbe sostituire. Il minimo vitale assolve molteplici funzioni: sostegno dei redditi bassi con attenzione alle caratteristiche familiari, tutela di soggetti colpiti da handicap, incentivi al reinserimento sociale e nel mercato del lavoro; funzioni intrecciate l'una con l'altra, in un contesto in cui vincoli di bilancio impongono di riservare le non illimitate risorse a soggetti che presentano maggiori necessità. E' unanime l'opinione che non procrastinabili obiettivi di armonizzazione e razionalizzazione richiedano la creazione di un nuovo istituto che sostituisca, nella misura più estesa possibile, quelli esistenti, frammentati e inefficaci. Non sembrano esservi ostacoli sostanziali a che il minimo vitale sostituisca, in combinazione con le detrazioni fiscali, gli assegni per nucleo familiare e gli assegni familiari, i programmi assistenziali destinati alla popolazione anziana (pensione sociale e assegno sociale della riforma Dini) e alla garanzia delle invalidità civili attualmente erogate dal Ministero degli Interni (pensioni di invalidità civile, pensione per ciechi e sordomuti), estendendo il proprio dominio anche a istituti con a carattere assistenziale, come le integrazioni minimo.

Più variegati sono i punti di vista con riguardo al mantenimento dell'indennità di accompagnamento o all'introduzione di programmi specificamente orientati al sostegno dei figli. Con riguardo all'assegno di accompagnamento, vi è chi sostiene che si tratta di una misura squisitamente di cittadinanza, non sostituibile dai servizi, salvo che in caso di istituzionalizzazione, e chi invece sostiene che, nell'ambito di un disegno degli istituti assistenziali caratterizzato in senso selettivo per le erogazioni monetarie e volto all'espansione dell'offerta dei servizi reali, possa essere valutata positivamente l'opportunità di porre un tetto di reddito, naturalmente più alto della soglia per cui si ha accesso al minimo vitale.

Più complessi sono invece i problemi relativi agli istituti a favore dei figli. Due aspetti meritano attenta considerazione. Da un lato, vi è chi ritiene si debba considerare l'opportunità di fornire un sostegno alle famiglie con figli, in modo parzialmente o totalmente indipendentemente dal reddito. Dall'altro lato, in conseguenza della soppressione dell'istituto degli assegni familiari, attualmente erogato anche a famiglie con reddito superiore alla soglia del minimo, si pone il problema delle famiglie a reddito basso (ma superiore alla soglia di povertà), che con la riforma qui proposta subirebbero una perdita di benefici. L'assegno al nucleo familiare nella disciplina vigente assolve infatti un duplice ruolo: di equità orizzontale, in quanto cerca di porre sullo stesso piano famiglie di diversa composizione, e di equità verticale, dato che essi sono erogati in funzione decrescente con il livello del reddito familiare. Con il passare del tempo questa seconda funzione ha assunto un ruolo sempre più ampio e il passaggio al minimo vitale costituirebbe un ulteriore rafforzamento delle esigenze di equità verticale. Affronteremo entrambi questi problemi, che meritano un'autonoma discussione, in un paragrafo successivo.

Stime della spesa. La valutazione della spesa del nuovo istituto non è di facile determinazione. I punti di riferimento sono le proposte della Commissione povertà e della CTSP, che si riferiscono tuttavia a modalità di attuazione che solo in parte coincidono con quelle che si stanno delineando in questa nota. Rispetto alla proposta della CTSP, più affine a

quella qui considerata per quanto riguarda la definizione dell'importo delle provvidenze, va tenuto presente che nel nostro caso il minimo vitale sostituisce, immediatamente, gli assegni familiari e la pensione sociale e, gradualmente, con riguardo ai soli flussi di nuovi beneficiari, gli istituti di invalidità del Ministero degli Interni. Gli studi di valutazione compiuti nell'ambito della ricerca condotta dalla CTSP indicano che la variabilità della spesa prevista risulta abbastanza ampia a seconda del grado di maggiore o minore rigore con cui vengono definite le condizioni di ammissibilità per i soggetti inoccupati. Infine va ricordato che rispetto alle stime esistenti, questa proposta intende fare riferimento a criteri di determinazione dei mezzi più rigorosi, che tengano conto non solo del reddito (il solo criterio sulla cui base sono state elaborate le stime delle precedenti ricerche), ma anche di elementi patrimoniali. Per questo aspetto i risparmi di spesa potrebbero rivelarsi maggiori. In primissima approssimazione, che deve tuttavia trovare riscontri in nuove stime condotte sulla base di metodologie appropriate e alternative (modelli di microsimulazione e altre fonti), per una copertura del 50% della soglia di quasi-povertà pari al 60% del reddito procapite dovrebbero essere impegnati, nella fase iniziale dell'istituto, in cui gli istituti soppressi influiranno molto limitatamente sulla spesa, non meno di 15 mila miliardi. A regime la spesa sarà naturalmente via via più ampia, ma compensata dalle riduzioni di spesa per gli istituti soppressi. Si ripete che tale indicazioni quantitative sono del tutto preliminari.

5.2 Due problemi aperti: le prestazioni a favore dei figli e la sostituzione dell'assegno al nucleo familiare

L'intervento pubblico a favore dei figli solleva questioni da sempre dibattute da parte di studiosi e politici. Il tema affonda le sue radici sostanzialmente in motivazioni che non attengono ad aspetti di efficienza allocativa, ma a giudizi di valore. Per semplicità possiamo distinguere tre diverse posizioni.

La prima sostiene che i figli sono il frutto di una libera scelta, che non è compito dello stato sostenere e tantomeno premiare. Il corollario di tale impostazione è che l'intervento dello stato tramite imposte o trasferimenti non trova alcuna giustificazione.

Partendo da un altro punto di vista si sottolinea che i figli non sono necessariamente il frutto di una libera scelta e che, conseguentemente, la loro presenza può giustificare interventi che, pur senza costituire incentivi alla procreazione, riconoscano le situazioni di disagio economico che possono comportare. A questo proposito si pone il problema di decidere se l'intervento (sotto forma ad esempio di abbattimenti di imponibile, detrazioni fiscali o corresponsioni di assegni) vada esteso a tutte le famiglie o limitato e/o reso particolarmente efficace per quelle in condizioni di povertà. La scelta dipende dall'intento di privilegiare obiettivi rispettivamente di equità orizzontale e o verticale, e dalla coerenza del vincolo di risorse disponibili.

Se il costo dell'allevamento è l'unica motivazione, il problema di temperare obiettivi di equità orizzontale e verticale viene risolto, nel caso dell'istituto del minimo vitale, accettando il principio che l'impegno dello stato nei confronti delle fasce più deboli dei cittadini si attesti al di sotto di date soglie di risorse familiari, articolate in funzione dei diversi bisogni; utilizzando lo strumento della scala di equivalenza: questa ha la funzione di graduare, sotto il profilo dei costi, famiglie di diversa composizione e struttura. In questa prospettiva, l'impegno di risorse

collettive a favore dei figli non dovrebbe superare le soglie sopracitate e non vi sarebbe spazio per erogazioni a soggetti che dispongano di risorse in misura superiore, e men che meno per prestazioni a carattere universale.

A questo punto di vista si contrappongono visioni che vedono nell'allevamento dei figli un bene non solo per chi responsabilmente ha deciso e voluto contribuire alla riproduzione sociale, ma anche un bene collettivo, meritevole di sostegno e riconoscimento da parte della collettività, non tanto in termini di incentivazione positiva, ma di parziale alleggerimento dei costi economici. Infine, in una logica economicistica, ma con le stesse conseguenze per il disegno degli istituti assistenziali, si potrebbe argomentare che la procreazione e l'allevamento dei figli produce un'esternalità positiva (i contribuenti di domani) a favore di coloro che tale scelta non hanno compiuto che merita di essere compensata, anche se in misura parziale, con un trasferimento monetario. Un tasso di riproduzione adeguato è, ad esempio, funzionale alla sostenibilità di sistemi pensionistici a ripartizione.

Analoghe problematiche si pongono, come noto, nel campo dell'imposta personale sul reddito, in particolare nella giustificazione e determinazione della struttura delle detrazioni per familiari a carico. Una sintetica riflessione su questo aspetto sembra opportuna per l'evidente connessione esistente tra l'imposta personale e il minimo vitale.

Richiamiamo anzitutto che l'imposta personale del nostro paese ha come unità impositiva l'individuo e non la famiglia. La scelta di un'unità impositiva diversa dall'individuo, contestata nel 1976 da una sentenza delle Corte costituzionale, introduce comunque l'interferenza di un fattore fiscale nella decisione di formare o meno una famiglia. Nell'ordinamento vigente sono previste detrazioni per i figli, per il coniuge e, in misura inferiore, per i familiari per i quali il soggetto di imposta sia tenuto agli alimenti (inclusi figli oltre i 26 anni, se privi di reddito, genitori e suoceri, nipoti). L'ammontare della detrazione per coniuge a carico è molto più elevata di quella relativa ai figli, anche se è più difficile sostenere che il coniuge configuri un costo. Le detrazioni per i figli sono costanti e non riconoscono la presenza di costi marginali variabili (ma non necessariamente decrescenti) al variare del numero dei figli e sono di importo ridotto. La presenza di una detrazione per il coniuge a carico è sintomatica dell'esigenza del legislatore di realizzare un compromesso rispetto a posizioni che vedono nella famiglia la corretta unità impositiva ai fini della definizione della capacità contributiva. Le detrazioni per familiari a carico, così come quelle di produzione di reddito da lavoro dipendente, sono uguali per tutti i contribuenti, indipendentemente dal livello di reddito imponibile. Esistono tuttavia detrazioni, differenziate per lavoratori dipendenti ed autonomi, di ammontare non particolarmente elevato, che prevedono un limite massimo di reddito, oltre il quale le detrazioni non vengono accordate. Tale limite massimo è però riferito alle singole componenti del reddito, in contrasto con il principio di sottoporre a tassazione il reddito *complessivo* dell'individuo.

Anche una superficiale riflessione lascia intuire la presenza di molteplici irrazionalità e l'opportunità di una profonda revisione della disciplina vigente e che il conflitto a proposito dell'opportunità di istituti universali a favore dei figli è inevitabilmente presente anche all'interno dell'imposta personale sul reddito. L'adozione di un'unità impositiva individuale ha tuttavia indotto il nostro legislatore - ma tale modo pragmatico di affrontare il dilemma è comune alla

quasi totalità delle imposte personali di altri paesi - a introdurre correttivi che si muovono nella direzione di recuperare un sia pur blando riferimento al reddito familiare.

Preme tuttavia sottolineare che, qualunque sia la scelta politica riguardo a provvidenze di carattere monetario a favore dei figli, l'obiettivo può essere raggiunto in modo efficiente all'interno dell'Irpef con un appropriato disegno delle detrazioni per familiari a carico. In questa ottica, la presenza di un autonomo istituto di sussidi a favore dei figli non è indispensabile.

Se una soluzione di compromesso dovesse rivelarsi quella più idonea in questa fase storica, le detrazioni dall'Irpef per i figli dovrebbero essere elevate rispetto ai valori vigenti. L'obiettivo di trasferimenti a carattere universale a favore dei figli e il principio della selettività dell'intervento pubblico potrebbero trovare un punto di compromesso con un sistema di detrazioni decrescenti all'aumentare della somma dei redditi dei coniugi ed erogate sino a livelli di reddito congruamente più elevati delle soglie previste per l'applicazione del minimo vitale. La modalità applicativa di questa proposta non comporterebbe un abbandono del principio di tassazione su base individuale, ma richiederebbe semplicemente la segnalazione nella dichiarazione dei redditi di un soggetto del reddito imponibile del coniuge, al fine di consentire la determinazione delle detrazioni per figli spettanti.

La considerazione delle politiche a favore dei figli all'interno dell'Irpef può prestare il fianco alla critica che in tal modo (ed è questa una delle giustificazioni portate all'esistenza dell'attuale istituto dell'assegno per il nucleo familiare) le detrazioni non potrebbero essere pienamente godute per incapienza di reddito da famiglie con figli e a reddito basso. Le detrazioni per figli devono quindi essere determinate con molta attenzione, al fine di minimizzare disparità di diritti e di trattamento tra i contribuenti delle fasce più basse dell'Irpef, che, pur non potendo accedere all'istituto del minimo vitale, in quanto contribuenti dell'Irpef non possono usufruire in misura piena delle detrazioni di imposta per i figli a causa dell'incapienza delle imposte lorde. Il problema potrebbe inoltre essere aggravato se nel passaggio dal vecchio al nuovo ordinamento l'incapienza dell'imposta lorda si presentasse per soggetti con reddito maggiore del minimo, che abbiano perso il diritto agli assegni familiari. Qualora fasce significative di famiglie dovessero risultare svantaggiate nella fruizione delle detrazioni per figli a carico a causa dell'incapienza dell'imposta lorda, si dovrebbero prevedere rimborsi dell'eccedenza delle detrazioni rispetto all'imposta lorda. Casi circoscritti di particolare disagio potrebbero infine essere sanati da interventi integrativi nell'ambito di politiche assistenziali degli enti locali.

5.3. Gestione del minimo vitale e federalismo

Il successo di un istituto del minimo vitale costruito secondo le linee sopra indicate dipende in misura significativa dall'esistenza di condizioni al contorno che toccano altri comparti della spesa di protezione sociale e anche i rapporti istituzionali e finanziari tra diversi livelli di governo.

Per quanto riguarda il rapporto con altri settori della spesa di protezione sociale sono già state sottolineate le interdipendenze con gli ammortizzatori e le politiche attive del lavoro (minimo vitale come rete di sicurezza per i disoccupati di lunga durata e come punto di partenza per occasioni di iniziative di formazione e incentivazione alla ricerca di lavoro per gli

inoccupati) e con gli istituti della sanità (prestazioni nei confronti di portatori di handicap e a favore della popolazione anziana).

Si è, d'altro canto, sottolineato che una corretta gestione di un istituto di questo tipo, soprattutto negli aspetti più delicati di controllo delle forme di abuso, ma anche, in positivo, nel necessario collegamento con forme innovative di inserimento sociale e di adattamento alle molteplici forme in cui si manifestano le esclusioni sociali, richiede la valorizzazione del ruolo dei livelli di governo decentrati, i comuni in particolare, nell'ambito di una funzione di programmazione controllo di competenza, nell'attuale ordinamento, delle Regioni.

Gli aspetti di interdipendenza con la sanità pongono problemi di definizione corretta dei rapporti tra diversi livelli di governo, in considerazione delle caratteristiche del finanziamento dell'organizzazione del servizio sanitario nel nostro paese, di competenza delle regione, con parziale finanziamento statale, gestito da enti decentrati a carattere funzionale, le Aziende Sanitarie Locali.

Le note che seguono non rappresentano ancora una proposta su questi nodi problematici intorno ai quali da decenni si sono avvicendate proposte, ma semplicemente un'elencazione delle scelte che le autorità politiche saranno chiamate a compiere.

Si possono immaginare, come primo punto di partenza, due modelli di rapporti intergovernativi, entro cui collocare l'istituto del minimo vitale e in più in generale la spesa socio-assistenziale, che si differenziano a seconda del ruolo che si vuole riservare al governo centrale nella funzioni finanziamento: un modello esplicitamente federale e un modello a decentramento regionale. In entrambi i casi risulterebbe prioritario il varo di una legge nazionale che disciplini i principi generali dell'assistenza.

Nel modello federale, ancora lontano dalle caratteristiche istituzionali attuali, la funzione dello stato è semplicemente quella di definire il quadro normativo generale entro cui si articolano le prestazioni assistenziali, definendo i punti di riferimento all'interno del Governo, le forme di controllo dell'attività degli enti decentrati, la definizione dei livelli di servizi e degli standard minimi. Non vi sarebbero in questo caso trasferimenti dal centro ai livelli inferiori di governo (Regioni+Enti locali), ma l'autonomia tributaria sarebbe definita in modo tale da garantire ai livelli decentrati risorse sufficienti a finanziare servizi secondo gli standard fissati, con possibilità di differenziazione territoriali in funzione delle preferenze e delle disponibilità a pagare delle comunità locali. La perequazione delle risorse tra aree forti e deboli del paese sarebbe assolta da un sistema di trasferimenti a carattere generale, e quindi non specificamente indirizzato alla funzione assistenziale.

Nel modello di decentramento, il disegno istituzionale non si discosterebbe in modo significativo da quello realizzato per il servizio sanitario. Oltre alla definizione del quadro istituzionale e alla eventuale definizione degli standard, lo stato conserverebbe funzioni di finanziamento ed eventualmente di gestione delle prestazioni, integrando le risorse delle regioni e dei comuni. Il quantum di tale fondo dovrebbe tenere conto del decentramento che la proposta sopra indicata prevede con l'assorbimento nell'ambito del minimo vitale di funzioni attualmente svolte da organismi centrali (Ministero degli interni, Ministero del Lavoro e Inps) e del costo della produzione dei servizi integrativi per inoccupati e disoccupati di lunga durata. Tale modello, che trova, come noto, la sua giustificazione nell'esigenza di fornire livelli

relativamente uniformi di prestazioni in tutto il territorio nazionale, può però entrare in conflitto con una visione ampia dell'autonomia regionale. Esso richiede l'assolvimento di non facili compiti di determinazione dei fabbisogni finanziari regionali, dà adito a conflitti tra centro e periferia sull'adeguatezza e sulla ripartizione delle risorse destinate al finanziamento del minimo vitale, attenua la solidità del vincolo di bilancio, a cui si dovrebbero attenere i livelli inferiori di governo, necessario per dare efficienza e legittimazione democratica alla propria amministrazione.

La prima prospettiva è senza dubbio quella più responsabilizzante degli enti decentrati e quella più rispettosa, nell'ambito di una normativa a carattere nazionale, delle preferenze delle comunità locali. Ragioni di gradualismo ci inducono tuttavia a proseguire la riflessione prendendo come punto di riferimento la seconda ipotesi.

Una volta ammessa l'esistenza di un finanziamento da parte dello stato, è necessario individuare i soggetti destinatari. In questo aspetto si tocca con mano il costo dell'assenza di una legge di indirizzo in materia assistenziale, le cui funzioni sono delegate alle regioni e ai comuni con modalità che non precisano in modo chiaro le rispettive aree di azione e i vincoli finanziari. Il quadro attuale appare infatti frammentato e disegnato dalle esperienze delle poche regioni che hanno manifestato iniziativa legislativa sul tema. E' tuttavia ben noto che tale corpo di legislazione regionale presenta molte difformità da regione a regione, sia nei principi, che nella definizione delle prestazioni e degli obblighi relativi dei diversi attori (regione, comuni, Asl, enti di assistenza pubblica e privata).

Secondo gli estensori di questa nota due punti sembrano non derogabili: l'esistenza di un ruolo di responsabilità finale e di programmazione esercitato dall'ente regionale, un ruolo di gestione che abbia come soggetto principale i comuni.

L'aspetto più problematico è costituito dall'esistenza di forti aspetti di produzione congiunta per servizi a carattere assistenziale/sanitario a favore degli anziani, dei portatori di handicap, la cui gestione è attualmente realizzata sia dalle ASL, per la parte sanitaria, sia da Comuni e altri enti, per la componente assistenziale. E' opinione molto diffusa che l'attuale assetto presenti vistose differenziazioni nel territorio a seconda della maggiore o minore iniziativa politica a livello regionale e locale e che anche nelle realtà più progredite la duplicità di riferimento istituzionale (ASL o Comune) sia poco soddisfacente. Secondi molti l'applicazione delle linee di riforma progressiva della sanità iniziata nel 1992 porta, per molteplici ragioni, a sacrificare la quantità e la qualità dei servizi a carattere socio-assistenziale. Di fronte a problemi di offerta congiunta una risposta ovvia è l'unificazione della gestione. Unico sarebbe il fondo per sanità e assistenza dallo stato alle regioni. Anche a livello regionale il bilancio e le funzioni di Sanità e assistenza dovrebbero essere unificate. In questo caso tuttavia la differenza strutturale degli aspetti assistenziali e sanitari che non appartengono all'area di sovrapposizione, la relativa specializzazione che è dei Comuni per l'area assistenziale e delle ASL per quella sanitaria, rendono poco plausibile questa drastica soluzione, che pure è stata adombrata in proposte recentissime.

La separazione delle funzioni, a cui corrisponderebbe per l'assistenza un regime parallelo a quello della sanità sembra essere nel medio periodo l'opzione più realistica, corrispondente peraltro alla gran parte dei progetti di riforma presentati nel passato che non hanno trovato

attuazione. Essa tuttavia lascia aperta la definizione delle competenze e delle responsabilità per la componente sanitaria/assistenziale al livello più decentrato. Le valutazioni degli studiosi e degli operatori su questo aspetto non sono univoche. Sembrerebbe tuttavia ragionevole che la valorizzazione della qualità dei servizi in un'ottica di assistenza integrata debba lasciare per tale area di sovrapposizione uno spazio decisionale e di responsabilità finanziaria maggiore ai Comuni. Accordi di programma tra Comuni, enti pubblici e privati erogatori dei servizi e Aziende sanitarie locali possono rivelarsi uno strumento flessibile nelle realtà più evolute. In altre è invece necessario un intervento di indirizzo più forte da parte della Regione, soprattutto imponendo o incentivando fortemente le aggregazioni dei comuni nei casi, molto frequenti, di sottodimensionamento rispetto alle funzioni da espletare in questo campo.

Ulteriori problemi nascono dall'esistenza di un tessuto molto ampio di enti pubblici e privati che attualmente hanno un ruolo molto importante nell'offerta dei servizi di natura sanitaria/assistenziale. Nel caso degli enti pubblici (si pensi in particolare alle Ipub) è essenziale pervenire ad un chiarimento delle loro funzioni e delle modalità di utilizzo del patrimonio finalizzato alla riproduzione dei servizi sociali.

Per tutti gli enti, inclusi quindi anche quelli di natura privata, siano essi a carattere non profit o imprese, è necessaria una ridefinizione delle forme di regolamentazione (modalità di appalto dei servizi, controllo della qualità, ecc.), che nell'attuale situazione non sembra essere sotto controllo e presenta aspetti insoddisfacenti.

Non va infine sottaciuto che nell'area dei servizi parasanitari di cura sono presenti vaste sacche di lavoro non regolare in cui è urgente un intervento di regolamentazione delle autorità regionali.

Le caratteristiche dei servizi assistenziali pongono il problema dei soggetti destinati a gestire gli istituti di redistribuzione monetaria, in cui si sostanzia in gran parte la funzione del minimo vitale. Al momento attuale concorrono a svolgere tali funzioni il Ministero degli Interni, l'Inps e i livelli decentrati di governo (sostanzialmente i comuni). Un progetto di razionalizzazione deve prevedere un unico ente gestore ed erogatore. Questo può essere concepito a livello centrale (plausibilmente l'Inps) o a livello decentrato, inquadrato nel ridisegno delle competenze e delle modalità di finanziamento ed erogazione delle prestazioni assistenziali. Da un lato sembra ragionevole utilizzare i canali esistenti. Si è però anche sottolineato che la gestione degli aspetti più delicati dell'istituto del minimo vitale (come suggeriscono peraltro anche le esperienze locali in atto) richiede una capacità di adattamento alle realtà particolari che, fatti salvi principi generali comuni a tutta la realtà nazionale, può essere più facilmente soddisfatta a livello decentrato.

**COMMISSIONE PER L'ANALISI DELLE
COMPATIBILITÀ MACROECONOMICHE
DELLA SPESA SOCIALE**

I PRINCIPALI ISTITUTI ASSISTENZIALI IN ITALIA¹

a cura di P.Bosi, G.Carnevali, F.Massicci

Allegato 2 al Documento di base n. 3

¹ Nell'elaborazione di questa nota abbiamo fatto ampio riferimento a M.Matteuzzi, *Strumenti di assistenza pubblica e politica sociale*, CTSP, Ricerca n.3, luglio 1996. Si ringrazia il dott. Paolo Secondini per la collaborazione prestata.

Sommario

A.1. Integrazioni al minimo; A.2. I trattamenti per invalidità; Provvidenze per invalidi civili; Provvidenze per i ciechi; Provvidenze per i sordomuti; A.3. Pensioni sociali; A.4. Gli assegni familiari; A.5. Le pensioni di guerra.

In questa nota si fornisce una descrizione dei principali istituti di carattere assistenziale vigenti nel nostro paese. Si considereranno in particolare: le integrazioni al minimo, i trattamenti di invalidità dell'INAIL, dell'INPS; le pensioni di invalidità civile, inclusa l'indennità di accompagnamento e le provvidenze a favore di ciechi e sordomuti, le pensioni sociali, l'assegno sociali, gli assegni per il nucleo familiare, le pensioni di guerra.

A1. Integrazioni al minimo

Introdotte nel 1952 con l'articolo 10 della legge 218, le integrazioni al minimo sono una forma di sostegno al reddito dei pensionati che sulla base del loro reddito pensionabile e della loro anzianità contributiva, ovvero dei parametri che determinano l'importo della pensione, non sono in grado di raggiungere un livello di reddito ritenuto minimo e fissato dal legislatore.

Esistono tre forme di integrazione: l'integrazione totale, l'integrazione parziale e le pensioni c.d. "cristallizzate".

Al 1 gennaio 1997 l'importo di integrazione al minimo totale era pari a L.685.400 lire mensili. Sono previste quote aggiuntive per casi particolari (maggiorazione sociale, maggiorazione agli ex-combattenti).

I limiti di reddito che devono essere soddisfatti per avere diritto all'integrazione sono di L.8.910.200 per l'integrazione totale; compreso tra L.8.910.201 e L.17.820.400 per l'integrazione parziale. Nel caso in cui il beneficiario sia coniugato deve essere soddisfatto anche un requisito di reddito riferito al reddito cumulato con quello del coniuge pari a L.26.730.600 per l'integrazione totale e compreso tra L.265.730.600 e L.35.640.800 per l'integrazione parziale.

Le pensioni "cristallizzate" sono trattamenti liquidati originariamente al trattamento minimo aventi decorrenza anteriore al 30 settembre 1983 e che a seguito dell'assoggettamento alle disposizioni della legge n 638/83 conservavano l'importo in vigore alla suddetta data: erano 407.505 nel 1993.

Nel 1993 le pensioni integrate al minimo rappresentavano il 24% del totale delle pensioni FPLD, il 64,8% per la gestione CDCM, il 50,9% per la gestione Artigiani e il 52,1% per la gestione Commercianti. Le pensioni inferiori al minimo e quelle supplementari erano, nel 1993, pari al 18,6% nel FPLD, al 29,7% nel CDCM, al 30,4% nella gestione Artigiani e al 36,3% nella gestione Commercianti. La rilevanza dell'integrazione al minimo è particolarmente forte per le pensioni di invalidità. Ad esempio per il CDCM le pensioni di invalidità integrate al minimo erano pari al 79,1%, mentre per la stessa gestione il 19,4% era inferiore al minimo. Anche per le altre gestioni speciali dell'INPS le proporzioni non erano dissimili. L'ammontare della spesa per integrazioni al minimo non è disponibile in statistiche o pubblicazioni ufficiali. Al gennaio 1996 il numero delle pensioni e la spesa erano quelle risultanti dalla tabella che segue.

Tab. 1.1

Numero e spesa per pensioni integrate al minimo, per tipo e gestione - 1996

	<i>FPLD</i>	<i>CDCM</i>	<i>Artigiani</i>	<i>Commercianti</i>	<i>Totale</i>
<i>Numero delle pensioni (migliaia)</i>					
Vecchiaia e anzianità	1160	572	174	253	2159
Invalità	1176	832	223	172	2403
Superstiti	771	74	124	79	1048
Totale	3107	1478	521	504	5610
<i>Spesa in miliardi di lire</i>					
Vecchiaia e anzianità	6224	2171	750	1085	10230
Invalità	7718	5746	1346	1033	15843
Superstiti	3718	426	682	427	5253
Totale	17660	8343	2778	2545	31326

Degli oltre 31 mila miliardi di integrazioni, 17,6 mila riguardano il FPLD. Un ammontare molto rilevante della spesa, tenuto conto della dimensione della categoria, è indirizzata alla gestione dei CDCM. Per tipologia di integrazione, si può notare che metà della spesa è impegnata per integrare pensioni di invalidità, a conferma del ruolo ampiamente assistenziale di questo istituto.

I principali interventi normativi sono stati quello della L.33 del 1980 che ha previsto l'erogazione di due tipi di minimo in funzione dell'anzianità contributiva e quelli del 1983, che introducono il collegamento per il diritto all'integrazione al trattamento minimo di pensione con il reddito soggetto all'IRPEF e prevedono una più stringente disciplina in caso di concorso di più pensioni (l'integrazione al minimo non spettava a chi percepiva più pensioni se la somma delle pensioni era almeno pari all'importo del trattamento minimo). La legge 638/83 prevede che l'integrazione al minimo non spetti ai soggetti che posseggano redditi propri assoggettabili all'IRPEF per un importo superiore a due volte l'ammontare annuo del trattamento minimo del FPLD. Dal computo dei redditi vengono esclusi il TFR, i redditi della casa di abitazione e l'integrazione medesima.

La riforma Amato ha introdotto ulteriori modifiche: i) l'anzianità contributiva minima per accedere all'integrazione viene gradualmente portata da 15 a 20 anni; ii) per accedere al diritto all'integrazione, dal 1994 il reddito personale complessivo non deve superare il doppio del livello minimo di pensione, mentre per i soggetti coniugati si introduce un riferimento al reddito della coppia e non più al reddito personale. Sono stati fatti salvi i requisiti per le pensioni concesse sino alla fine del 1993.

A cavallo tra la riforma Amato e la riforma Dini vi è stata la disposizione della Corte Costituzionale che, affermando il carattere contributivo dell'integrazione al minimo, rende possibile la presenza di più di una pensione integrata al minimo in capo ad un unico soggetto.

Con l'introduzione del criterio contributivo l'integrazione al trattamento minimo scompare, ma solo per i pensionati che calcoleranno la loro rendita completamente con il metodo contributivo. Il trattamento minimo viene sostituito dall'assegno sociale il cui importo viene

fissato in lire 6.240.000 per il 1996. Tuttavia l'istituto dell'integrazione rimarrà in vigore per tutte le pensioni il cui importo verrà calcolato con il metodo retributivo o seguendo il criterio del pro-rata. La possibilità che vi siano ancora nuovi trattamenti pensionistici integrati permarrà fino a quando tutte le nuove pensioni non saranno liquidate con il metodo contributivo ovvero nel 2035. Il peso di questa forma di sostegno dovrebbe tuttavia risultare decrescente sia a causa del raggiungimento della maturità per le gestioni autonome dell'INPS, che in passato hanno fortemente usufruito di questo istituto, sia per il restringimento dei criteri di reddito e di anzianità contributiva introdotti nel corso degli ultimi anni.

La riforma Dini ha poi introdotto ulteriori modifiche all'istituto. In particolare:

i) nella fase transitoria l'integrazione viene estesa anche ai dipendenti del settore pubblico alle medesime condizioni previste per gli iscritti all'INPS per i trattamenti di vecchiaia e di reversibilità; ii) nel caso in cui il soggetto interessato al trattamento sia coniugato si eleva da tre a quattro volte il limite di reddito² (inteso come la somma dei redditi dei due coniugi) che permette di ottenere l'integrazione.

La relazione tecnica stima che questi due provvedimenti provocheranno un maggior aggravio di spesa nel periodo 1996-2005 pari a 537 e 786 miliardi rispettivamente.

A2. I trattamenti per invalidità

I trattamenti pensionistici di invalidità sono prestazioni in cui i confini tra elementi previdenziali ed elementi assistenziali sono incerti e labili. Per questa ragione spesso, anche a livello di decisioni di politica economica le pensioni di invalidità hanno assunto connotati e svolto funzioni che le hanno accomunate alle componenti assistenziali della spesa del settore pubblico. La mancanza di un indirizzo programmatico chiaro e univoco da parte del legislatore ha inoltre permesso che questo istituto fosse utilizzato, in particolare negli anni '70 e '80 anche come ammortizzatore sociale e a fini di stabilizzazione pregiudicandone in questo modo l'equilibrio nella gestione.

Nell'ambito del panorama istituzionale italiano si possono distinguere tre principali tipologie di trattamento dell'invalidità: 1) Pensioni indennitarie (INAIL); 2) Pensioni di invalidità dei lavoratori (INPS); 3) Pensioni di invalidità civile (Ministero dell'Interno).

1) *Le pensioni indennitarie dell'INAIL.* Per queste pensioni l'aspetto assistenziale è assente in quanto i trattamenti sono corrisposti a fronte del versamento di contributi e in corrispondenza al verificarsi di eventi che nell'ambito dell'attività lavorativa dell'assicurato provochino una menomazione e/o una riduzione della capacità di lavoro. Per le pensioni indennitarie si è quindi in presenza di un criterio assicurativo nella fissazione del livello dei contributi e delle prestazioni e questo esclude il perseguimento di funzioni assistenziali.

² Per i pensionati con decorrenza compresa tra l'1 gennaio e il 31 dicembre 1994 il reddito cumulato è pari a 5 volte l'importo annuo del minimo. Per i pensionati con decorrenza successiva al 31 dicembre 1994 il reddito cumulato è stato elevato da tre a quattro volte l'importo annuo al minimo.

2) *Pensioni di invalidità Inps a favore dei lavoratori* (FPLD, CDCM, Artigiani e Commercianti e, dal 1995, anche dipendenti del settore pubblico): il diritto per questo trattamento viene ottenuto da coloro che sono già entrati nel mercato del lavoro nel caso in cui si verifichi una riduzione della capacità di lavoro. La prestazione è corrisposta solo se il lavoratore ha versato almeno 5 anni di contributi di cui almeno 3 negli ultimi 5 anni. L'ammontare della pensione è calcolato con criteri analoghi alle modalità di calcolo delle pensioni di vecchiaia.

Il primo importante riferimento normativo nell'ambito della regolamentazione di questo istituto è la legge n. 222/84 con la quale le condizioni per l'acquisizione del diritto al trattamento di invalidità dell'INPS sono diventate molto più selettive rispetto al passato. Prima di questa legge il concetto di invalidità veniva definito in relazione alle condizioni fisiche del lavoratore con riferimento anche alla situazione socio-economica in cui il medesimo era inserito. Questa interpretazione favoriva criteri di valutazione in cui i margini di discrezionalità per l'assegnazione del diritto erano elevati. Il passaggio, esplicitato chiaramente nella legge del 1984, dal riferimento alla riduzione della capacità di guadagno a quello di riduzione della capacità lavorativa per l'ottenimento del diritto alla pensione di invalidità ha fortemente ristretto i margini di discrezionalità per l'assegnazione del trattamento e conseguentemente la dinamica di questa componente della spesa del settore previdenziale si è ridotta sia rispetto alle altre componenti che rispetto al PIL (vedi paragrafo successivo).

A partire dal 1984 la pensione di invalidità, prima unica, può prendere due forme:

- i) *assegno ordinario di invalidità* viene erogato nel caso di riduzione della capacità lavorativa fino a due terzi. L'assegno ha durata triennale e dopo due rinnovi si trasforma in pensione. Viene considerato invalido il lavoratore la cui capacità di lavoro sia ridotta in modo permanente a causa di infermità o di difetto fisico e mentale. L'importo dell'assegno, prima della riforma Dini, era calcolato in funzione dell'anzianità contributiva e della retribuzione pensionabile e veniva integrato al minimo solo nel caso in cui il soggetto interessato si trovasse in una situazione reddituale tale da garantirgli il diritto alla pensione sociale. Al compimento dell'età pensionabile l'assegno si trasforma in pensione di vecchiaia se il soggetto possiede i necessari requisiti contributivi. Nel caso in cui l'assegno non raggiunga il valore di trattamento minimo e i redditi del beneficiario siano inferiori ai limiti di legge viene concessa l'integrazione assistenziale di importo pari a quello della pensione sociale. fino al raggiungimento dell'importo del trattamento minimo. L'assegno non è reversibile in caso di morte del beneficiario e si trasforma in pensione di vecchiaia al compimento dell'età di pensionamento di vecchiaia e in presenza dei requisiti contributivi minimi (17 anni) e della cessazione del rapporto di lavoro.
- ii) *pensione di inabilità* viene erogata nel caso di riduzione totale e permanente della capacità di svolgere qualsiasi attività lavorativa. Anche in questo caso è necessario il requisito contributivo dei 5 anni di contribuzione. La pensione è costituita dall'importo dell'assegno di invalidità e da una maggiorazione che viene calcolata in modo differente a seconda che l'assicurato appartenga al FPLD o alle gestioni speciali. In sostanza nel calcolo dell'importo della maggiorazione, gli anni che mancano al raggiungimento dell'età pensionabile vengano aggiunti a quelli effettivamente lavorati. L'imposto della pensione è quindi più elevato di quello dell'assegno. La pensione non si trasforma in pensione di vecchiaia al raggiungimento

dell'età pensionabile, ma è reversibile ai superstiti in caso di morte dei pensionati ed è integrata al minimo sulla base della normativa vigente per le pensioni dell'assicurazione generale obbligatoria. La pensione è incompatibile con qualsiasi attività lavorativa, al contrario dell'assegno di invalidità che permette la continuazione dell'attività lavorativa.

La riforma Dini del 1995 ha modificato i criteri di calcolo dell'importo delle pensioni di invalidità ed inabilità ed ha allargato la platea dei fruitori delle medesime. Coerentemente con l'impianto dato al sistema pensionistico nel lungo periodo, anche i trattamenti di invalidità saranno, a regime, completamente calcolati in base al criterio contributivo e cioè in relazione all'importo dei contributi versati. Nei casi in cui l'assegno di invalidità venga liquidato completamente con il metodo contributivo e cioè per i soggetti che entrano nel mercato del lavoro a partire dal 1996, si utilizzerà il coefficiente di trasformazione relativo all'età di 57 anni anche se l'età dell'assicurato è inferiore. Per i soggetti con meno di 18 anni di anzianità contributiva si utilizzerà il criterio del pro-rata ed in questo caso il coefficiente di trasformazione viene applicato solo alla quota dei contributi versati dopo l'introduzione del metodo contributivo.

Per quanto riguarda la pensione di inabilità la riforma prevede che le maggiorazioni vengano computate secondo il sistema contributivo per il riconoscimento di un'anzianità contributiva comunque non superiore a 40 anni.

L'acquisizione al diritto della pensione di invalidità avviene ancora dopo il versamento di contributi per almeno 5 anni.

Sono inoltre previste riduzioni dell'importo del trattamento nei casi di cumulo con redditi da lavoro dipendente, autonomo e d'impresa. Tali riduzioni sono pari al 25% dell'importo dell'assegno se il reddito risulta superiore a 4 volte il minimo annuo del FPLD e al 50% se il reddito è superiore a 5 volte il trattamento minimo.

E' poi prevista la non cumulabilità con l'assegno di invalidità dell'INAIL, liquidato per lo stesso evento, fino a concorrenza della rendita stessa.

Tali restrizioni salvaguardano comunque i diritti acquisiti dai pensionati.

La riforma Dini infine introduce la pensione di invalidità anche per i dipendenti del settore pubblico, con criteri analoghi a quelli applicati ai dipendenti del settore privato.

Le pensioni di invalidità dell'INPS erano pari a 4.018.000 alla fine del 1993 per un importo totale di 35.858 mld. di lire ed un valore medio che a livello nazionale era di circa 8,9 milioni di lire annui. Di queste il 34,3% andava al Nord, il 22,1% al Centro e il 43,6% al Mezzogiorno. La proporzione tra numerosità della popolazione e numero di trattamenti di invalidità rendeva questa prestazione molto più diffusa nel Mezzogiorno e nel Centro rispetto al Nord: per ogni 100 abitanti erano presenti infatti rispettivamente 8,6 , 8,1 e 5,2, trattamenti di invalidità (ISTAT 95). Nell'anno successivo, il 1994, il numero totale di pensioni di invalidità in pagamento era sceso a 3.830.000, l'importo annuo in pagamento era pari a 35.680 mld. di lire e quello medio annuo era di 9,3 milioni di lire.

L'evoluzione della spesa per pensioni di invalidità dell'INPS nell'ultimo decennio viene descritta nella tabella 2.1 dove sono riportati i valori assoluti a prezzi 1994 della spesa aggregata e il numero dei trattamenti nel periodo 1984-1994.

Tab. 2.1		
Numero e spesa per pensioni di invalidità INPS e variazioni % (milioni di lire 1994)		
<i>Anno</i>	<i>Numero</i>	<i>Importo</i>
1984	5.178.000	40.934.000
1986	4.937.000	40.774.000
1988	4.731.000	41.386.000
1990	4.463.000	40.751.000
1992	4.190.000	39.015.000
1994	3.830.000	35.680.000
84-86	- 4,6%	-0,3%
86-88	-4,1%	+1,5%
88-90	-5,6%	-1,5%
90-92	-6,1%	-4,2%
92-94	-8,6%	-8,5%

Fonte: ISTAT, Rapporto Annuale 1995

Il numero delle pensioni di invalidità, che aveva raggiunto il suo massimo nel 1982 (ISTAT 1996) con 5.436.506 trattamenti, è continuamente diminuito a causa delle restrizioni nell'interpretazione del concetto di invalidità ricordate nel paragrafo introduttivo. Il tasso di diminuzione delle pensioni è crescente e porta il numero totale di trattamenti a 3.830.371 alla fine del 1994.

I dati sugli importi aggregati delle pensioni confermano il trend decrescente di questa componente della spesa per pensioni. In particolare, in termini reali i tassi di crescita dell'aggregato iniziano ad essere negativi a partire dal 1990 .

Anche in termini di composizione della spesa totale per pensioni si può notare che i trattamenti di invalidità ed inabilità passano dal 39,8% del totale delle pensioni INPS nel 1974 al 40,5% nel 1982 quando raggiungono il massimo e scendono poi costantemente negli anni successivi fino a raggiungere il 26,5% del totale nel 1994 (ISTAT 1995).

Una conferma al fenomeno riscontrato negli stock viene anche da un'analisi sui flussi di nuove pensioni di invalidità ottenuto dalla tabella 2.2 dove viene descritta la distribuzione per anno di decorrenza degli assegni di invalidità e delle pensioni di inabilità sempre a partire dal 1984.

Tab. 2.2		
Pensioni di invalidità. Flusso annuale delle domande presentate ed accettate		
<i>Anno</i>	<i>Domande definite</i>	<i>Domande accolte</i>
1988	307.068	104.877
1989	291.358	100.163

1990	264.954	89.659
1991	256.353	86.296
1992	238.290	83.071
1993	234.890	66.490
1994	186.700	66.058

Fonte: Statistiche non pubblicate INPS

La quota maggiore delle pensioni di invalidità è integrata al minimo. In particolare, come risulta dalla tabella 2.3. in termini aggregati alla fine del 1993, il 17,8% dei trattamenti era di importo inferiore al minimo, il 56% era integrato al minimo e solo il 25,5% era di importo superiore al minimo. Il valore aggregato però nasconde una distribuzione sostanzialmente diversa tra le differenti gestioni dell'INPS. Infatti, mentre le pensioni superiori al minimo erano circa il 39% per il FPLD per le altre gestioni la quota oscillava tra l'1,5% e il 7,6%. Allo stesso modo i trattamenti minimi erano il 45% circa per il FPLD e variavano tra il 63% e il 71% per le altre gestioni. Questi dati confermano il ruolo fortemente assistenziale giocato dal sistema pensionistico in Italia soprattutto per quanto riguarda le gestioni dei lavoratori autonomi.

Tab. 2.3			
Distribuzione delle pensioni di invalidità per gestione e per classe di importo			
	<i>Inferiori al minimo</i>	<i>Integrate al minimo</i>	<i>Superiori al minimo</i>
FPLD	14,7%	45,4%	39,9%
CDCM	19,4%	71,1%	1,5%
Artigiani	28,4%	63,9%	7,7%
Commercianti	29,1%	65,6%	5,3%
Totale	17,8%	56,6%	25,6%

Fonte: ISTAT, Statistiche dei trattamenti previdenziali, 1995. Nostre elaborazioni

Dall'analisi dei dati quindi trovano conferma due importanti caratteristiche dell'istituto delle pensioni di invalidità dell'INPS:

- i) la sua maggior diffusione nel Mezzogiorno e al Centro che al Nord. Il rapporto tra il numero di pensioni di invalidità e il numero totale di trattamenti pensionistici erogati era infatti pari rispettivamente a 0,325; 0,254 e 0,149 alla fine del 1993;
- ii) la sua maggior diffusione tra le gestioni speciali dei lavoratori autonomi rispetto al FPLD. Il rapporto tra trattamenti di invalidità e totale delle pensioni erogate era infatti pari a 0,234 per il FPLD, 0,294 per la gestione Commercianti, 0,358 per la gestione Artigiani, 0,489 per la gestione CDCM, sempre alla fine del 1993.

E' stato ricordato che la riforma Dini ha introdotto una serie di norme restrittive sui cumuli delle pensioni di invalidità con altri redditi (Art. 1 c. 42) e con la rendita INAIL (Art. 1 c. 43).

La relazione tecnica del Governo stima che l'introduzione di queste modifiche alla normativa previdenziale determinerà nel prossimo decennio risparmi crescenti per il bilancio pubblico. In particolare i bilanci sarebbero pari a 987 e 4.080 miliardi rispettivamente per il periodo 1996-2005. D'altra parte l'introduzione del trattamento di invalidità anche per il settore pubblico a partire dal 1996 (Art. 2 c. 12) produrrebbe maggiori costi per il bilancio pubblico pari a 1609 miliardi di lire lungo il medesimo periodo.

3) *Pensioni di invalidità del Ministero dell'Interno*: sono trattamenti tipicamente assistenziali erogati dal Ministero dell'Interno ai cittadini colpiti da invalidità (non udenti, non vedenti e invalidi civili) che siano in possesso di redditi inferiori a determinati livelli minimi. L'importo dei trattamenti è determinato sulla base del grado di invalidità ed è subordinato al rispetto di limiti nel livello del reddito individuale fissati dal legislatore. La caratteristica assistenziale di questo tipo di trattamenti è evidente in quanto questi sono erogati in assenza di una specifica contribuzione e fanno riferimento anche al livello di reddito del fruitore.

Le prestazioni si possono articolare in tre grandi classi: 1) provvidenze per invalidi civili; 2) provvidenze per i ciechi; 3) provvidenze per i sordomuti.

Nella prima classe si includono: 1) l'assegno mensile per invalidi civili parziali; 2) la pensione di inabilità per invalidi civili totali; 3) l'indennità di accompagnamento per invalidi civili totali; l'indennità mensile di frequenza per invalidi civili minori di 18 anni.

Per i ciechi si ricordano: 1) La pensione non reversibile per ciechi assoluti; 2) la pensione non reversibile per ciechi civili parziali; 3) l'assegno vitalizio per ciechi decimisti; 4) l'indennità speciale per ciechi parziali ventimisti; 5) l'indennità di accompagnamento per ciechi assoluti.

Per i sordomuti: 1) pensione non reversibile; 2) indennità di comunicazione.

Provvidenze per invalidi civili

Assegno mensile. Spetta agli invalidi parziali di età compresa tra 18 e 65 anni con percentuale di invalidità di almeno il 74%. L'assegno mensile è per il 1997 di L.381.600, purché il beneficiario non abbia un reddito superiore a L.5.077.800 (limite di reddito previsto per l'ottenimento della pensione sociale). Requisito specifico per la provvidenza è l'iscrizione nelle liste speciali di collocamento al lavoro. L'assegno è incompatibile con le pensioni dirette di invalidità dell'Inps e con trattamenti di invalidità concessi per causa di guerra, lavoro e servizio. Al compimento del 65esimo anno, in sostituzione all'assegno, viene concessa dall'Inps la pensione sociale.

Pensione di inabilità per invalidi totali. Spetta agli invalidi civili totali di età compresa tra 18 e 65 anni con limite di reddito personale per il 1997 non superiore a L.22.310.775. L'importo dell'assegno mensile è di L.381.600. Al 65esimo anno del titolare si trasforma in pensione sociale a carico dell'Inps.

Indennità di accompagnamento. Gli invalidi totali hanno diritto ad un'indennità di accompagnamento che può essere concessa, senza alcun limite di età, a soggetti che si trovino nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non

essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognino di un'assistenza continua. La provvidenza è concessa al solo titolo della minorazione, indipendentemente da altri redditi. L'importo dell'indennità di accompagnamento per gli invalidi civili per il 1997 è di L. 767.980, un ammontare più che doppio dell'importo della pensione di invalidità che alla stessa data è pari a L.381.600 lire mensili. L'indennità non è vincolata a limiti reddituali ed è cumulabile con la pensione di invalidità. Non spetta a ricoverati permanenti in istituti a titolo gratuito. Non è incompatibile con l'attività lavorativa. E' incompatibile con analoghe prestazioni concesse per invalidità contratte per causa di guerra, lavoro e servizio. I pluriminorati civili possono cumulare le indennità di accompagnamento spettanti per cieco civile e invalido civile. Il peso dell'indennità di accompagnamento è risultato crescente a partire dalla legge n. 508/88, che ne determinò un sostanziale incremento rispetto alla normativa precedente. Nel 1996 la spesa per tale istituto è stimata in 7850 miliardi di lire.

Provvidenze per i ciechi

Pensione non reversibile per ciechi assoluti. Spetta ai ciechi assoluti a decorrere dal 18esimo anno e si estende anche oltre il 65esimo anno di età. L'importo della provvidenza varia da L.412.655 per ciechi non ricoverati a L.381.600 per ciechi ricoverati. E' subordinata al limite di reddito personale di L.22.310.775.

Pensione non reversibile per ciechi parziali. Spetta, anche oltre i 65 anni, ai ciechi con residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi, senza limiti di età, con reddito personale non superiore nel 1997 a L.22.310.775. L'importo mensile del beneficio è di L.381.600 per il 1997.

Indennità di accompagnamento. Spetta ai ciechi assoluti, al solo titolo della minorazione, non collegata a limiti di reddito né a limiti di età. L'importo mensile per il 1997 è di L.1.056.750.

Provvidenze per sordomuti

Pensione non reversibile. Spetta ai sordomuti tra i 18 e 65 anni, con ipoacusia pari o superiore a 75 decibel, con reddito personale non superiore nel 1997 a L.22.310.775. L'importo dell'assegno è di L.381.600. Al 65esimo anno si trasforma in pensione sociale. E' cumulabile con altri trattamenti di invalidità Inps, guerra, lavoro e servizio.

Indennità di comunicazione. Spetta al solo titolo della minorazione ai sordomuti senza limiti di reddito e di età. L'importo mensile è di L.311.780 per il 1997.

La riforma Dini non ha apportato modifiche alla normativa sulle pensioni di invalidità civile.

La spesa dello Stato per pensioni assistenziali, in particolare quella per le pensioni di invalidità civile, presenta una dinamica completamente differente rispetto a quella evidenziata per le pensioni di invalidità INPS. Nel 1996 la spesa per pensioni di invalidità civile è stata pari a 14.960 miliardi di lire, mentre le pensioni per i ciechi e per i sordomuti erano nello stesso anno pari a 1.540 e 237 miliardi rispettivamente. Il numero di trattamenti pensionistici assistenziali (pensioni di invalidità civile, pensioni ai non vedenti e ai sordomuti) erogati dallo

Stato alla fine del 1996 era pari a 1.423.466. Di questi 1.263.533 erano pensioni di invalidità civile, 40.390 erano pensioni ai non udenti e 119.543 erano pensioni ai non vedenti. I trattamenti erano distribuiti secondo la seguente percentuale: il 36% circa andava al Nord, il 20% al Centro e 44% al Mezzogiorno.

L'evoluzione dei valori nominali di queste tipologie di spesa nel corso degli ultimi dieci anni sono descritte dalla tabella 2.4.

Tab. 2.4			
Pensioni assistenziali dello Stato (miliardi di lire)			
<i>Anno</i>	<i>Invalidità civile</i>	<i>Non vedenti</i>	<i>Sordomuti</i>
1984	3.153	618	43
1986	5.089	733	49
1988	6.895	822	52
1990	11.072	1.101	186
1992	11.603	1.339	203
1994	14.264	1484	222
1995	14.481	1490	234
1996	14960	1540	237

Fonte: Relazione Generale sulla situazione economica del Paese, vari anni e, per il 1996, Ministero degli Interni.

La quota del numero e dell'importo delle pensioni assistenziali³ descritta nella tabella 2.5 conferma l'ipotesi di un peso tendenzialmente crescente e probabilmente complementare alla caduta del peso delle pensioni di invalidità INPS, nel corso degli ultimi dieci anni nell'ambito delle spese pensionistica.

Tab. 2.5		
Incidenza percentuale delle pensioni assistenziali sul totale dei trattamenti pensionistici		
<i>Anni</i>	<i>Quota del numero di trattamenti assistenziali sul totale</i>	<i>Quota dell'importo dei trattamenti assistenziali sul totale della spesa per pensioni</i>
1984	7,4	5,1
1986	8,7	5,8
1988	9,1	6,1

3 A differenza della tabella precedente nelle pensioni assistenziali dell'ISTAT sono comprese anche le pensioni sociali erogate dall'INPS. Nel periodo in considerazione questo trattamento non conosce però una dinamica particolarmente sostenuta tanto che la quota delle stesse rispetto alle pensioni INPS resta costante.

1990	10,1	6,6
1992	9,8	6,1
1993	9,9	6,2

Fonte: ISTAT, Statistiche sui trattamenti pensionistici (1995).

Il numero dei trattamenti assistenziali passa dal 7,4% del totale dei trattamenti pensionistici nel 1984 al 10,1% nel 1990 per poi stabilizzarsi negli anni successivi. Più contenuta risulta la dinamica dell'importo dei trattamenti rispetto al totale della spesa per pensioni anche a causa degli importi ridotti di questo tipo di prestazioni.

A3 . Pensioni sociali

La pensione sociale è per certi versi l'unica forma di minimo garantito esistente in Italia. Istituita nel 1969, con la legge 153, è erogata dall'INPS agli ultrasessantacinquenni sprovvisti di reddito, o, nel caso di soggetti che vivono in coppia, con redditi inferiori a certe soglie, e a tutti i cittadini che al compimento del sessantacinquesimo anno di età beneficiavano di una pensione di invalidità erogata dal Ministero dell'Interno. Non è reversibile ai superstiti. L'importo della pensione sociale era nel 1995 pari a 357.000 lire per tredici mensilità, e spettava in misura ridotta fino a concorrenza di tale importo, per chi aveva redditi inferiori. Nel decennio 1985-95 erano previste anche eventuali maggiorazioni, subordinate a determinati requisiti di reddito, il cui importo, dopo il 1988 era stato elevato a 125.000 lire mensili. Le pensioni sociali sono esenti da Irpef e indicizzate ai prezzi, con adeguamenti dal 1 gennaio di ogni anno. Per i soggetti coniugati i limiti di reddito cui è subordinata la concessione della pensione sociale sono calcolati con riferimento al reddito del percettore e del coniuge.

La riforma Dini (art.3, c 6) ha sostituito, a decorrere dal 1 gennaio di quest'anno, la pensione sociale e le maggiorazioni con un assegno sociale di importo pari a 480.000 per 13 mensilità.

In ogni caso l'importo della pensione sociale e dell'assegno sociale risultano nettamente inferiori alle più comuni misure della linea della povertà. Lo strumento realizza solo parzialmente il ruolo di un minimo vitale. Inoltre i limiti di reddito per il single e per la coppia non appaiono definiti in modo razionale. Con riferimento, ad esempio, al 1996 il limite di reddito per il single era pari a L.4.891.900, mentre ammontava a L.20.338.050 nel caso di un beneficiario che viveva in famiglia. La scala di equivalenza implicita tra single e coppia risultava quindi pari a 0,236, un valore assai inferiore a quello delle scale di equivalenza calcolate per il nostro paese (è ad esempio pari a 0,59 per la scala Carbonaro). Un'altra irrazionalità è costituita dal fatto che nel caso di beneficiario in famiglia, ai fini del limite di reddito, siano rilevanti solo i redditi del coniuge e non anche quelli di altri membri della famiglia.

Il numero delle pensioni sociali si è ridotto negli ultimi vent'anni, passando da 840 mila nel 1974, a 718 mila nel 1995. Di queste oltre l'80% era erogato a favore di donne, in relazione alla scarsa partecipazione al mercato del lavoro dell'attuale generazione di anziane. In Italia il peso delle pensioni sociali sul totale della popolazione ultrasessantacinquenne è di circa 78 anziani su 1000. Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, secondo dati riportati dal

rapporto ISTAT 95, delle pensioni sociali erogate al 31 dicembre 1994 il 41,5% riguardava il Mezzogiorno, il 22,3% il Centro e il 36,2% il Nord. Il numero delle pensioni sociali è da dieci anni in continuo declino. Anche la spesa in termini monetari si è mantenuta pressoché stazionaria negli ultimi quattro anni. Nel futuro, l'aumento delle generazioni di donne con più elevate anzianità contributive permetterà a un numero sempre maggiori di lavoratrici l'accesso alla pensione di vecchiaia. In direzione opposta opera l'invecchiamento progressivo della popolazione.

A4. Gli assegni familiari

Introdotta nel 1988, con d.l. 13 marzo 1988, n.69, l'Assegno unico al nucleo familiare sostituisce i precedenti assegni ordinari e integrativi. L'importo dell'Assegno varia in relazione al reddito familiare, al numero dei suoi componenti e alla presenza di soggetti infermi. Si stima che nel 1996 circa 3 milioni e mezzo di nuclei familiari risultino beneficiari. Il nucleo familiare rilevante si limita ai coniugi, ai figli minorenni e a quelli maggiorenni totalmente inabili al lavoro. Diviene totalmente irrilevante per la corresponsione degli assegni il numero dei percettori, mentre è decisivo il reddito del nucleo familiare.

Il diritto a percepire l'assegno sussiste solo se nel nucleo familiare la somma dei redditi da lavoro dipendente o da prestazione previdenziale derivante da lavoro dipendente o da pensione è pari almeno al 70% dell'intero reddito familiare.

L'assegno spetta ai seguenti soggetti: lavoratori dipendenti in attività; disoccupati indennizzati; lavoratori cassintegrati; lavoratori in mobilità; lavoratori assenti per malattia o maternità; lavoratori richiamati in armi; lavoratori in aspettativa per cariche pubbliche; lavoratori dell'industria o marittimi in congedo matrimoniale; assistiti per tubercolosi; pensionati o ex-lavoratori dipendenti.

L'assegno spetta per i seguenti componenti, anche se non conviventi con il richiedente e non a carico: lo stesso richiedente; il coniuge non legalmente ed effettivamente separato; i figli con meno di 18 anni; i figli maggiorenni inabili, che si trovano, per difetto fisico o mentale, nell'assoluta e permanente possibilità di dedicarsi ad un proficuo lavoro. Del nucleo familiare fanno inoltre parte fratelli, sorelle, nipoti minorenni, o maggiorenni se inabili, qualora siano orfani di entrambi i genitori e non ricevano una pensione ai superstiti.

Oltre agli assegni al nucleo familiare sopravvivono i "vecchi" assegni familiari nella misura di 19.760 lire per i familiari a carico, per categorie particolari di beneficiari, in particolare coltivatori diretti, mezzadri e coloni, pensionati per la gestione speciale di lavoratori autonomi, a condizione che vivano a carico del richiedente e il nucleo familiare non superi determinati limiti di reddito.

Per il 1997 la struttura degli assegni familiari è quella descritta nelle seguenti tabelle. Recenti modifiche hanno esteso la platea di beneficiari, nonché rivalutato in misura consistente l'ammontare degli assegni, con particolare riguardo alle famiglie numerose. Rivalutazioni ancora più consistenti hanno riguardato le famiglie con un solo genitore, le cui prestazioni per il passato erano differenziate da quelle con entrambi i genitori esclusivamente con una diversa ampiezza delle fasce di reddito.

La disciplina dei sostegni ai carichi familiari attraverso il meccanismo dei sussidi ha subito varie trasformazioni nel corso del tempo, dalla sua introduzione che risale in Italia al 1934, ai giorni nostri. L'assetto attuale dell'istituto ha subito una radicale trasformazione dal 1988, con l'introduzione dell'assegno unico al nucleo familiare, in sostituzione del previgente sistema degli assegni familiari. Tuttavia può essere utile ripercorrere anche le vicende passate, in quanto a) testimoniano un impegno finanziario del settore pubblico un tempo assai più rilevante che ora; b) la perdita di peso degli assegni familiari denota un disimpegno per i sostegni alla famiglia in Italia rispetto ad altri paesi; c) si tratta di un istituto i cui obiettivi hanno incerti confini, e un breve esame dell'evoluzione nel tempo della normativa, sia per quanto riguarda la titolarità dei diritti, sia relativamente all'entità dell'intervento, può servire a inquadrare più correttamente gli obiettivi che è possibile ed opportuno assegnare a tale tipo di intervento.

Per quanto riguarda la storia dell'istituto nel nostro paese può essere utile ricordare che la sua introduzione è pressoché contemporanea ad altri paesi europei: infatti risale allo stesso 1934 in Francia, al 1930 in Belgio, al 1939 in Olanda, al 1948 nel Regno Unito. Si caratterizza inizialmente come intervento di natura previdenziale, a completamento del sistema italiano di sicurezza sociale, che aveva dapprima introdotto l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro dell'industria (1898), quella per invalidità e vecchiaia dei lavoratori dipendenti (1919), già operante in forma facoltativa dal 1898. Allo stesso 1919 risale l'assicurazione contro la disoccupazione e al 1926 quella contro le malattie.

Tab. 4.1

Assegni al nucleo familiare applicati dal 1.7.96 al 31.6.97, alle famiglie con entrambi i genitori (importi annuali in migliaia di lire)

<i>Nucleo generico Reddito familiare</i>	<i>Nucleo con un inabile</i>	<i>Numero dei componenti il nucleo familiare</i>					
		2	3	4	5	6	7
fino a 18.241	fino a 33.439	1080	2460	4740	6828	9336	11784
18.242-22.801	33.440-37.997	840	2160	4200	6468	9156	11424
22.802-27.360	37.998-42.557	600	1740	3600	5928	8976	11064
27.361-31.918	42.558-47.116	240	1260	3000	5508	8616	10704
31.919-36.478	47.117-51.676	0	840	2100	4608	7716	9624
36.479-41.038	51.677-56.235	0	480	1560	4128	7416	9264
41.039-45.587	56.236-60.794	0	240	1080	3348	6936	8844
45.598-50.155	60.795-65.353	0	240	720	2568	6456	8364
50.156-54.714	65.354-69.911	0	0	480	1968	6036	8064
54.715-59.273	69.912-74.471	0	0	480	1728	4296	7584
59.274-63.833	74.472-79.030	0	0	0	1728	2916	5544
63.834-68.392	79.031-83.590	0	0	0	0	2916	4164
68.393-72.952	83.591-88.150	0	0	0	0	0	4164

Tab. 4.1bis

Assegni al nucleo familiare applicati dal 1.7.96 al 31.6.97, alle famiglie con un solo

genitore (importi annuali in migliaia di lire)							
<i>Nucleo generico Reddito familiare</i>	<i>Nucleo con un inabile</i>	<i>Numero dei componenti il nucleo familiare</i>					
		2	3	4	5	6	7
fino a 21.281	fino a 36.478	1800	3360	7500	10080	13200	16260
21.282-25.841	36.479-41.038	1440	3000	6780	9660	13020	15840
25.842-30.398	41.039-45.597	960	2460	6060	8940	12780	15360
30.399-34.957	45.598-50.155	420	1860	5280	8280	12300	14940
34.958-39.518	50.156-54.714		1320	4200	7320	11220	13560
39.519-44.077	54.715-59.273		900	3480	6720	10800	13140
44.078-48.636	59.274-63.833		600	2880	5760	10200	12600
48.637-53.195	63.834-68.392		600	2460	4740	9600	12000
53.196-57.753	68.393-72.953			2160	4020	9120	11640
57.754-62.314	72.954-77.512			2160	3720	6900	11040
62.315-66.874	77.513-82.070				3720	5160	8460
66.875-71.433	82.071-86.629					5160	6720
71.434-75.993	86.630-91.187						6720

Dei principali istituti della sicurezza sociale, solo la pensione di reversibilità (1939) è successiva agli assegni familiari. Gli assegni familiari infatti furono introdotti in occasione di un accordo tra Confederazione degli industriali e sindacati in connessione alla riduzione dell'orario di lavoro dell'industria da 48 a 40 ore, teso a dare sostegno all'occupazione, con conseguente riduzione del salario in proporzione alle ore lavorate. Per rendere compatibile tali riduzioni con il mantenimento di un tenore di vita accettabile, limitatamente agli operai che subiscono la decurtazione di orario e hanno più di 2 figli si accordano gli assegni familiari. Le modalità di finanziamento sono di tipo contributivo e sono in un primo tempo ripartite tra datori di lavoro e lavoratori. Gli assegni vengono riconosciuti inizialmente in misura uguale per ogni figlio oltre la primo, conformemente alla struttura di base degli assegni attualmente vigente in Francia. Negli anni immediatamente successivi gli assegni vengono estesi al primo figlio, e vengono accordati a tutti gli operai dell'industria indipendentemente dalla riduzione di orario di lavoro. Vengono poi introdotti da contratti collettivi anche nei settori del commercio, del credito, delle assicurazioni e dei servizi tributari appaltati. Successivamente (1937), conformemente a politiche di incentivo demografico, vengono estesi a tutti gli operai, compresi quelli dell'agricoltura, e a tutti gli impiegati con reddito fino a certe soglie. Inoltre vengono stabilite delle maggiorazioni al crescere del numero di figli. Nel 1940 viene istituita la "Cassa unica per assegni familiari", e vengono esentati i lavoratori dai contributi a loro carico. Inoltre gli assegni vengono estesi al coniuge e ai genitori a carico e nel 1944 vengono eliminate le maggiorazioni per i figli successivi al primo e al terzo. Nel 1945 con d. lgs. 722, la disciplina degli assegni familiari venne estesa ai dipendenti del settore pubblico, con l'istituzione di un'integrazione allo stipendio che assume la denominazione di "aggiunta di famiglia". Nello stesso anno vengono introdotti massimali dalla base di contribuzione, che, con vari adeguamenti, resteranno in vigore fino al 1974. L'introduzione del massimale segna un elemento a favore del principio della controprestazione di tipo assicurativo e l'affermazione della prevalenza di obiettivi di equità orizzontale rispetto a quelli di equità verticale. L'abbandono delle maggiorazioni per i

successivi figli e l'introduzione di assegni per gli altri familiari segna l'abbandono di politiche di più marcata incentivazione demografica.

I due tipi di obiettivi (equità orizzontale e verticale) erano risultati largamente coincidenti sia negli anni precedenti la guerra, sia in quelli immediatamente successivi, in quanto, dati i modesti importi dei salari, risultava evidente che il sostegno ai carichi familiari numerosi si associava di fatto al sostegno contro la povertà. Lo sviluppo dell'istituto degli assegni familiari appare assai accentuato nella prima fase, sia in rapporto al PIL, sia relativamente alle altre spese dell'INPS. Gli A.F. coprono infatti nel 1942 ben il 70% delle prestazioni dell'INPS. Negli anni successivi alla guerra gli importi degli assegni vengono più volte adeguati e si vengono a costituire varie sezioni autonome della Cassa, accentuando il carattere professionale dell'Istituto in controtendenza con l'affermarsi dei principi universalistici sanciti dal Piano Beveridge per la Gran Bretagna. Inoltre viene elevato il massimale contributivo ed è anche introdotto un limite minimo di retribuzione per l'applicazione del contributo, recependo con ciò un criterio già applicato in materia previdenziale.

La disciplina degli A.F. riceve un'ampia sistemazione con il Testo Unico del 30 maggio '55 (DPR 797). Gli assegni vengono indicizzati ai prezzi e vengono corrisposti in tutti i casi in cui i lavoratori dipendenti percepiscano prestazioni sostitutive delle retribuzioni, comprese le indennità di disoccupazione e le pensioni e rendite di inabilità. I beneficiari degli assegni vengono individuati, dallo stesso T.U., nei lavoratori dipendenti capi-famiglia, a prescindere dall'età, dal sesso, dalla nazionalità e dalle condizioni economiche individuali e familiari. Nel 1961 le gestioni della Cassa Unica passano da nove settori a tre e la disciplina di aliquote contributive e assegni suddivide i lavoratori in sole due categorie. Vengono eliminate le indicizzazioni introdotte nel 1955. Nel 1964 inoltre viene prevista l'eliminazione dei massimali, che resteranno in vita tuttavia, fino al 1974. Gli assegni familiari sono inoltre progressivamente estesi a nuove categorie: dapprima ai lavoratori in Cassa integrazione, e ai lavoratori disoccupati. Nel 1967 vengono corrisposti anche a coltivatori diretti, mezzadri e coloni. Dal 1974 vengono applicati alle pensioni erogate dall'INPS, sostituendo precedenti quote di maggiorazione delle medesime. A fronte di tale crescente estensione della platea dei beneficiari si inizia tuttavia un processo di contrazione dell'incidenza della spesa per assegni rispetto al PIL. Quest'ultima aveva raggiunto il suo massimo all'inizio degli anni cinquanta (2,70% nel 1953), ed è rimasta su valori al di sopra del 2% fino al 1962, per poi discendere, con ritmi prima lenti, negli anni sessanta e poi più decisi, dopo gli anni settanta, approdando allo 0,3% del 1995. Il numero di assegni familiari accordati passa da 12,5 milioni nel 1960 a 20,5 milioni nel 1982.

Con la riforma tributaria gli assegni vengono dapprima tassati, poi nel 1977 esentati per il 50% e nel 1978 esentati totalmente.

Dopo la metà degli anni settanta, il sostanziale equilibrio tra contributi e prestazioni viene meno e si delineano avanzi crescenti della gestione assegni familiari, che verranno impiegati per finanziare le altre gestioni. Viene così meno ogni collegamento tra contributi e prestazioni, mentre gli avanzi crescenti della gestione offrono supporto finanziario alla dilatazione della spesa previdenziale. Questa situazione, già di fatto operante in passato, è stata istituzionalizzata con la riforma del sistema pensionistico. L'art. 3, comma 23, della legge n. 335/1995 prevede infatti lo storno di tali avanzi all'innalzamento dell'aliquota contributiva dovuta a favore del

Fondo pensioni lavoratori dipendenti, dal 27% al 32%. La tab. 4.2, tratta da Commissione di indagine sulla povertà (1995), riporta dati di fonte INPS che illustrano il fenomeno sopra descritto. La disciplina rimane stabile fino al 1983, quando vengono introdotti i cosiddetti assegni integrativi, come esito di un accordo tra Governo e Confindustria. Questi ultimi vengono riservati a contribuenti al disotto di certe soglie di reddito e hanno importi decrescenti al crescere del reddito e crescenti al crescere dei figli a carico, di età inferiore ai 18 anni.

Per la prima volta vengono individuati requisiti in termini di reddito per la corresponsione degli assegni integrativi, con netta affermazione di criteri di redistribuzione verticale. Con la legge finanziaria per il 1984, il requisito di reddito viene introdotto anche per gli assegni ordinari. Nel 1986 con la legge finanziaria del 28 febbraio il riassetto in tale direzione procede. Viene infatti per ogni tipo di nucleo familiare individuato un livello di reddito di riferimento, sulla base delle dimensioni del nucleo, della eventuale presenza di inabili al lavoro e delle condizioni anagrafiche del capofamiglia. Notevole rilievo viene ad assumere la numerosità del nucleo per la corresponsione degli assegni ordinari e degli assegni integrativi. Nel 1987 si assiste a rivalutazioni dei limiti di reddito per la corresponsione degli assegni.

La normativa degli anni ottanta, nel rendere più selettivo l'istituto degli assegni, ne ha determinato la contrazione del numero dei beneficiari. Il numero dei capifamiglia che percepiscono assegni erogati dall'INPS è infatti sceso da 8,650 milioni nel 1982 a 3,320 milioni nel 1991.

Tab. 4.2

Trattamenti di famiglia gestiti dall'INPS

<i>Anno</i>	<i>Prestazioni</i>	<i>Contributi</i>	<i>Prestazioni/contributi</i>	<i>Prestazioni /PIL</i>
1975	2083	1881	110,7	1,503
1980	2568	4673	55,0	0,686
1985	4183	8534	49,0	0,516
1990	6485	13237	49,0	0,494
1992	5284	15867	33,3	0,351
1995 (b)	5044	16537	30,5	0,287

Fonte: elaborazioni fornite dall'INPS.

Per gli assegni al nucleo familiare era prevista una norma di indicizzazione sui limiti di reddito delle classi cui si associano gli importi degli assegni. La norma di indicizzazione tuttavia non si estende alla misura degli assegni erogati, il che contribuirà a determinarne una rilevante erosione nei sette anni che vanno dal 1988 al 1995. In tale periodo l'indice del costo della vita operai-impiegati sale a 144,6, quello delle retribuzioni di fatto dell'intera economia a 149 e quello delle retribuzioni dell'industria a 152,8. Parallelamente la spesa complessiva per assegni familiari conosce una flessione in termini monetari. Essa passa da 5816 miliardi nel 1988 a 5483 nel 1995.

La flessione in termini monetari trova spiegazione in una contrazione della platea dei beneficiari degli assegni al nucleo, in quanto l'indicizzazione degli scaglioni di reddito cui gli

assegni sono collegati è riferita ai prezzi anziché alla dinamica delle retribuzioni. La flessione è assai più marcata se considerata in termini reali, in relazione alla mancata indicizzazione dell'importo degli assegni.

Si può pertanto affermare che la politica di contenimento dell'intervento per assegni familiari, che assume connotati di carattere strutturale sin dagli anni cinquanta, e che riceve due notevoli accelerazioni nella seconda metà degli anni settanta e verso la metà degli anni ottanta, prosegue anche nel nuovo regime dell'assegno unico al nucleo familiare. L'effetto del progressivo assottigliamento delle prestazioni in termini reali accordato a parità di reddito può essere verificato sul seguente caso tipo, esaminato in uno studio per la Commissione povertà. Una coppia di lavoratori dipendenti, operai dell'industria, con due figli, che avesse percepito 18 milioni di reddito familiare nel 1982, e avesse visto crescere le proprie retribuzioni nel tempo in base alla media del settore, tanto da guadagnare nel 1993 un reddito pari a 46 milioni, avrebbe visto ridursi gli assegni mensili percepiti nel biennio 1984-85 da 39.520 a 19.769 lire nel 1986. Il nuovo regime dell'assegno unico avrebbe comportato il diritto a ricevere 50.000 nel primo semestre del 1988. Tale importo sarebbe sceso a 20.000 nel periodo che va dal 2° semestre del 1988 al primo semestre del 1992. Dal secondo semestre del 1992, l'assegno sarebbe stato eliminato. Si tenga presente che la semplice indicizzazione ai prezzi dell'assegno percepito inizialmente, avrebbe comportato nel 1994 l'aumento dell'assegno a 68.400 lire.

Con efficacia a partire dal 1 luglio del 1994 sono tuttavia intervenute ben tre aumenti degli importi degli assegni al nucleo familiare, che possono essere ricondotti a tentativi di recupero del terreno perduto negli ultimi otto anni.

Si tratta delle maggiorazioni a favore dei nuclei con minori previste dal DL 299/94 (aumento di 20 mila lire per ogni figlio, con esclusione del primo, con effetti a partire dal 1 luglio dello stesso anno) e dal DL n. 237/1995 (aumento di 84 mila lire mensili per ogni figlio, con esclusione dei primi due, con effetti a decorrere dal 1 luglio 1995). A tali provvedimenti, che si configuravano come primi interventi tampone a sostegno delle famiglie povere e numerose, si è dato seguito con la manovra finanziaria per il 1996, la quale ha disposto un consistente incremento degli assegni al nucleo familiare (al lordo della predetta maggiorazione di 84 mila lire) con un incremento di spesa previsto in circa 1.900 miliardi e una rivalutazione della detrazione Irpef per le famiglie monoreddito, con effetti di riduzione del gettito pari a 900 miliardi. I provvedimenti per l'anno finanziario in corso, con effetti dal 1 gennaio, comprendono l'estensione del diritto all'assegno per le famiglie con tre o più componenti e reddito compreso nelle due fasce successive a quelle attualmente previste, l'aumento dell'importo dell'assegno per le famiglie di almeno quattro componenti in cui siano presenti figli minori e una maggiorazione del 25% di quello per i nuclei monoparentali.

Può valere la pena proporre alcune riflessioni sulle finalità dell'Istituto, in relazione all'esperienza passata e alla disciplina attualmente vigente. Si può constatare in primo luogo come gli assegni familiari siano nati, come una delle ultime tappe dello stato sociale, con finalità specificamente previdenziali, in quanto riguardanti specifiche categorie di lavoratori occupati, chiamati a versare contributi per assicurarsi da effetti negativi sulle possibilità di provvedere a carichi familiari in condizioni di riduzione dell'orario di lavoro. Siano stati estesi nel tempo, in una prima fase, ad una platea sempre più ampia di beneficiari, che è venuta a ricomprendere

dapprima tutti i dipendenti dell'industria, dell'agricoltura e di altri settori, poi i pensionati i disoccupati indennizzati e i cassintegrati e specifiche categorie di lavoratori autonomi, soprattutto dell'agricoltura, quali i coltivatori diretti.

Abbiamo contemplato in una certa fase, quella precedente la guerra, obiettivi di incentivazione demografica, che sono stati tuttavia abbandonati.

Abbiamo contemperato a lungo finalità di redistribuzione orizzontale (a favore di famiglie numerose) e verticale (a favore dei meno abbienti). Anche se i due obiettivi risultano difficilmente separabili in situazioni in cui i salari medi si discostano poco dai livelli di sussistenza e la presenza di figli può assai spesso configurare situazioni di bisogno, non vi è dubbio che vanno nella prima direzione sia la mancanza fino all'inizio degli anni ottanta di un tetto di reddito cui subordinare l'erogazione dell'assegno, sia la previsione, di fatto fino alla metà degli anni settanta, di massimali contributivi. La razionalizzazione della disciplina determina nel tempo sia una dilatazione, sia una sempre maggiore omogeneizzazione dell'assetto dei contributi e delle prestazioni relativamente ai soggetti appartenenti a diverse categorie o settori produttivi. Permane tuttavia il finanziamento contributivo che impedisce di trasformare la funzione dell'assegno ad una misura del tutto coerente a sostegno della povertà, anche quando, negli anni ottanta, la disciplina si evolve e assume connotati che vanno marcatamente in quella direzione.

Infatti vengono posti limiti di reddito per usufruire delle prestazioni. Con la disciplina del 1988, tuttora vigente, che introduce l'assegno unico al nucleo, le prestazioni vengono di fatto ancorate e commisurate allo stato di bisogno della famiglia, e la misura diviene selettiva quanto a condizioni economiche e assume oggettivamente la natura di strumento di sostegno alla povertà.

L'efficacia redistributiva resta condizionata tuttavia dal fatto che gli assegni escludono sia i titolari di reddito diversi da lavoro dipendente e pensione, sia i disoccupati non indennizzati.

Parallelamente al prevalere di finalità di equità verticale rispetto a quelle di equità orizzontale, va sottolineato l'avanzo crescente della gestione assegni familiari, e la sua devoluzione al finanziamento in misura crescente della spesa pensionistica. Questo da un lato rende poco trasparenti gli effetti redistributivi dell'Istituto, dall'altro contribuisce a rinviare la percezione della crisi dei sistemi pensionistici.

Comunque si vogliano qualificare gli obiettivi dell'Istituto, l'avanzo crescente della gestione assegni familiari configura un disimpegno crescente delle politiche di sostegno alla famiglia, che spiega il venire meno del ruolo della spesa in rapporto al PIL negli ultimi decenni. E ciò risulta più grave se si pensa che parallelamente, a livello di tassazione sul reddito, vengono riconosciute detrazioni di imposta di importo esiguo per i figli a carico.

Tuttavia, anche prescindendo dall'aspetto quantitativo del problema, è possibile nutrire serie riserve sulla coerenza della struttura degli assegni, soprattutto nella configurazione che ha assunto dopo le recenti modifiche. Limitando l'attenzione all'indicatore costituito dall'andamento dell'assegno marginale al variare del reddito e del numero dei componenti è facile constatare evidenti irrazionalità. Se la finalità degli assegni familiari fosse quella di provvedere alla copertura del costo di un aumento dei carichi di famiglia, una struttura come quella implicita nell'attuale legislazione potrebbe essere giustificata solo se i costi marginali di

mantenimento dei figli aumentassero fino al quarto figlio e si riducessero con il quinto. Si riscontrerebbero analoghe irrazionalità se si ipotizzasse che gli obiettivi perseguiti fossero invece quelli dell'integrazione verticale.

A5. Le pensioni di guerra

La spesa per pensioni di guerra è collocata nel cap. 6171 del bilancio del Ministero del Tesoro, con uno stanziamento di 2975 miliardi nel 1996 e nel 1997. Le norme che riguardano questo istituto sono il DPR 915/78 (Testo unico in materia di pensioni di guerra) e la L.422/90 (adeguamento delle pensioni di guerra e dei grandi invalidi di guerra). Con riferimento al 1994 (cfr. la Tab.5.1) i beneficiari erano circa 579000 (204000 pensioni dirette e 375000 pensioni indirette) e l'imposto medio annuo della pensioni era pari a 4,5 milioni (6,4 milioni per le dirette e 3,5 milioni per le indirette). Per quanto riguarda la distribuzione territoriale delle pensioni, il 40% va al Nord, il 28% al Centro e il 32% al Sud. Come è naturale attendersi, date le caratteristiche del programma, il numero dei beneficiari è in diminuzione (-14% nel 1994 rispetto al 1990). Gli effetti della contrazione della platea degli assistiti sul volume complessivo di spesa sono, tuttavia, in parte annullati da una forte crescita degli importi medi dei trattamenti (nello stesso periodo, +27,4% nominale, che corrisponde a un +5,3% in termini reali). Il complesso della spesa inizia a diminuire solo nel 1994 e, più sensibilmente, nel 1995; in termini reali, tuttavia, si registra una costante diminuzione nel corso degli anni '90 (-16,4% nel periodo 1990-95).

Tab. 5.1

Pensioni di guerra del Ministero del Tesoro

<i>Anno</i>	<i>Spesa in lire correnti (miliardi)</i>	<i>Spesa in lire 1990</i>	<i>Numero pensioni (migliaia)</i>
1986	1890	2450	..
1990	2514	2514	670,5
1992	2773	2460	622.6
1995	2687	2102	579.0 (*)

(*) Dato del 1994.

Fonte: Relazione generale sulla situazione economica del paese, ISTAT, Conti della protezione sociale.

Importi e limiti dei principali istituti assistenziali

	<i>Istituto</i>	<i>Importo (1000 lire)</i>	<i>Limiti di reddito</i>	
1	Integrazioni al minimo	685 x m x 13	8910 26730 cum. Coniuge	
2	Assegno sociale	480 x m x 13	6240	
3	Pensione sociale	488 x m x 13	4881 20299 cum.coniuge	-importo legato all'indice annuale di perequazione automatica delle pensioni
4	Assegno al nucleo familiare	da 1080 a 4164 annuo	graduato da 32 a 68 milioni annui, con maggiorazioni	
5	Pensione di invalidità civile	381 x m x 13	22310	-importo legato all'indice annuale di perequazione automatica delle pensioni - limite di reddito rivalutabile secondo l'indice delle retribuzioni dei lavoratori dell'industria ai fini della contingenza
6	Assegno mensile per invalidi civili parziali	381 x m x 13	5077	-importo legato all'indice annuale di perequazione automatica delle pensioni - limite di reddito equiparato ai limiti di reddito individuale stabiliti per la pensione sociale
7	Indennità mensile di frequenza	381 x mesi di effettiva frequenza	5077	-importo legato all'indice annuale di perequazione automatica delle pensioni - limite di reddito equiparato a limiti di reddito individuale stabiliti per la pensione sociale
8	Indennità di accompagnamento	768 x m x 12	nessuno	- importo rivalutabile secondo la variazione dell'indice delle retribuzioni minime contrattuale degli operai dell'industria
9	Ciechi assoluti ricoverati	381 x m x 13	22310	idem punto 5
10	Ciechi assoluti non ricoverati	412 x m x 13	22310	idem punto 5
11	Indennità di accomp.ciechi assoluti	1056 x m x 12	nessuno	-importo e sistema di perequazione

				equiparato ai titolari di indennità di assistenza spettante a invalidi di guerra (art.3. c. 2 lett A L.656/86)
12	Indennità speciale per ciechi ventesimisti	89 x m x 12	nessuno	idem punto 7
13	Pensione per ciechi ventesimisti	381 x m x 13	22310	idem punto 5
14	Assegno a vita per ciechi decimisti	283 x m x 13	10726	idem punto 5
15	Pensione per sordomuti	381 x m x 13	22310	idem punto 5
16	Indennità di comunicazione	311 x m x 12	nessuno	idem punto 7
18	Pensione di guerra	4,5 milioni (importo medio annuo)		

**COMMISSIONE PER L'ANALISI DELLE
COMPATIBILITÀ MACROECONOMICHE
DELLA SPESA SOCIALE**

***QUESTIONI APERTE NEL SISTEMA SANITARIO
ITALIANO E LINEE DI INTERVENTO***
a cura di Stefano Zamagni ()*

Documento di base n. 4

Alla progettazione e alla stesura del presente documento ha contribuito il gruppo di lavoro di "Economia Sanitaria" dell'Università di Bologna coordinato dal prof. Gianluca Fiorentini e dalla dott.ssa Cristina Ugolini..

Sommario

1. Principi cardine della riforma sanitaria italiana; 2. Equilibrio finanziario; 2.1 Contributi obbligatori e IREP; 2.2 Mutualità sanitaria integrativa; 2.3 Compartecipazione alla spesa; 2.3.1 Estensione della compartecipazione ad altre prestazioni; 2.3.2 Criteri di assegnazione delle esenzioni; 2.4 FSN e finanziamento dei livelli uniformi di assistenza; 2.4.1 Determinazione della quota capitaria; 2.4.2 Compensazione per la mobilità interregionale; 3. Interventi di regolamentazione dal lato dell'offerta; 3.1 Relazioni tra pubblico e privato; 3.2 Integrazione verticale e contrasto di interessi tra chi finanzia e chi produce; 3.3 La regolamentazione della qualità; 3.4 Flussi di mobilità come strumenti di programmazione; 3.5 Ruolo delle organizzazioni non profit; 3.6 I servizi socio-assistenziali; 4. Interventi organizzativi dal lato dell'offerta; 4.1 Assetto degli organi centrali; 4.2 Relazioni tra Regioni e Aziende Sanitarie; 4.3 Incentivi al personale ospedaliero; 4.4 Ruolo della medicina generale; 5. Il mercato farmaceutico.

1. Principi cardine della riforma sanitaria italiana

1.1 Premessa

Nell'ottobre del 1992 il Parlamento dava al Governo, con la legge 421/92, la delega ad emanare uno o più decreti legislativi che riordinassero il SSN con l'osservanza di alcuni principi e criteri direttivi. Ne furono individuati ventuno e da questi criteri e principi trassero origine i ben noti decreti legislativi 502/92 e 517/93.¹

I principi della legge 421/92 attribuivano alle Regioni e province autonome la competenza in materia di programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria riservando allo Stato la programmazione sanitaria nazionale, la determinazione di livelli uniformi di assistenza sanitaria e delle relative quote capitarie di finanziamento, restituendo ai cittadini la libertà di scegliere tra una pluralità di soggetti erogatori l'assistenza sanitaria. Con i decreti 502 e 517 si è dato avvio ad una prima introduzione di elementi competitivi nel sistema sanitario.²

Il riassetto istituzionale, racchiuso nei decreti 502 e 517, sebbene presentato come una vera e propria riforma, in effetti non disegna un modello compiuto di funzionamento del SSN, ma lascia alle Regioni la definizione dei reali meccanismi del sistema. In pratica, i provvedimenti citati definiscono solo alcuni singoli elementi forti di riforma, primo fra tutti la responsabilizzazione delle Regioni, ma non arrivano a configurare un vero modello (a meno di non voler considerare come tale l'orientamento alla competizione che caratterizza l'intera riforma).

Sotto questo profilo, il PSN ha il compito di stabilire obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione e le linee generali di indirizzo del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto degli obiettivi di programmazione socio-economica nazionale e di tutela della salute individuati a livello internazionale, e in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al SSN.³

Il PSN indica in particolare:

a) le aree prioritarie di intervento anche ai fini del riequilibrio territoriale delle condizioni sanitarie della popolazione;

b) i *livelli uniformi di assistenza sanitaria* individuabili sulla base di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, in rapporto al fabbisogno finanziario iscritto nella legge di bilancio;

1 Il materiale inserito in questa sezione è tratto da V. Rebba e C. Ugolini (1996) "Il governo del settore sanitario a livello regionale", mimeo, Bologna.

2 La prima condizione perchè questo si realizzi è la possibilità che produttori ed acquirenti negozino i "prezzi" dei servizi entro il valore massimo fissato dalle tariffe regionali. A sua volta, ciò presuppone che gli uni e gli altri dispongano di un potere contrattuale, anche se non proprio uguale, almeno simile.

3 Entro centocinquanta giorni dalla data di pubblicazione del Piano sanitario nazionale si prevede che le Regioni adottino o adeguino i Piani sanitari regionali, uniformandoli alle indicazioni del Piano sanitario nazionale e definendo i modelli organizzativi dei servizi in funzione delle specifiche esigenze del territorio e delle risorse effettivamente a disposizione.

- c) i progetti-obiettivo da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;
- d) gli indicatori per la verifica dello svolgimento delle attività, per l'analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'erogazione delle prestazioni, individuate dai livelli uniformi di assistenza;
- e) i criteri di finanziamento e di accreditamento delle istituzioni sanitarie.

La complessiva riforma del SSN italiano ribadisce il carattere pubblico del servizio ma si caratterizza al tempo stesso per l'introduzione di profondi cambiamenti. Il decentramento delle decisioni previsto dal legislatore (autonomia e responsabilità gestionali) comporta infatti una più accentuata "regionalizzazione" del sistema, nella convinzione che siano diversi i problemi che ciascuna Regione deve affrontare sotto i profili sanitario, organizzativo, economico e finanziario.⁴

Il nuovo assetto del SSN mantiene i notevoli margini di discrezionalità goduti dalle Regioni dal lato delle spese. Questi vengono, tuttavia, controbilanciati da un ampliamento dei poteri e delle responsabilità regionali dal lato delle entrate. Alle Regioni viene esplicitamente trasferita la responsabilità di decidere l'ammontare totale di risorse da assegnare all'assistenza sanitaria nel loro territorio e di fissare le priorità di intervento in campo sanitario. Il tutto allo scopo di conseguire un più elevato livello di efficienza. L'impostazione della riforma si richiama più a un modello di tipo misto che non al modello di servizio nazionale verticalmente integrato delineato dalla l. 833/1978, e ciò in linea con l'assetto dei sistemi sanitari presenti nella maggior parte dei paesi europei, prevalentemente di carattere mutualistico o misto. Con la riforma del 1992, l'Italia tende pertanto ad avvicinarsi ad un modello europeo di sanità.

1.2 Finalità del documento

Il presente documento si colloca all'interno del quadro prospettato dalla recente riforma sanitaria. Si ritiene infatti che questo quadro, lungi dall'essere completo, richieda correttivi, accelerazioni ed ampliamenti al fine di renderne maggiormente incisive le finalità generali. A questo proposito, vengono proposti tre tipi di interventi fondamentali.

In primo luogo, esistono alcuni aspetti della riforma cui bisogna dare attuazione in tempi brevi con interventi di incentivo, di rafforzamento e di armonizzazione (il rafforzamento della responsabilità contributiva delle Regioni, la competizione pubblico-privato, l'affinamento dei

⁴ In particolare, i principali elementi della riorganizzazione del SSN riguardanti il nuovo e più importante ruolo assunto dalle Regioni sono rappresentati dall'introduzione di nuovi criteri di finanziamento della spesa sanitaria regionale (accredito diretto dei contributi sanitari alle Regioni ed integrazione della quota spettante con trasferimenti statali); l'attribuzione di una responsabilità economico-finanziaria alle Regioni, tenute a coprire eventuali disavanzi nella gestione del fondo sanitario regionale; l'attribuzione di una serie di competenze di ridefinizione degli ambiti territoriali delle A-USL e di definizione delle strutture organizzative e dei poteri di gestione delle aziende sanitarie del sistema regionale; l'attribuzione di un ruolo "forte" nella regolazione delle transazioni finanziarie del sistema, attraverso la fissazione di tariffe relative alle prestazioni ospedaliere e specialistiche erogate dagli ospedali pubblici e privati presenti nel loro territorio.

sistemi di finanziamento, la necessità di rendere stringente il budget delle strutture sanitarie e la riqualificazione della medicina generale).

In secondo luogo, vengono considerati interventi già previsti dal legislatore ma che ancora attendono di ricevere un trattamento organico (si pensi soprattutto alla mutualità sanitaria integrativa) ed interventi che interessano direttamente l'utente e che mirano ad accrescerne la consapevolezza circa i costi dell'assistenza sanitaria ed a contenere i fenomeni di consumo eccessivo.

Infine, esistono ampi spazi di intervento in aree non esplicitamente contenuti nella recente riforma, ma che ben si collocano all'interno del quadro prospettato dal legislatore (ad esempio il ruolo del non-profit e la liberalizzazione della vendita delle specialità farmaceutiche).

Negli ultimi anni sono stati intrapresi nel nostro paese numerosi sforzi volti a contenere la spesa sanitaria. E' un fatto che la comparazione della spesa media pro-capite nei paesi europei pone ora l'Italia tra quelli a più basso livello di spesa. Poiché il vincolo delle risorse condiziona la realizzazione di un più avanzato stato sociale, le proposte di seguito presentate perseguono, accanto all'obiettivo di controllo della spesa, quello di una sempre maggiore riqualificazione dell'assistenza sanitaria.

Il duplice obiettivo di controllare la spesa sanitaria da un lato e di riqualificare l'assistenza dall'altro richiede di fatto di ridisegnare, all'interno di un quadro organico che comprenda tutti gli agenti interessati, un sistema di incentivi adeguati. E' cioè necessario che la sanità italiana passi da un sistema basato prevalentemente su meccanismi di controllo esterni ad un sistema che faccia prevalere la responsabilizzazione di ciascuno in merito a qualità e costo dei servizi erogati, facendo leva su un collegamento più efficiente tra obiettivi individuali e risorse a disposizione.

Come teoria economica ed esperienza pratica confermano, in presenza di rilevanti asimmetrie informative e quindi di imponenti costi di controllo è decisivo identificare gli incentivi dei principali agenti coinvolti. In particolare, il punto fondamentale da sottolineare è che i vincoli posti dagli incentivi sono altrettanto essenziali di quelli posti dalla disponibilità delle risorse. Quanto a dire che, se le informazioni e/o le azioni individuali non sono note con precisione, non è sufficiente tenere sotto controllo le risorse complessivamente disponibili ma diventa cruciale disegnare in modo appropriato gli incentivi dati ai singoli agenti affinché gestiscano in modo efficiente ed efficace le risorse sotto il loro controllo. Infatti, il raggiungimento dei risultati complessivamente desiderabili richiede che si forniscano ai soggetti gli incentivi appropriati affinché costoro rivelino correttamente le informazioni in loro possesso e/o adottino le opportune strategie di comportamento.

D'altro canto, questo è un contesto in cui l'efficacia dei tradizionali meccanismi di controllo sull'offerta è piuttosto bassa. Questo perché mentre il costo di definizione degli standard di comportamento è sovente contenuto, il costo per realizzare un sistema efficace di controlli su relazioni spesso riservate e disperse sul territorio è elevato e tecnicamente difficile da realizzare. In mancanza di incentivi efficaci la presenza di vincoli di bilancio stringenti non stimola necessariamente il massimo sforzo e tutti i controlli amministrativi risultano in parte aggirabili attraverso comportamenti di tipo elusivo.

Tenuto conto del quadro disegnato dalla riforma e con riferimento ai documenti di lavoro presentati durante i lavori della Commissione, le pagine che seguono evidenziano i possibili e perciò auspicabili spazi di intervento. Occorre avvertire che le proposte che seguono, vanno considerate nella loro globalità.

2. Equilibrio finanziario

2.1. Contributi obbligatori e IREP

La rilevanza del prelievo contributivo obbligatorio di malattia è cresciuta nella prima parte degli anni '80, mentre si è parzialmente ridotta negli anni più recenti. Nonostante gli sforzi compiuti in termini di semplificazione della struttura di prelievo, il meccanismo di finanziamento appare ancora complesso e fonte di sperequazioni.⁵

In particolare, l'attuale sistema non è ispirato al criterio della capacità contributiva in quanto individui con il medesimo livello di reddito subiscono trattamenti fiscali diversi, o in cui individui con redditi più alti beneficiano di aliquote marginali inferiori. Peraltro, non è stato coerentemente seguito neppure il principio del beneficio - che prevede l'esistenza di un collegamento fra l'importo dei contributi e quello delle prestazioni - nel momento in cui sono previste aliquote differenziate secondo la particolare condizione lavorativa del contribuente. In particolare, il sistema penalizza i lavoratori dipendenti con maggiori oneri di fiscalità generale e con una quota più ampia del carico contributivo. Inoltre vengono differenziati i trattamenti di alcuni redditi sulla base della loro origine garantendo, ad esempio ai renditi fondiari e da capitale una franchigia pari a quattro milioni.⁶

Anche le norme relative all'obbligo contributivo a carico dei pensionati introducono elementi di complicazione amministrativa e di parziale incoerenza. L'esenzione dei redditi da pensione è venuta meno con la legge finanziaria del 1991; con cui è stato fissato un elevato minimo imponibile (18 milioni) ed un'aliquota modesta rispetto ai livelli medi europei, ma allo stesso tempo si è adottata una progressività molto accentuata in quanto definita per classi e non per scaglioni.⁷

Il dibattito in corso sulla riforma del finanziamento del SSN da un lato delinea proposte di riforma che accentuino le responsabilità delle Regioni in sede di reperimento delle risorse necessarie e dall'altro - in modo peraltro meno univoco - riflette sull'opportunità di fondare in

5 L'analisi contenuta in questo paragrafo trae spunto dal recente volume "Chi paga per la salute degli italiani?" di N. Dirindin, Bologna, Il Mulino 1996, in cui l'autrice propone una valutazione complessiva degli effetti redistributivi prodotti dal sistema di finanziamento del SSN e formula interessanti proposte di riforma.

6 Per i redditi fondiari si potrebbero forse invocare principi di solidarietà nei confronti di categorie svantaggiate, ma lo stesso principio non può certamente applicarsi ai percettori di reddito da capitale.

7 La legge prevede che per le pensioni superiori ai 18 milioni il contributo sia applicato sull'intero trattamento percepito, non solo sul reddito eccedente la soglia minima: con il che l'aliquota marginale sui redditi appena superiori ai 18 milioni risulta maggiore del 100%.

modo coerente il sistema o sul principio della capacità contributiva o sul principio del beneficio.⁸

A questo proposito, il collegato alla legge Finanziaria per il 1997 attribuisce al governo il compito di emanare entro undici mesi una legge delega finalizzata all'introduzione di un'imposta regionale, l'IREP (imposta sul reddito prodotto) che sostituisca, a parità di gettito, numerosi tributi e tutte le forme obbligatorie di contribuzione sanitaria (art.3, comma 143, lettera a)). L'istituzione della nuova imposta sarà affiancata da una possibile partecipazione delle regioni al gettito IRPEF attraverso la facoltà di introdurre un'addizionale.

Per quanto riguarda il Fondo Sanitario Nazionale, il comma 147, lettera d) prevede di considerare come "dotazione propria della Regione il gettito dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e una percentuale tra il 65 e il 90 per cento del gettito dell'imposta regionale sulle attività produttive, al netto della quota attribuita allo Stato", per la fase transitoria di applicazione dell'imposta.

Nelle intenzioni del legislatore, dunque, l'introduzione dell'IREP dovrebbe garantire una maggiore neutralità tra le fonti di reddito facendo affidamento sulla fiscalità generale e allo stesso tempo orientare il sistema in modo organico secondo il principio della capacità contributiva. L'abbandono dell'attuale sistema contributivo è da valutarsi positivamente viste le considerazioni di cui sopra. Tuttavia, l'introduzione dell'IREP come strumento fiscale centrale, se non unico, per il finanziamento del SSN pone alcuni problemi, anche di ordine redistributivo, che richiedono un qualche coinvolgimento del Ministero della Sanità in sede di definizione dei decreti legislativi di istituzione dell'IREP con particolare riferimento alla definizione della percentuale di gettito da destinare al finanziamento della spesa sanitaria. Ciò anche al fine di evitare che il passaggio alla fiscalità generale su base regionale non comporti una ridefinizione implicita e indesiderata dei criteri di ripartizione del FSN con particolare riferimento alla sostenibilità dei livelli uniformi di assistenza sul territorio nazionale. Più in generale:

- 1. occorre trattare con maggior neutralità le diverse fonti di reddito, non solo tra redditi da lavoro autonomo e da lavoro dipendente ma anche tra lavoratori e pensionati, con particolare riferimento alle pensioni di anzianità. L'eventualità che l'IREP non riguardi i redditi da pensione non esime dall'applicare su queste fonti di reddito un prelievo che consenta almeno di risolvere il problema redistributivo. Peraltro, nei confronti di questi redditi, occorre prioritariamente intervenire sulla definizione delle detrazioni IRPEF.*
- 2. nell'ipotesi che il gettito IREP destinato dalle Regioni alla sanità, determinato ai sensi dell'art. 3 della 662/96, si riveli in esubero rispetto alla quota capitaria fissata a livello centrale e qualora le Regioni siano tenute a restituire la differenza allo Stato, esistono perplessità sull'esistenza di incentivi adeguati ad ampliare la base imponibile.*

⁸ Si veda Dirindin (1996) *op. cit.*

2.2 *Mutualità sanitaria integrativa*

Il sistema assicurativo implicito nel SSN non impedisce ai cittadini, che continuano a versare i contributi obbligatori, di ricorrere al mercato privato della salute. Invero, lo Stato ha sempre favorito questa tendenza, consentendo, entro certi limiti, la deducibilità e/o detraibilità di tali spese.⁹

In altra direzione si era mosso il primo decreto di riforma della sanità italiana (d.l. 502/92) che prevedeva la possibilità per il cittadino di fuoriuscire dal SSN optando per un'assicurazione privata. Le nuove mutue avrebbero dovuto ricevere dallo Stato una quota di finanziamento (al netto della quota di *solidarietà* che viene obbligatoriamente trasferita alla A-USL di competenza per alcuni particolari servizi) per quei cittadini che avessero optato per questo sistema. Con tale finanziamento le mutue avrebbero dovuto garantire quei servizi che lo Stato riteneva di poter offrire ai cittadini in base alle risorse disponibili, i cosiddetti *livelli uniformi di assistenza* definiti dal Ministero della Sanità.

Potendo il cittadino decidere liberamente a chi domandare servizi ai diversi livelli, si sarebbero probabilmente incentivati comportamenti orientati al mantenimento di servizi di alta qualità. Al tempo stesso, però la competizione avrebbe prodotto una crescita della domanda, con relativa dilatazione dei costi senza un parallelo aumento dei benefici e ciò nell'intento di conservare a qualunque costo l'utente all'interno di un certo sistema¹⁰. L'aumento della competitività tra i sistemi pubblico e privato e quindi l'aumento dell'efficienza che ne sarebbe derivato sarebbe stato controbilanciato da un'espansione della spesa sanitaria globale, pubblica e privata. Per non parlare del fatto che la libera scelta avrebbe dovuto essere assicurata anche alle fasce deboli della popolazione.

Con il decreto correttivo n.517/93 si è scelto di non concedere la possibilità di uscire dal SSN, prevedendo invece l'incentivazione di fondi sanitari, anche aziendali e di categoria, fondi che potranno essere autogestiti o affidati in gestione ad imprese assicurative o società di mutuo soccorso, con funzione però soltanto integrativa rispetto al SSN¹¹.

Il fatto che il singolo non possa sottrarsi al pagamento del contributo sanitario (benché si possa discutere circa la sua entità) può essere difeso in due modi. Primo, il SSN offre anche servizi collettivi, cioè non escludibili (indagini epidemiologiche, prevenzione, controlli igienico-ambientali, ecc). Secondo, a causa delle disegualianze nella distribuzione dei redditi e delle imperfezioni del mercato privato delle assicurazioni contro i rischi di malattia, dovrebbe comunque essere garantito un sistema assicurativo pubblico a favore di estese fasce di utenza.

9 Il presente paragrafo si basa sul lavoro di V. Rebba e C. Ugolini *op. cit.*. Il Consiglio Superiore di Sanità, presso il Ministero della Sanità, ha recentemente pubblicato (dicembre 1996) uno studio sui fondi sanitari integrativi a cura di A. Ardigò, N. Falcitelli, F. Guicciardi e F. Vanara che al momento sembra rappresentare la riflessione più organica ed aggiornata sul tema con riferimento al caso italiano.

10 Infatti, i due paesi che maggiormente hanno fatto affidamento sulle assicurazioni private, la Confederazione Elvetica e gli Stati Uniti, stanno sperimentando la massima esplosione dei costi.

11 Le strutture private per l'assicurazione integrativa potrebbero costituirsi come organismi (profit e nonprofit) con caratteristiche simili alle HMO statunitensi.

La riforma della sanità italiana si è mossa nella direzione seguita da molti paesi europei, in cui il sistema di tipo mutualistico a carattere pubblico e/o misto prevede comunque una copertura sanitaria obbligatoria all'interno di un contesto di sicurezza sociale e di assicurazioni integrative (sociali e private). E' il caso di Francia, Belgio, Germania, Svizzera, Olanda.

L'Olanda in particolare rappresenta un caso interessante. Essa ha scelto nel 1989 di optare per un'assicurazione sanitaria obbligatoria dopo aver sperimentato a lungo un sistema sanitario in cui solo il 70% della popolazione (sotto un dato limite di reddito) era obbligatoriamente assicurato mentre il 30% era volontariamente assicurato per i rischi di malattie acute. In seguito alla riforma l'intera popolazione dispone di un'assicurazione base, finanziata al 75% da prelievi percentuali sul reddito e, per il restante 25% da una quota fissa pagata direttamente. I cittadini sono poi liberi di acquistare una polizza integrativa per le prestazioni non comprese nel pacchetto base. Per le polizze integrative viene applicato lo stesso prezzo a tutti gli iscritti di uno stesso ente ed è stato sancito il divieto in capo agli assicuratori di rifiutare i "rischi cattivi". Lo Stato fissa gli *standard* minimi di qualità e di attrezzature degli erogatori e prende contromisure per evitare la formazione di cartelli e monopoli, da parte sia dei fornitori sia degli assicuratori. Se applicato letteralmente, lo schema olandese configura dunque un regime di concorrenza amministrata, cui sarebbero esposti tutti gli operatori potenzialmente interessati alla fornitura e alla produzione di servizi sanitari.

Tuttavia, un sistema basato sulla copertura pubblica quasi totale delle spese sanitarie (analogamente a quanto accadrebbe in un sistema basato totalmente sulle assicurazioni private) fa sì che i fruitori non siano particolarmente sensibili ai costi, con effetti perversi sulla spesa. Escludendo dalla copertura assicurativa pubblica alcune prestazioni non connesse a grandi rischi sanitari, i cittadini diverrebbero più sensibili ai costi (riducendo i fenomeni di "consumismo" sanitario) e, per quanto attiene alle prestazioni escluse, essi andrebbero alla ricerca delle assicurazioni che offrono migliori rapporti tra qualità e premi assicurativi. A loro volta, le assicurazioni potrebbero diventare intermediari tra assistiti e produttori andando ad acquistare i servizi sanitari presso i produttori più efficienti ed efficaci.¹²

In questo senso, l'opzione verso una mutualità sanitaria integrativa esige una definizione precisa dei rapporti tra quest'ultima e il SSN; in particolare richiede di:

1. *definire l'insieme di prestazioni garantite dal SSN, in termini di tipologia, tempi e luoghi di accesso, in modo da chiarire ai cittadini, alle imprese assicurative e alle*

¹² In questa direzione, il Ministro della Sanità Elio Guzzanti aveva già predisposto una bozza di 9 articoli del Regolamento, da approvare come decreto interministeriale, sulla mutualità sanitaria integrativa. La bozza aveva ottenuto parere favorevole del Consiglio di Stato, con alcune correzioni, alla fine di dicembre 1995. Essa prevedeva l'introduzione di un "sistema di controlli" con l'obiettivo di accertare l'equilibrio gestionale delle mutue. Veniva stabilito, inoltre, il divieto di realizzare nuove strutture sanitarie (evitando così che si creasse sul mercato un'eccessiva dilatazione dell'offerta), incentivando invece le mutue integrative a concorrere per rendere più efficienti e produttive le strutture sanitarie sottoutilizzate. Casse e Fondi avrebbero avuto comunque tre anni di tempo per adeguarsi alle regole previste dal Regolamento. Ottenuto il parere favorevole del Consiglio di Stato, il provvedimento doveva essere deliberato dal Consiglio dei Ministri, nella forma di decreto del Presidente della Repubblica, e registrato dalla Corte dei Conti. L'ipotesi era quella di farlo entrare in vigore entro il febbraio 1996 ma le successive elezioni ne hanno bloccato l'approvazione definitiva.

associazioni di mutualità quali sono i servizi differenziali in cambio dei quali si versano i premi.

2. *escludere dal pacchetto delle prestazioni di base garantite dal SSN quelle a basso rischio e a basso costo per il cittadino.*
3. *prevedere che, a fronte dei premi corrisposti e per le polizze che prevedono una prevalente utilizzazione di strutture del SSN, le imprese assicurative e le associazioni di mutualità possano rimborsare anche le spese derivanti dalle diverse forme di compartecipazione previste dal SSN e le spese alberghiere.*
4. *prefigurare interventi agevolativi sotto il profilo tributario, differenziati per le polizze che prevedono l'erogazione di servizi forniti da strutture operanti all'interno della programmazione pubblica (strutture pubbliche e privato accreditato).*

2.3. Compartecipazione alla spesa

2.3.1 Estensione della compartecipazione ad altre prestazioni

La revisione normativa del regime delle compartecipazioni e delle relative esenzioni, finalizzata a recuperare risorse finanziarie, deve necessariamente essere preceduta dall'attuazione della normativa vigente in tema di autofinanziamento delle Regioni (art.13 L.502/93). Infatti, a fronte di eventuali disavanzi di gestione delle aziende sanitarie, le Regioni possono già assoggettare a ticket le prestazioni, definite dalla l. 724/94, di pronto soccorso ospedaliero e di day hospital diagnostico, per ammontari stabiliti discrezionalmente dalle Regioni e fatte salve le esenzioni, i casi di emergenza-urgenza e l'accesso a trattamenti in regime di ricovero. Rispetto all'introduzione di nuove modalità di compartecipazione, è quindi prioritario far sì che le Regioni assumano pienamente le responsabilità di finanziamento del SSN utilizzando gli strumenti già a loro disposizione.

In molti paesi europei il ticket viene corrisposto anche sui ricoveri ospedalieri, oltre che sul pronto soccorso ed il day-hospital. La logica di questa impostazione è basata sul desiderio di realizzare un equilibrio tra due obiettivi entrambi meritori. Da un lato incoraggiare le prestazioni di natura preventiva - che consentono risparmi di spesa di lungo periodo - mediante una moderata compartecipazione alla spesa sanitaria e dall'altro estendere l'ambito di tale compartecipazione per evitare l'uso di canali istituzionali impropri per l'erogazione gratuita di prestazioni che invece dovrebbero essere assoggettate a tale compartecipazione.

Di qui può nascere l'opportunità di ampliare forme di modesta compartecipazione alla spesa sui ricoveri e sugli altri trattamenti erogati in ambito ospedaliero, i quali sono spesso impiegati proprio allo scopo di eludere la compartecipazione alla spesa imposta sulle prestazioni extra-ospedaliere. Non si dimentichi poi che con il nuovo sistema di pagamento prospettico, le ammissioni ospedaliere finalizzate alla fornitura di prestazioni diagnostiche sono sia nell'interesse del paziente, che evita così il ticket, sia dell'ospedale che aumenta per questa via il numero delle prestazioni.

Ci troviamo di fronte ad un conflitto tra opzioni etiche diverse. Da un lato quella che tiene conto delle prevedibili reazioni dei soggetti in campo - pazienti, medici ed amministratori - e in

forza della quale si consiglia l'introduzione di un ticket modesto (con fasce di esenzione) allo scopo di evitare forme di elusione e quindi per indirizzare le risorse così raccolte per soddisfare altri bisogni sanitari urgenti. Dall'altro, una opzione etica che impone di non chiedere sacrifici alle persone nel momento del bisogno urgente e che non ammette che costi del genere possano essere compensati in altro modo, soprattutto nelle circostanze in cui i sacrifici sarebbero sopportabili. Una ponderazione dei meriti relativi al controllo della domanda porta a concludere che, nel caso in cui le Regioni prevedano di non essere in grado di far fronte alla spesa sanitaria, esse possano ampliare il loro potere discrezionale in materia di compartecipazioni nel seguente modo:

1. *introducendo compartecipazioni sul ricovero in regime di day-hospital, sotto forma di un prelievo forfetario sul primo giorno, per prestazioni che richiedono trattamenti su più giornate consecutive e all'interno di importi minimi e massimi fissati dal Ministero della Sanità.*
2. *introducendo compartecipazioni sui ricoveri ospedalieri, sotto forma di un prelievo forfetario sul primo giorno di ricovero. Tale facoltà è da attribuirsi alle Regioni, all'interno di importi minimi e massimi fissati dal Ministero della Sanità, con possibilità di delegare alle A-USL la scelta delle strutture nelle quali attivare la compartecipazione. Le somme derivanti dalla partecipazione alla spesa per queste prestazioni non devono concorrere, analogamente a quanto già accade nel caso di ticket su pronto soccorso ospedaliero e day-hospital, al finanziamento della quota capitaria.*
3. *introducendo compartecipazioni sulle prestazioni aggiuntive erogate dalla medicina generale (visite domiciliari e assistenza domiciliare programmata) con l'esclusione di quelle previste all'interno di programmi regionali speciali. Per la riscossione delle somme derivanti da queste prestazioni la A-USL dovrà inviare all'assistito un bollettino di pagamento sulla base delle informazioni ricevute dal medico stesso, il quale è tenuto a documentare alla A-USL l'avvenuta prestazione al fine di percepire i propri emolumenti.*

2.3.2 Criteri di assegnazione delle esenzioni

L'attuale sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria correla le esenzioni all'età. Tale criterio presenta il vantaggio della facilità di verifica della titolarità dell'esenzione. Recentemente il Ministero della Sanità ha formulato la proposta di correlare le esenzioni non più all'età, ma al reddito e, soprattutto, alla numerosità del nucleo familiare (riprendendo in parte la formulazione contenuta nella l. 438/92). Una reintroduzione di una discriminazione per fasce di reddito è supportata da alcune giustificazioni piuttosto robuste. Innanzitutto, l'opportunità di superare una situazione nella quale vengono fornite prestazioni a costo zero al momento dell'erogazione proprio a gruppi di consumatori (gli anziani) la cui propensione al consumo sanitario è particolarmente elevata, con conseguenze negative sul contenimento della spesa. Inoltre, il numero totale degli esenti, data l'attribuzione aprioristica delle caratteristiche di esenti a bambini ed anziani, risulta molto elevato (oltre 21 milioni).

Dal punto di vista operativo, occorre peraltro ricordare che l'esperienza applicativa della l. 438/92 è stata a dir poco tormentata da notevoli difficoltà amministrative, esasperate dal fallimentare esperimento dei bollini ai pensionati. Queste considerazioni consigliano di:

1. *rendere più eque le agevolazioni attualmente vigenti, basate sull'età e sul reddito, tenendo conto anche della numerosità del nucleo familiare, con criteri unificati di accertamento delle condizioni di disponibilità delle risorse del nucleo stesso.*
2. *procedere con cautela ed in concerto con le diverse Amministrazioni Pubbliche coinvolte per favorire l'adozione di modalità applicative non eccessivamente onerose dei criteri di cui al punto 1) al fine di evitare esiti fallimentari in sede amministrativa.*

2.4 Finanziamento dei livelli di assistenza

Il Governo ha il compito di individuare periodicamente, nell'ambito del PSN, i livelli uniformi di assistenza, cioè "l'insieme delle attività e delle prestazioni sanitarie che devono essere erogate dal SSN (al fine) di garantire ai cittadini uguali opportunità di accesso e assicurare il soddisfacimento di una soglia minima di domanda di prestazioni sanitarie".

La crisi della finanza pubblica e la responsabilizzazione in materia economico-finanziaria delle Regioni hanno provocato un acceso dibattito sui criteri di riparto del FSN. L'ammontare complessivo di risorse a disposizione delle singole Regioni dipende, infatti, dalla determinazione della quota capitaria e dal sistema di compensazione della mobilità interregionale.¹³ A parità di ogni altra condizione, il meccanismo di riparto può favorire o ostacolare il conseguimento di risultati positivi da parte delle singole Regioni.

In ogni caso, e preventivamente rispetto all'analisi delle componenti specifiche del meccanismo di reparto occorre ribadire con forza la responsabilità delle Regioni per quanto attiene al rispetto dei budget complessivi di spesa e chiarire le competenze di spesa relative al Ministero della Sanità. In particolare occorre:

1. *rafforzare gli strumenti di penalizzazione per le Regioni che presentano disavanzi e ridurre le quote di interessi sui mutui accesi dalle Regioni per appianare i deficit pregressi.*
2. *ratificare le modalità di redistribuzione del FSN in modo da ridurre l'incertezza relativa alle scelte strutturali di lungo periodo (cfr. art.1, c.34 della l. 662/96).*
3. *attribuire i flussi di spesa sanitaria ai centri decisionali competenti, al fine di impedire che altre amministrazioni pubbliche gravino con loro delibere di spesa sul*

¹³ Si ricordi che il Fondo sanitario nazionale (FSN) di parte corrente e quello in conto capitale vengono alimentati interamente da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato. Il loro ammontare viene determinato annualmente con la legge finanziaria, tenendo conto, limitatamente alla parte corrente, dell'importo complessivo presunto dei contributi di malattia attribuiti direttamente alle Regioni. A partire dal 1993 i contributi sanitari obbligatori (circa il 57% del FSN) vengono direttamente attribuiti alle Regioni in relazione al domicilio fiscale dell'iscritto al SSN, mentre l'integrazione della quota restante di spesa avviene con trasferimenti statali (43% del FSN).

SSN senza doverne coprire gli oneri in modo autonomo, e ridefinire i rapporti tra SSN e sistema universitario.

4. *far rientrare direttamente nel budget del Ministero della Sanità le decisioni di spesa relative alla sanità militare, alla sanità carceraria e alle prestazioni sanitarie dell'INAIL.*

2.4.1 Determinazione della quota capitaria.

Il PSN adottato ai sensi del decreto legislativo 502/92 determina la quota capitaria di finanziamento da assicurare alle Regioni, relativamente alla parte in conto corrente del FSN, sulla base dei seguenti elementi:

- a) popolazione residente;
- b) mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le Regioni e le province autonome;
- c) consistenza e stato di conservazione delle strutture immobiliari, degli impianti tecnologici e delle dotazioni strumentali.¹⁴

I livelli uniformi di assistenza sanitaria (LUAS) vengono poi individuati soprattutto sulla base di dati epidemiologici e clinici, con la specificazione delle prestazioni da garantire a tutti i cittadini, tenuto conto del fabbisogno finanziario iscritto nella legge di bilancio.

Con la fissazione dei LUAS si fa riferimento esplicito ad una definizione di equità dal lato dell'offerta. Tuttavia, l'aver previsto un finanziamento dei livelli di assistenza basato su una quota capitaria uniforme contraddice tale principio di equità dal momento che cittadini che presentano diversità di bisogni vengono considerati sullo stesso piano. In altro modo, le opportunità di accesso, a parità di risorse capitarie assegnate, non sono uguali in Regioni caratterizzate da una diversa struttura per età della popolazione. Inoltre, l'elencazione dei livelli uniformi di assistenza contenuta nel PSN, per ciascun comparto sanitario, è priva di indicazioni utili sul piano operativo.

In buona sostanza, un riparto proporzionale alla popolazione residente non è del tutto soddisfacente rispetto al criterio dell'equità distributiva. E infatti in questa direzione si è mossa la legge collegata alla Finanziaria per l'anno 1997, che prevede di integrare il dato relativo alla

¹⁴ Per la parte in conto capitale, la ripartizione del FSN tiene conto anche di esigenze di riequilibrio a favore delle zone particolarmente svantaggiate sulla base di indicatori qualitativi e quantitativi di assistenza sanitaria, con particolare riguardo alla capacità di soddisfare la domanda mediante strutture pubbliche. Pertanto, l'eventuale differenza tra spese ed entrate derivanti da contributi sanitari e FSN deve essere coperta da ciascuna Regione. La cosiddetta contribuzione integrativa rappresenta, infatti, la maggiore responsabilità che la legge di riforma impone alle Regioni. Qualora esse intendano erogare livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi o adottino modelli organizzativi diversi da quelli utilizzati come base per la determinazione del parametro capitario di finanziamento o, ancora, le Unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere di loro competenza evidenzino disavanzi di gestione, le Regioni sono tenute a coprire le maggiori spese con risorse proprie, con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato.

popolazione residente con “la frequenza dei consumi sanitari per età e sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle regioni ed indicatori epidemiologici territoriali” (comma 34).

L'impiego di indicatori di bisogno nel definire la quota capitaria rappresenta un primo passo verso l'adozione di meccanismi alternativi di finanziamento che integrino in modo sempre più completo le informazioni sulle dimensioni della popolazione con fattori di correzione basati sull'intensità dei bisogni di assistenza sanitaria. Sotto questo profilo pare opportuno¹⁵

1. *adottare speditamente i fattori di correzione previsti dalla l. 662/96 basati sull'intensità dei bisogni sanitari nell'attribuzione delle quote capitarie tra le Regioni.*
2. *ampliare il potere discrezionale del Ministero della Sanità e delle regioni nell'attribuzione della percentuale del FSN da destinarsi al finanziamento di organismi ed attività di interesse nazionale (come l'Istituto superiore di sanità, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, le attività di trapianti e le reti di emergenza). Ciò al fine di evitare che la necessità di finanziare tali organismi ed attività si ripercuota negativamente sulla trasparenza dei meccanismi di distribuzione delle risorse dallo Stato alle Regioni.*

2.4.2 *Compensazione per la mobilità interregionale*

A livello nazionale, il fenomeno della mobilità sanitaria tra Regioni non ha ancora ricevuto l'attenzione necessaria. Nel precedente assetto istituzionale, il fenomeno della mobilità sanitaria tra Regioni non sembrava essere molto rilevante, quanto meno a giudicare dagli unici dati disponibili relativamente alla mobilità ospedaliera. Nel nuovo sistema sanitario l'ammontare complessivo di risorse a disposizione delle singole Regioni viene però a dipendere in modo rilevante dal sistema di compensazione della mobilità interregionale, soprattutto con riferimento ai nomenclatori tariffari da applicare.¹⁶

Nel nuovo quadro normativo la mobilità pone dei problemi che vanno al di là del dato finanziario, potendo intaccare il diritto di accesso della popolazione residente. Il sistema di pagamento prospettico basato su tariffe diverse in Regioni diverse rende possibile la determinazione di costi diversi per le strutture sia pubbliche sia private, a seconda delle aree

¹⁵ In attesa di una riforma volta a riequilibrare questi scompensi, il Ministero della Sanità aveva già deciso di ripartire per il 1996 una quota minima del FSN (1000 mld sui circa 90.000) per “popolazione” pesata in base alle diverse fasce di età ed al relativo utilizzo dei servizi. La Giunta regionale dell'Emilia-Romagna, approvando i nuovi criteri di finanziamento delle aziende sanitarie della regione, ha introdotto una quota capitaria ponderata proprio in base alle diverse fasce di età, al sesso ed al diverso ricorso a farmaci e ricoveri ospedalieri che caratterizza ciascuna di queste. Sette le fasce di età considerate: bambini con meno di un anno (punti 2,58); tra 1 e 14 anni (1,2); maschi tra 15 e 64 anni (1); femmine tra 15 e 44 (1,8, dato corretto per indice di fecondità); soggetti fra 64 e 74 (punti 3); tra 75 e 84 (punti 5); oltre gli 85 anni (punti 6).

¹⁶ Va ricordato che, a partire dal 1996, i rimborsi per le cure prestate da ciascuna A-Usl a pazienti di altre regioni non saranno più attinti dal fondo nazionale di compensazione, ma vengono versati dal ministero del Tesoro trimestralmente tendendo conto dei dati sulla mobilità forniti dalle regioni. Questo criterio permetterà di contare su valori reali e non sottostimati come avvenuto in precedenza.

geografiche, anche vicinissime tra loro. E' questo un fattore potenziale di competizione che si esprimerà concretamente nella direzione dei flussi di mobilità sanitaria interregionale.

Un meccanismo di compensazione interessante è quello proposto per il sistema sanitario svedese secondo cui l'ammontare delle transazioni finanziarie tra una contea e l'altra dovrebbe fondarsi su prezzi di trasferimento pre-determinati e non basati sul costo reale delle prestazioni, o sul sistema tariffario vigente in una contea ma non in un'altra. In particolare, tali prezzi sono leggermente inferiori al costo medio corrente al fine di eliminare il pericolo, insito nella determinazione di un prezzo medio tra quelli osservati, di incoraggiare spostamenti verso la media e contemporanee rivalutazioni dei costi. Al fine di compensare parte dei costi di investimento, alle contee importatrici è riconosciuta una quota aggiuntiva in conto capitale, da sottrarre alle contee esportatrici, in ragione del positivo contributo offerto dal SSN.

Nel caso italiano, anche in considerazione delle difficoltà che ancora molte Regioni stanno affrontando nella corretta determinazione delle tariffe DRG, potrebbe essere sufficiente:

1. *adottare un unico sistema tariffario per la mobilità interregionale al fine di evitare costose forme di iperspecializzazione e/o di duplicazione dei costi fissi.*
2. *introdurre per tale mobilità tariffe pari alla media di quelle applicate dalle Regioni coinvolte.*

3. Interventi di regolamentazione dal lato dell'offerta

Le riforme in atto in non pochi paesi suggeriscono che fattori chiave nel miglioramento del grado di efficienza e di efficacia dei servizi sanitari sono l'introduzione di meccanismi di incentivo derivanti dall'accrescimento del livello di concorrenza, la separazione della funzione di finanziamento da quella di erogazione dei servizi sanitari e l'applicazione di tariffe commisurate alla quantità e alla qualità dei servizi stessi. Con le innovazioni legislative degli ultimi anni anche l'Italia ha seguito questa tendenza, orientandosi verso un modello pubblico di tipo contrattuale.¹⁷

3.1 Relazioni tra pubblico e privato

La maggior parte dei paesi OCSE ha optato per modelli sanitari di tipo pubblico, allo scopo principale di compensare i limiti dei mercati assicurativi privati e di realizzare obiettivi di equità e di efficienza allocativa. I modelli di riforma adottati o progettati si sono posti un duplice obiettivo da un lato, il mantenimento (o il rafforzamento) sostanziale dei principi solidaristici sottostanti il sistema sanitario e, dall'altro, l'introduzione di meccanismi pro-concorrenziali volti a migliorarne la produttività. Tali modelli si richiamano fundamentalmente allo schema pubblico di tipo contrattuale.¹⁸

¹⁷ Il materiale di questa sezione trae spunto dal lavoro di V. Rebba e C. Ugolini *op.cit.*

¹⁸ Nel *modello pubblico contrattuale* il servizio sanitario nazionale si limita alla determinazione del bisogno di servizi sanitari dei pazienti ed alla ricerca dei fornitori in grado di erogarli, senza un

Semplificando, nel caso italiano è possibile individuare due modelli alternativi di assetto istituzionale della concorrenza tra pubblico e privato: un modello "orientato dal paziente" (ad es. Lombardia) e un modello "orientato dall'acquirente" (ad es. Emilia-Romagna).

In base al primo modello, si prevede una pluralità di soggetti erogatori pubblici e privati accreditati che possono operare all'interno del SSN in concorrenza tra loro e tra i quali i pazienti hanno piena libertà di scelta. I soggetti erogatori (ad esclusione dei medici di base) vengono remunerati a prestazione sulla base di tariffe e le A-USL assumono il ruolo di "terzo pagante". Qualora i prezzi delle prestazioni ospedaliere e specialistiche vengano determinati esogenamente dalle Regioni, la concorrenza per l'acquisizione di quote di mercato tenderebbe ad essere realizzata principalmente attraverso la differenziazione della qualità delle prestazioni offerte; qualora invece le tariffe siano considerate come la remunerazione massima o i prezzi vengano determinati liberamente in modo negoziale, il sistema si aprirebbe maggiormente alla logica del quasi mercato.¹⁹

Il secondo modello orientato dall'acquirente considera la Regione come il livello di governo più appropriato per "amministrare" la competizione in sanità. Secondo tale modello - maggiormente indirizzato all'obiettivo del contenimento dei costi - nell'ambito della programmazione regionale viene individuata un'area di servizi e/o una quota di mercato complessiva da destinare all'offerta privata accreditata. All'interno di tale area, in funzione delle specifiche esigenze, l'USL sceglie i propri fornitori e negozia con loro l'acquisto di specifiche prestazioni, in termini di quantità, qualità e prezzo²⁰.

A tutt'oggi, la soluzione preferita dalla maggioranza delle Regioni è quella del modello orientato dall'acquirente, basato su tariffe prospettiche uniformi e con vincoli alle quantità sul volume delle prestazioni erogabili.

A questo riguardo, il principio del finanziamento delle strutture sanitarie, in particolare di quelle ospedaliere, sulla base di un sistema di pagamento prospettico mediante tariffa sembra

coinvolgimento diretto nella produzione. I fornitori possono essere pubblici ma in termini di autonomia operativa e finanziaria non differiscono da quelli privati. I fondi pubblici seguono i pazienti e le entrate dei fornitori sono funzione della loro capacità di attrarli. Ci si attende che gli acquirenti (gli enti pubblici e/o i medici per i propri assistiti) che utilizzano fondi pubblici, scelgano i fornitori sulla base della capacità di offrire una prestazione di qualità al prezzo più basso possibile.

¹⁹ In questo modo si viene a limitare notevolmente lo spazio per la programmazione regionale e poiché la concorrenza si basa principalmente sulla qualità del servizio, in assenza di una qualche regolamentazione regionale, i fornitori privati potrebbero risultare avvantaggiati, non essendo sottoposti alle procedure burocratiche e ai vincoli finanziari degli ospedali pubblici. Inoltre, adottando una tariffazione sostanzialmente uniforme, non si viene a tenere adeguatamente conto dei costi di gestione delle strutture pubbliche che hanno l'obbligo di garantire l'erogazione di una gamma allargata di prestazioni che in molti casi producono esternalità positive di cui beneficiano anche le strutture private (pronto soccorso, formazione del personale paramedico, ecc.) e/o svolgono attività soggette a numerosi vincoli a cui non sottostanno quelle private (ad esempio per le dotazioni di personale).

²⁰ In tal caso, si pone implicitamente una limitazione alla libertà di scelta del paziente, che può essere orientato dal medico di base solo verso gli erogatori prescelti dall'A-USL di appartenenza. La sua corretta applicazione richiede una rilevante responsabilizzazione dei medici di base nel prescrivere prestazioni; inoltre, il grado di concorrenza conseguibile con questo secondo modello appare inferiore a quello potenzialmente ottenibile con il modello orientato dalla domanda e permane il rischio di "collusione" tra acquirenti (Regioni, A-USL) e fornitori interni.

essere la novità principale introdotta dalla normativa di riforma. Il passaggio a questa nuova modalità di finanziamento mira ad introdurre anche all'interno del SSN dei meccanismi di concorrenza tra i vari erogatori tali da consentire un miglioramento del livello di efficienza complessivo nell'utilizzo delle risorse. L'adozione del nuovo sistema di finanziamento degli ospedali ha come obiettivo quello di remunerare il "prodotto fornito e non più i fattori produttivi impiegati (...)".

Per garantire l'efficacia delle prestazioni si prevedono requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per tutte le strutture pubbliche e private e le regioni sono tenute ad adottare sistemi di verifica della qualità. La metodologia utilizzata per le prestazioni ospedaliere, quella basata sui DRG, essendo di tipo prospettico, elimina gli incentivi al prolungamento delle degenze e la tendenza allo scarso controllo dell'efficienza gestionale che sono connaturati ai sistemi di pagamento basati sul rimborso ex post dei costi ospedalieri ovvero sul pagamento delle rette giornaliere.

L'adozione del sistema di pagamento prospettico basato sulla tariffazione suscita comunque notevoli preoccupazioni per la tendenza a generare comportamenti opportunistici in merito alla: a) riduzione del livello qualitativo medio delle prestazioni erogate dovuta alla ricerca di massimizzare il residuo di gestione; b) selezione della casistica più remunerativa, attraverso *dumping* o *cream-skimming*, con l'esclusione dei casi più "anomali"²¹; c) scorretta attribuzione di diagnosi (*upcoding*) o frammentazione dei ricoveri (dimissioni anticipate e successivo ricovero); d) difficoltà a tenere conto delle esternalità positive (attività didattica e di ricerca, servizi di emergenza e terapia intensiva, ecc.); e) incapacità di discriminare nei confronti di strutture di offerta caratterizzate da una scala operativa non ottimale ma con funzioni di rilievo a livello regionale oppure localizzate in aree scarsamente dotate di servizi.

Il legislatore ha comunque già provveduto ad adottare specifici provvedimenti per ridurre la portata di tali effetti distorsivi che hanno migliorato e reso più elastico il sistema di pagamento prospettico per le prestazioni ospedaliere. Le soluzioni istituzionali adottate in Italia sollevano però due distinti problemi. In primo luogo, appare improbabile che le Regioni riescano ad organizzare un adeguato sistema di controllo ed elaborazione dei dati raccolti attraverso le schede nosologiche, tenuto conto del fatto che non è ancora stata prevista in modo esplicito la forma organizzativa dell'ente regionale di controllo e le sue effettive modalità operative.²² In secondo luogo, esiste la difficoltà di effettuare controlli efficaci. Questo è ulteriormente

21 Con il termine *dumping* si indica la pratica attraverso la quale l'ospedale (tipicamente privato) decide di non trattare (o di dimettere prima di quanto normalmente richiesto) particolari tipologie di pazienti affetti da patologie che richiedono elevati costi di trattamento, "scaricandoli" su altre strutture pubbliche (i c.d. *ospedali di ultima istanza* o sui servizi socio-assistenziali presenti sul territorio). Il termine *cream skimming* (scrematura dei pazienti) sta invece ad indicare la possibilità che l'ospedale offra una più elevata qualità di prestazioni a pazienti "maggiormente profittevoli", in quanto caratterizzati da patologie che, pur rientranti all'interno di uno stesso DRG, sono caratterizzate da costi effettivi di trattamento più contenuti. Entrambe le pratiche, oltre a dar luogo ad evidenti problemi di equità, possono determinare una riduzione dell'efficienza complessiva del sistema ospedaliero, qualora le strutture verso le quali vengono concentrati i casi più costosi siano mediamente meno efficienti.

22 A tale riguardo, sarebbe opportuno attivare degli schemi di controllo delle pratiche di codifica delle prestazioni ospedaliere analoghi a quelli realizzati dalle PRO (*Peer Review Organizations*) e dalla SuperPRO nell'ambito del programma statunitense *Medicare*.

aggravato, nel caso italiano, dall'assenza di una tradizione di attività di verifica, revisione e controllo della qualità delle prestazioni da parte di organismi indipendenti guidati da medici.

Poiché sembra difficile procedere alla regolamentazione della qualità delle prestazioni agendo unicamente sul fronte dei controlli esterni ed interni, occorre modulare la tariffa secondo schemi simili a quelli proposti dalla teoria economica. In linea di prima approssimazione, la struttura ottimale adottabile dall'ente regionale dovrebbe prevedere sistemi tariffari di tipo misto,²³ ma tali schemi presentano rilevanti problemi applicativi ed elevati costi di contrattazione. Conviene allora optare per una tariffa forfetaria integrata in modo da tenere adeguatamente conto della remunerazione al margine dei ricoveri anomali sotto il profilo della complessità del trattamento e della complessità della casistica trattata dai diversi ospedali²⁴.

In vista dei possibili rischi di cui sopra è opportuno introdurre correttivi che permettano alle strutture pubbliche di competere con le strutture private in presenza di minori penalizzazioni:²⁵

1. *affinare i sistemi di determinazione dei costi dei casi trattati per eliminare le situazioni di forte divaricazione (in eccesso o in difetto) tra tariffe riconosciute e costi effettivi per l'ospedale, anche al fine di contenere comportamenti opportunistici volti alla selezione della clientela trattata.*
2. *sollecitare l'adozione da parte delle Regioni di tariffari DRG articolati in base alla complessità delle strutture produttrici pubbliche e private accreditate, prevedendo per queste ultime l'eventuale attivazione dei servizi di emergenza sanitaria necessari per l'espletamento delle funzioni previste dai contratti posti in essere con le strutture sanitarie pubbliche.*

3.2 Integrazione verticale e contrasto di interessi tra chi finanzia e chi produce

Lo scorporo delle aziende ospedaliere dalle A-USL, previsto dal nuovo ordinamento, ha dato l'impressione che in Italia si volesse uno schema di mercati interni analogo a quello britannico, proponendo una separazione, almeno per i servizi ospedalieri specialistici, tra funzione di acquisto (attribuita alle A-USL) e funzioni di erogazione/produzione (attribuite agli

23 Si tratta cioè di una particolare combinazione lineare tra costo medio regionale, costo medio dell'ospedale (o di una particolare classe di ospedali) e costo unitario effettivamente sostenuto dall'ospedale per il trattamento di ricoveri anomali. Si definiscono strutture di tipo misto proprio perchè combinano elementi di finanziamento di tipo prospettico con elementi di tipo retrospettivo.

24 Va comunque detto che il Ministero della Sanità (1995) ha già suggerito di tener conto di questa duplice complessità, non indicando però in che modo le Regioni dovrebbero procedere ad articolare le tariffe sulla base della complessità operativa e funzionale degli ospedali. Di conseguenza, in mancanza di una precisa formula tariffaria, il riconoscimento di maggiorazioni a fronte di valori più elevati dell'indice di *case mix* potrebbe incentivare ancora di più gli ospedali a "gonfiare" il numero di ricoveri caratterizzati da diagnosi concomitanti e complicanti (*upcoding*); un'eventualità che appare molto probabile, anche per la mancanza, allo stato attuale, di organismi indipendenti di controllo degli ospedali.

25 Va infine sottolineato che la struttura sanitaria incapace di restare sul mercato dovrebbe essere chiusa e questo, fatte salve le aree territoriali più svantaggiate e le ragioni di equità nell'accesso, dovrebbe valere anche per le strutture pubbliche.

ospedali "scorporati"). Tuttavia, l'intero impianto della riforma non sembra introdurre un generale decentramento della regolazione delle transazioni finanziarie a livello sub-regionale che ha caratterizzato la riforma britannica. Per contro, l'introduzione di un sistema tariffario per il finanziamento degli ospedali-azienda richiama l'esperienza svedese e, più in generale, l'idea di valorizzare la capacità da parte delle strutture pubbliche di attrarre la domanda.

In molti casi tuttavia, i presidi ospedalieri non hanno sufficienti incentivi a formulare una valutazione corretta e costante dei costi delle loro prestazioni perché sono integrati all'interno delle A-USL di appartenenza e quindi gli eventuali risparmi conseguiti sono assorbiti da quest'ultima. Uno dei possibili metodi per dare incentivi esterni al recupero di efficienza, è quello di non consentire alle A-USL di finanziare la spesa e produrre direttamente i servizi per evitare che le A-USL finiscano con il conservare le posizioni di rendita dei presidi da esse controllati.

Tuttavia, allo stato, lo scorporo dei presidi dalle A-USL di appartenenza non pare essere una soluzione ottimale soprattutto in considerazione dell'incapacità dei primi di porre in essere strategie di riduzione delle duplicazioni di costo e di sfruttamento delle economie di scala che possono essere meglio realizzate in strutture integrate verticalmente quali le A-USL. A questo proposito l'introduzione del concetto di *rete* in sanità rappresenta una delle possibili soluzioni al problema organizzativo dei presidi.

La realizzazione di reti ospedaliere costituisce una possibile risposta agli incentivi di una più qualificata concorrenza. Infatti esse permettono di realizzare sistemi ospedalieri superando la ritrosia dei presidi nel trasferire ad altri i propri pazienti e sfruttando le economie di scala attraverso un più efficiente utilizzo delle risorse umane, professionali ed economiche. Inoltre, vi possono essere forme di razionalizzazione delle procedure di acquisto e di utilizzo delle grandi attrezzature nonché di specializzazione delle strutture ospedaliere appartenenti alla rete internalizzando gli sforzi legati alla ricerca ed alla formazione del personale e sfruttando la presenza di una struttura di formazione all'interno della rete. Infine, le organizzazioni orizzontali tra i presidi possono permettere una gestione comune dei rischi legati alla rischiosità dei pazienti (in un contesto di rete può intravedersi anche l'eventualità di dar vita a co-assicurazioni tra gli ospedali membri).²⁶

Per questi motivi, piuttosto che ipotesi generalizzate di scorporo dei presidi rispetto alle A-USL, per il momento pare piuttosto opportuno:

1. *attribuire ai presidi ospedalieri un bilancio che preveda l'obbligo di pareggio in modo da responsabilizzare maggiormente le direzioni di tali presidi favorendo una valutazione trasparente dei flussi di risorse finanziari all'interno delle A-USL.*
2. *incentivare la costituzione di reti per gli ospedali di minori dimensioni al fine di sfruttare le economie di scala e di specializzazione, razionalizzare le procedure di*

²⁶ Più specificamente, la costituzione di reti di ospedali potrebbe incentivare la specializzazione di alcune strutture, sancendo invece per altre il ruolo di *ultima istanza*. Si tenga infatti conto che la pratica del *dumping* da parte delle strutture private rappresenta un'eventualità connessa al sistema DRG: gli ospedali pubblici devono essere messi nella posizione di fronteggiare la cura dei pazienti più gravi (quindi più costosi) senza che questo si trasformi in una penalizzazione di tutte le strutture pubbliche.

acquisto e di utilizzo delle grandi attrezzature, pervenire ad una migliore allocazione dei rischi di cura degli outliers, mediante una gestione comune dei rischi.

3.3 La regolamentazione della qualità

Il legislatore nazionale si è espresso a favore della concorrenza tra strutture pubbliche e private. L'adozione di meccanismi che consentono una maggiore concorrenza apre ampi spazi alle politiche antitrust, necessarie per garantire elasticità e trasparenza al mercato ospedaliero e a una forte attività di verifica, revisione e controllo della qualità.

Sotto questo profilo, oltre ad una migliore definizione delle condizioni minime necessarie per l'accreditamento delle strutture, necessaria per l'ammissione ai meccanismi di finanziamento prospettico delle prestazioni, sembra opportuno ridefinire le regole di valutazione della qualità potenziando i meccanismi informativi a disposizione dei cittadini per compiere le loro scelte.

In questo senso occorre riflettere sull'opportunità di non attribuire il monopolio dei servizi di certificazione della qualità a strutture pubbliche che dipendono direttamente dalle Regioni o dalle A-USL per evitare ovvi conflitti di interesse. E' piuttosto preferibile il rafforzamento di un'agenzia centrale che regolamenti il funzionamento delle società di certificazione (anche private, istituite da associazioni di specialisti o da società scientifiche) sulla base dell'impiego di metodi standard di valutazione della qualità e di procedure definite relative alla diffusione dei risultati.

Solo potenziando le istituzioni preposte alla produzione e alla diffusione di informazioni relative alla qualità dei servizi sanitari le strutture private possono affiancare efficacemente gli organismi pubblici, con funzioni complementari o concorrenziali. Occorre dunque:

- 1. riqualificare i compiti dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, potenziandone il ruolo di Autorità di settore con riferimento alla certificazione di qualità.*
- 2. accelerare la regolamentazione e il potenziamento delle istituzioni finalizzate alla definizione e all'applicazione di standard qualitativi, nonché predisporre gli opportuni strumenti di diffusione di tali informazioni.*
- 3. separare il momento dell'autorizzazione ad operare e dell'accreditamento istituzionale (che rimane di competenza Regionale) dal momento della certificazione di qualità realizzata anche su base volontaria e che prevede la presenza di certificatori privati operanti sulla base di procedure riconosciute dalle società scientifiche.*

3.4 Flussi di mobilità come strumento di programmazione

Gli standard di riferimento in materia di organizzazione ospedaliera hanno fatto la loro prima comparsa ufficiale nella proposta di PSN 1980-82 e da allora sono stati modificati più volte. La legge collegata alla Finanziaria per l'anno 1997 fa nuovamente riferimento agli indicatori ospedalieri al fine di ridurre il numero di posti letto complessivo. In particolare, al primo comma essa stabilisce: "i direttori generali delle aziende ospedaliere o delle A-USL interessate provvedono, non oltre il 30 giugno 1997, alla riduzione del numero dei posti letto nelle singole

unità operative ospedaliere che nell'ultimo triennio hanno mediamente registrato un tasso di occupazione inferiore al 75 per cento. Nel rispetto del tasso di spedalizzazione del 160 per mille, i direttori generali assicurano che la riduzione prevista dal presente comma non sia inferiore al 20 per cento del numero dei posti letto per ciascuna unità operativa ospedaliera interessata."

L'utilizzo di indicatori strutturali come strumento di regolamentazione e pianificazione della rete ospedaliera italiana non è comunque immune da manipolazioni. Il persistente ricorso a indicatori strutturali necessariamente alimenta comportamenti volti a soddisfare gli standard di capacità utilizzata determinati per legge pur in assenza di una reale domanda di servizi ed è ben difficile immaginare la realizzazione di efficaci sistemi di controllo su fenomeni così dispersi sul territorio. Nota la superiorità informativa di cui il personale amministrativo e quello medico godono nei confronti dei pazienti e degli organismi di controllo, occorrerebbe affiancare agli indicatori strutturali dell'attività ospedaliera qualche strumento di valutazione più *neutro*, ovvero con un grado di manipolazione potenzialmente inferiore.

A questo proposito, i flussi di mobilità per motivi sanitari possono costituire un indicatore importante della percezione della qualità da parte degli utenti, dell'*opinione* che essi hanno delle singole strutture sanitarie e, al tempo stesso, la conseguenza concreta dei flussi informativi che si diffondono nel mercato sanitario.²⁷ La tutela delle scelte di mobilità dei pazienti non solo è un principio cardine della riforma sanitaria degli anni 1992-93, ma riflette direttamente una ricerca di "qualità" giustificata soprattutto dalle caratteristiche reputazionali delle strutture verso cui tali scelte sono indirizzate. I flussi di mobilità per motivi sanitari potrebbero quindi costituire un ulteriore criterio premiante o penalizzante per la pianificazione e la programmazione ospedaliera.

Rispetto ai motivi che possono giustificare una decisione di spostamento, vi sono essenzialmente due tipologie di mobilità, a cui corrispondono modi diversi di utilizzare il dato sulla mobilità in chiave programmatica. In primo luogo, indagini sulle distanze chilometriche percorse in media per accedere ad una certa divisione possono fornire utili indicazioni sulle eventuali disuguaglianze nell'accesso dei servizi e sugli interventi necessari per modificare la distribuzione territoriale dell'offerta in modo più rispondente al principio "uguale possibilità di accesso alle prestazioni di assistenza sanitaria". Questi dati possono inoltre essere utilizzati per premiare la capacità attrattiva o per incentivare un'ulteriore specializzazione distogliendo parte dei finanziamenti dalle aree in cui la scarsa congestione può essere credibilmente considerata un sintomo di inadeguatezza delle strutture.

27 Nelle intenzioni del legislatore la scelta degli utenti di servizi sanitari dovrebbe costituire un vincolo sempre più rilevante nelle decisioni di programmazione e di pianificazione regionale, soprattutto per quelle maggiormente rivolte al contenimento dei costi. Il grado di libertà da attribuire agli utenti e le modalità della sua realizzazione devono adeguatamente rapportarsi agli obiettivi di efficienza allocativa e di equità che le Regioni sono chiamate a perseguire sul territorio. In questo contesto, interrogarsi sulle preferenze delle comunità che usufruiscono dei servizi sanitari è rilevante soprattutto in considerazione delle molteplici applicazioni che la domanda espressa dai pazienti può avere nell'ambito della regolamentazione e pianificazione del sistema sanitario regionale.

In secondo luogo, una mobilità non giustificabile in termini fisiologici e/o di razionamento può riflettere la qualità percepita dagli utenti nei confronti di una certa struttura, come risultato di un processo reputazionale che questa si è costruita nel tempo. In questo contesto, i flussi di mobilità potrebbero rappresentare un importante strumento conoscitivo per la programmazione ospedaliera territoriale, per la determinazione del bacino di utenza ottimale per alcuni trattamenti ospedalieri, (soprattutto per le specialità caratterizzate da maggiore dilazionabilità e da maggiore contenuto tecnologico) e per la ridefinizione di un corretto rapporto pubblico-privato.

La costruzione di un'efficace banca dati è presupposto fondamentale per impiegare le matrici di mobilità in una prospettiva di regolamentazione orientata al lungo periodo. La possibilità di utilizzare i dati sulla mobilità nelle loro numerose implicazioni si basa sull'attivazione, in modo uniforme, di adeguati sistemi informativi per la rilevazione e l'elaborazione dei dati.²⁸ Nella prospettiva qui delineata è quindi opportuno :

1. *affiancare agli indicatori strutturali dell'attività ospedaliera strumenti di valutazione più neutri, e cioè meno manipolabili da parte di chi offre i servizi.*
2. *ampliare l'utilizzo dei flussi di mobilità come strumenti conoscitivi al fine della programmazione ospedaliera territoriale, per la determinazione dei bacini di utenza e per la valutazione della qualità delle strutture ospedaliere.*

3.5 Ruolo delle organizzazioni nonprofit

La necessità di una riorganizzazione del sistema ospedaliero, che riesca adeguatamente a rispondere agli incentivi pro-competitivi contenuti nella riforma sanitaria, non può trascurare le possibilità derivanti dalla ridefinizione del ruolo assegnato alle organizzazioni nonprofit.

Nel nuovo modello di organizzazione del SSN, le organizzazioni nonprofit non possono continuare ad essere considerate marginali, con funzioni integrative o prevalentemente redistributive. Esse sono chiamate a svolgere un ruolo produttivo ed il loro sviluppo richiede interventi di sostegno proporzionali alle funzioni da esse svolte all'interno delle finalità fissate dalla programmazione sanitaria in sede regionale e nazionale.

Queste organizzazioni, per i vantaggi comparati di cui godono nella produzione di servizi fiduciari e di beni relazionali, possono rappresentare una componente significativa dell'offerta di servizi sanitari. In altri termini, proprio perché non operano per l'obiettivo del profitto, esse vanno considerate a tutti gli effetti come organizzazioni potenzialmente in grado di offrire servizi di alto livello qualitativo anche caratterizzati da notevole complessità tecnologica.

Per comprendere le possibilità di crescita del settore nonprofit all'interno del SSN, soprattutto con riferimento all'ambito ospedaliero ed all'assistenza domiciliare occorre:

²⁸ In particolare, l'art.1, comma 29, della legge collegata alla Finanziaria '97 assegna ai direttori generali delle aziende sanitarie la responsabilità dell'attivazione dei sistemi informativi necessari per la rilevazione e l'elaborazione dei dati necessari per la programmazione e da fornire alle rispettive regioni ed al ministero della Sanità.

1. *consentire in via sperimentale la gestione di alcuni grandi ospedali a organizzazioni non lucrative di utilità sociale, ONLUS, una volta espletato l'iter dei decreti legislativi in ambito fiscale, subordinandola strettamente ai vincoli dell'accredimento e della programmazione nazionale e regionale. La titolarità delle strutture fisse può rimanere pubblica con contratti di affitto di lungo periodo (ad es. trentennali).*
2. *potenziare le esperienze di assistenza domiciliare già in corso di realizzazione e che hanno evidenziato notevoli risparmi di spesa riscuotendo il favore degli utenti.*

3.6 I servizi socio-assistenziali

Come sopra ricordato, esistono due possibili reazioni negative all'introduzione di sistemi di pagamento prospettici da parte dei responsabili dei presidi e delle aziende ospedaliere. Da un lato, possono essere effettuati trattamenti ospedalieri, per pazienti che potrebbero essere trattati all'interno di strutture socio-assistenziali. D'altro canto, l'interesse a realizzare un numero elevato di prestazioni all'interno delle strutture ospedaliere, può spingere ad abbreviare oltre il dovuto i periodi di degenza, anche mediante l'impiego di ricoveri ripetuti, scaricando sulle strutture socio-assistenziali pazienti che richiedono ancora forme di trattamento ad elevato contenuto sanitario.

Nella difficoltà di definire una normativa quadro che chiarisca i confini tra servizi sanitari e socio-assistenziali, è opportuno:

1. *vincolare ciascuna A-USL a definire un budget preventivo per la spesa ospedaliera, al fine di evitare sfondamenti su altre prestazioni più facilmente comprimibili.*
2. *potenziare il ruolo dell'assistenza sanitaria pubblica extra-ospedaliera (Residenze Sanitarie Assistenziali, Assistenza Domiciliare Programmata, Assistenza Domiciliare Integrata, Ospedalizzazione Domiciliare).*
3. *definire le competenze delle Regioni - più di indirizzo e di regolamentazione - e quelle delle A-USL e dei Comuni - più di natura gestionale -.²⁹*

4. Interventi organizzativi dal lato dell'offerta

4.1 Assetto degli organi centrali

Nel corso degli ultimi anni sono emerse a più riprese proposte relative ad una ridefinizione, anche drastica, delle competenze del Ministero della Sanità anche rispetto a quelle proprie delle Regioni. All'interno di tale dibattito, sembrano particolarmente condivisibili le seguenti proposte:

²⁹ Su questo punto in particolare si veda il lavoro di F. Longo e R. Montanelli (1996), "Un modello di pianificazione strategica per la scelta dell'assetto istituzionale dei servizi socio-assistenziali", Mecosan.

1. *riorganizzare le strutture statali preposte alla funzione sanitaria in modo da ridurre duplicazioni e sovrapposizioni dei compiti, procedendo ad un accorpamento di funzioni in organismi autonomi operanti sotto la vigilanza dei diversi ministeri competenti (Istituto Superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro, Commissione centrale contro l'inquinamento atmosferico, Commissione permanente per la determinazione dei metodi ufficiali di analisi sostanze alimentari).*
2. *riorganizzare il Ministero della Sanità sulla base di esigenze funzionali, potenziando i compiti di programmazione, coordinamento e controllo, unificando commissioni e dipartimenti, laddove separati, e finalizzando le risorse dell'Istituto superiore di sanità a compiti di sanità pubblica.*

4.2 Relazioni tra Regioni e Aziende Sanitarie

All'interno del quadro di riforme cui si è dato avvio negli anni 1992-93, le Regioni svolgono un ruolo del tutto prioritario e autonomo per quanto attiene ai compiti generali di regolamentazione e programmazione, demandando alle A-USL i compiti più propriamente gestionali. Nel rispetto di tale autonomia è auspicabile che le Regioni orientino l'allocazione delle risorse in modo coerente rispetto alle finalità complessive del SSN, soprattutto per quanto concerne l'effettiva capacità di erogare i livelli uniformi di assistenza sul territorio e la tutela della qualità dei servizi offerta dalle diverse strutture. In questo ambito è quindi opportuno:

1. *attribuire budget di spesa stringenti alle aziende sanitarie, ratificando le modalità di distribuzione del FSR in modo da contenere forme indesiderabili di discrezionalità.*
2. *imporre alle strutture ospedaliere la consegna al ricoverato, al momento della dimissione, di una nota con indicazione dei costi medici (tariffe DRG) ed alberghieri che il SSN ha sostenuto.*

4.3 Incentivi al personale ospedaliero

Il nuovo quadro legislativo prende in considerazione caratteristiche dell'organizzazione del lavoro, obiettivi di efficienza e di efficacia, forme di incentivazione della qualità e della produttività del servizio. La stessa trasformazione delle A-USL e di molti ospedali in aziende, con responsabilità manageriali del direttore generale e la predisposizione di bilanci, costituisce un esempio di come la riforma si sia ispirata all'obiettivo, da un lato di introdurre meccanismi pro-concorrenziali e dall'altro, di introdurre principi e formule gestionali ed organizzative di tipo privatistico.

Tuttavia, da più parti la rigidità del "personale" viene giudicata uno dei problemi fondamentali per lo sviluppo dell'economicità e della flessibilità delle aziende sanitarie. In questo contesto, l'influenza dei medici e degli altri professionisti rappresenta un fattore chiave per il miglioramento della produttività, essendo ormai nota è la superiorità informativa di cui essi godono nei confronti delle strutture amministrative e dei pazienti (in qualità di induttori di domanda). Poiché il personale medico rappresenta la categoria di lavoratori che maggiormente

influenza l'andamento delle strutture sanitarie, le modalità di regolamentazione del rapporto contrattuale appaiono particolarmente importanti.³⁰

I CCNL siglati lo scorso anno hanno rappresentato un primo passo vero la necessità di correlare il trattamento economico accessorio ad obiettivi quali il contenimento della spesa o il raggiungimento di elevati livelli qualitativi delle prestazioni individuali. In questo ambito è prevista l'introduzione della possibilità di incrementare il fondo aziendale per la produttività collettiva in presenza di avanzi di amministrazione e pareggio del bilancio, secondo le modalità stabilite dalle Regioni.

All'aumentare delle difficoltà di controllo sull'operato di un operatore sanitario, deve crescere anche la possibilità di rivedere nel tempo i vari aspetti del trattamento economico del personale medico, soprattutto per la quota di remunerazione variabile. Sulla base degli scarsi risultati ottenuti dai fondi di incentivazione della produttività nelle strutture pubbliche, si trae la convinzione che gli incentivi debbano piuttosto essere diretti alla definizione di rapporti di lavoro a termine, almeno durante i primi quindici/venti anni di carriera.

La possibilità che parte del residuo possa rimanere all'interno del reparto per finalità di potenziamento delle strutture è da valutare con interesse e vanno sollecitati ulteriori approfondimenti sulla specificazione dei sistemi di controllo sulla qualità dei servizi erogati ai pazienti, soprattutto in considerazione dei pericoli di abbassamento della qualità insiti nei sistemi di finanziamento prospettico.

Non bisogna infine sottovalutare le possibilità che l'introduzione di un sistema di pagamento prospettico influisca sui comportamenti dei medici ospedalieri, soprattutto in relazione alla possibile evoluzione del rapporto tra gli stessi medici e la dirigenza delle strutture di erogazione. In effetti, il sistema tariffario potrebbe far nascere conflitti nuovi fra le strutture ospedaliere (i vertici decisionali) ed il personale medico, la cui risoluzione potrebbe incidere notevolmente sul conseguimento degli obiettivi definiti in sede di programmazione aziendale.

Vanno infine considerate favorevolmente le posizioni espresse con la recente legge collegata alla Finanziaria per l'anno 1997 relativamente all'obiettivo di favorire e coordinare l'esercizio della libera professione intramuraria. La possibilità concreta di attuare quanto già previsto fin dal 1979 rappresenta un passo importante nella direzione di mantenere all'interno delle strutture pubbliche le migliori capacità professionali e di pervenire ad un migliore livello di utilizzo delle apparecchiature strumentali.

Con riferimento alle norme sui posti letto a pagamento e sulla libera professione intramurale è importante che il Ministero della Sanità pervenga ad una definizione di strumenti chiari ed efficaci di programmazione e verifica, soprattutto al fine di evitare che si inneschino fenomeni di scrematura e di trattamento differenziato dei pazienti in regime di degenza e/o strumentalizzazioni delle liste di attesa per alterare il ricorso alla specialistica ambulatoriale svolta come attività intramurale.

30 Affinchè le tariffe incentivino realmente l'efficienza gestionale si è previsto, fin dai primi interventi legislativi, che gli eventuali avanzi di gestione conseguiti dagli erogatori (aziende ospedaliere o A-USL) possano essere reinvestiti per nuove spese in conto capitale, per la copertura di oneri di parte corrente e, in particolare, per eventuali forme di incentivazione del personale da definire in sede di contrattazione.

1. *attivare la regolamentazione dei posti letto a pagamento e della libera professione intramurale negli ospedali pubblici al fine di evitare un trattamento differenziato dei pazienti, paganti e non, ed un uso strumentale delle liste di attesa.*
2. *favorire l'attuazione del D.Lgs. 29/1993 relativamente ai dipendenti del SSN prevedendo:*
 - a) *per i medici ospedalieri, la definizione generalizzata di rapporti di lavoro a termine, almeno durante i primi venti anni di carriera, piuttosto che la costituzione di fondi di incentivazione della produttività che hanno dato risultati di dubbia rilevanza in altre aree dell'amministrazione pubblica;*
 - b) *l'abbandono del metodo di individuazione dei fabbisogni del personale, medico e non, basato sugli standard per posti letto o per popolazione e sulla pianta organica;*
 - c) *la selezione del personale su base nominativa, tenendo conto anche delle caratteristiche attitudinali dei candidati, oltre che dei titoli.*
3. *permettere il riutilizzo di parte della differenza tra costi e ricavi realizzata all'interno delle divisioni, assegnando il residuo per finalità di potenziamento delle strutture, per il finanziamento della ricerca scientifica e per l'aggiornamento professionale del personale. A fronte di tale incentivo al contenimento dei costi ed in considerazione dell'eventuale pericolo di scadimento qualitativo dell'assistenza sanitaria, riservare obbligatoriamente una quota del residuo al potenziamento della certificazione volontaria di qualità o alle associazioni di difesa del malato (comitati misti, tribunale dei diritti del malato, ecc.).*

4.4 Ruolo della medicina generale

L'esigenza di meccanismi di responsabilizzazione dei medici di base ad un uso efficiente delle risorse nasce dalla constatazione che il contenimento della domanda di prestazioni sanitarie non può che passare attraverso l'introduzione di incentivi e disincentivi rivolti ai medici di medicina generale sui quali ricade la responsabilità delle prescrizioni farmaceutiche e diagnostiche ed ai quali è assegnato di fatto il delicato ruolo di "filtro" delle prestazioni di secondo livello (specialistiche).

La riforma richiede che, tra i principi di cui devono tenere conto le convenzioni tra SSN e i medici di medicina generale, si prevedano "le modalità per concordare livelli di spesa programmati e disciplinarne gli effetti al fine di responsabilizzare il medico al rispetto dei livelli di spesa indotta per assistito(...)".

La legge collegata alla Finanziaria per l'anno 1997 stabilisce al comma 27 che l'attività dei medici di medicina generale sia "orientata al rispetto (...) dei livelli di spesa individuati dalle unità sanitarie locali (...) volti tra l'altro al contenimento delle richieste di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero. La quota variabile della remunerazione dei medici di medicina generale viene flessibilmente commisurata al perseguimento degli obiettivi e al rispetto dei vincoli". Inoltre, al successivo comma 28 viene introdotto per i medici di medicina generale l'obbligo di "conformare le proprie autonome decisioni tecniche a percorsi diagnostici e terapeutici (...) I percorsi diagnostici e terapeutici sono individuati e adeguati sistematicamente

dal ministro della sanità (...)” Il comma 28 prosegue poi assegnando al Ministero della Sanità il compito di stabilire gli indirizzi per un’applicazione omogenea dei percorsi diagnostici e terapeutici a livello locale e le misure sanzionatorie da applicare per il mancato rispetto, senza giustificati motivi, dei protocolli

La possibilità che l’introduzione dei protocolli diagnostici, sotto forma di procedure vincolanti e controlli stringenti nei confronti delle scelte del medico, possa contribuire a ridurre in modo strutturale la spesa dal lato dell’offerta non va comunque sopravvalutata. Sotto questo profilo l’esperienza di analisi economica dei meccanismi di controllo - nella regolamentazione, nella lotta all’evasione fiscale e nel contenimento di fenomeni illegali in genere - è piuttosto scoraggiante e rende pessimisti rispetto all’efficacia di controlli sull’offerta. Ciò perché laddove il costo di definizione degli standard di comportamento è spesso molto basso, il costo di realizzare un sistema efficace di controlli su relazioni del tipo medico-paziente così riservate e disperse sul territorio è elevato e tecnicamente difficile da realizzare.

Inoltre, la regolamentazione tramite controlli ha spesso effetti negativi sul morale di coloro che vi sono sottoposti: la disponibilità del medico a svolgere al meglio i propri compiti può essere mortificata da prescrizioni autoritative definite necessariamente rispetto a fattispecie astratte. Infine, tutti i controlli amministrativi sono entro certi limiti aggirabili attraverso comportamenti di tipo elusivo, quindi non illeciti in senso stretto, laddove i soggetti ad essi sottoposti abbiano un sufficiente incentivo a farlo. A puro scopo esemplificativo e sulla base di analogie con altri settori, è possibile che un medico, per ottenere un numero più elevato di analisi rispetto a quelle prescritte, possa attribuire ai propri pazienti più di una patologia in modo tale da riuscire ad ampliare comunque l’insieme di informazioni a propria disposizione.

I medici tendono a praticare forme di medicina difensiva principalmente per due ragioni. Da un lato essi cercano di minimizzare il rischio di errori diagnostici e quindi trovano nell’analisi e nella diagnostica strumentale una soluzione a costo zero per ridurre l’incertezza connaturata ad ogni parere professionale. D’altro lato, i medici hanno un interesse immediato ad accontentare i pazienti i quali spesso richiedono esplicitamente analisi, farmaci o prestazioni di diagnostica strumentale perché sono avversi al rischio e quindi sono desiderosi di rimuovere le loro preoccupazioni rispetto alla malattia anche sulla base di elementi di valutazione oggettiva che li rassicurino. A completare il quadro vi è inoltre la constatazione che nessuna delle due parti paga in effetti le prestazioni se non in proporzione minima rispetto ai costi. Ne segue che gli incentivi sia del medico sia del paziente convergono nel richiedere un numero eccessivo di prestazioni e la natura del rapporto tra le parti rende ogni controllo estremamente difficile.

La riforma non esclude la possibilità di ammettere anche la formazione di bilanci attribuibili ai medici di base, analogamente a quanto già accade nel sistema britannico. La nuova Convenzione ha previsto infatti la possibilità, per ora solo con esperienze pilota, di introdurre budget annuali che attribuiscono ai medici di base il ruolo di fundholder.³¹

³¹ In Gran Bretagna si prevede l’attribuzione di un bilancio autonomo ai medici generici che lo vogliano, bilancio sostanzialmente proporzionale al numero dei pazienti da assistere e destinato a finanziare le spese per la produzione e/o l’acquisto di una vasta gamma di prestazioni sanitarie. La proposta introduce nella medicina di base due diverse forme di competizione. In primo luogo, i medici aderenti al sistema di bilancio autonomo competono con gli altri enti distrettuali (DHA) nella negoziazione di contratti a tariffe

L'attribuzione al medico generico di un bilancio autonomo per paziente può essere assimilata ad una sorta di "assicurazione" implicita che il servizio nazionale sottoscrive con il medico al fine di eliminare il rischio di una domanda di prestazioni eccessiva rispetto alle dimensioni attese. Il medico, a fronte del versamento fisso per paziente, garantisce la fornitura (diretta, o attraverso l'acquisto presso produttori esterni) di tutta una serie di prestazioni.

Il quadro che emergerebbe dall'introduzione di una riforma di questo tipo richiede comunque un'analisi approfondita. Occorre valutare innanzitutto il possibile effetto sulla salute della popolazione di un eventuale contenimento della domanda di prestazioni specialistiche, di farmaci, esami di laboratorio, ricoveri ospedalieri, ecc. Inoltre, va segnalata la possibilità che i medici trasferiscano a loro volta sui pazienti il rischio di trattamenti imprevedibili e particolarmente onerosi e si rifiutino di fornire a proprie spese prestazioni volte a riparare danni alla salute in seguito a comportamenti poco diligenti o addirittura rischiosi da parte del paziente³². Emerge inoltre l'incentivo per il medico di base a selezionare gli assistiti così da contenere il numero dei soggetti potenzialmente più bisognosi dell'assistenza sanitaria (soprattutto bambini ed anziani). Infine, dato il vincolo del budget, il medico di base è incentivato a procrastinare il consumo sanitario (aumentando la probabilità che in futuro i costi siano maggiori a causa del peggioramento della salute del paziente stesso).

Sulla base di queste considerazioni, pare opportuno:

1. *favorire in ciascuna Regione sperimentazioni relative all'attribuzione di budget totali cui imputare il costo di prescrizione dell'assistito, in modo da poterne valutare vantaggi e controindicazioni.*
2. *ampliare la scelta dei pazienti incentivando la costituzione di studi associati nella forma di società professionali quali quelle ammesse per gli ingegneri.*
3. *introdurre meccanismi di ponderazione della quota capitaria fissa basati sull'età degli assistiti e su altri indicatori di bisogno sanitario relativi agli assistiti e molto meno sull'anzianità di laurea del medico.*
4. *armonizzare i criteri per la standardizzazione della spesa per paziente e prevedere penalizzazioni progressive in presenza di sfondamenti, al fine di un'applicazione uniforme dei tetti di spesa programmati.*
5. *introdurre meccanismi di contenimento della spesa più stringenti di quelli stabiliti dai livelli programmati di spesa, con fissazione di budget specifici almeno per quel che concerne la spesa farmaceutica e diagnostica pro-capite. A questo riguardo, è necessario potenziare le attività di controllo e di condizionamento sulle prescrizioni.*

prestabilite, presso determinati ospedali. In secondo luogo, i medici entrano in competizione gli uni contro gli altri per l'acquisizione di pazienti (essendo il finanziamento proporzionale al numero degli assistiti).

³² Oppure, in una diversa prospettiva, il risultato potrebbe andare nel senso di una giusta redistribuzione degli oneri dagli avversi al rischio agli amanti del rischio (attualmente non esiste di fatto alcuna discriminazione fra le due categorie di individui: i fumatori accaniti, ad esempio, contribuiscono al finanziamento del sistema sanitario allo stesso modo dei non fumatori).

5. Il mercato farmaceutico

La regolamentazione del mercato farmaceutico è particolarmente complessa per la compresenza di finalità redistributive e allocative che richiedono modalità di intervento su diversi elementi sia della domanda che dell'offerta. In particolare, dal punto di vista redistributivo, il finanziamento pubblico di una componente prioritaria della domanda complessiva - ancorché sempre più finalizzato e selettivo - può essere visto come uno strumento economico per rendere effettivo il diritto alla tutela della salute anche per i cittadini caratterizzati da un basso livello di reddito. Per evitare che tale finanziamento superi un livello compatibile con gli equilibri finanziari complessivi, il primo insieme di interventi di regolamentazione sono finalizzati appunto al contenimento della spesa mediante controlli sui vari soggetti induttori della spesa e mediante l'identificazione di prezzi di riferimento per produttori, grossisti e farmacisti. Questi ultimi permettono di raggiungere notevoli risultati in termini di limitazione della spesa, ma la loro definizione si basa su informazioni per loro natura incomplete e comportano necessariamente rilevanti costi sociali in termini di distorsione delle attività di ricerca e di sviluppo. Inoltre, per quanto riguarda i controlli sul rispetto dei budget di spesa degli operatori che inducono spesa farmaceutica, occorre notare che essi sono costosi da applicare e richiedono la definizione di un apparato di incentivi e sanzioni che possono avere rilevanti effetti distorsivi sui comportamenti di tali soggetti.³³

Dal punto di vista allocativo, una prima finalità dell'intervento pubblico è la produzione e diffusione di conoscenze necessarie per deliberare in merito all'ammissibilità della vendita dei farmaci nonché, più in generale, per pervenire a valutazioni relative alla loro efficacia e al loro costo. Tali flussi informativi, cruciali per aumentare la selettività del finanziamento pubblico della domanda e per indirizzare le scelte delle amministrazioni pubbliche, dei medici e dei cittadini-consumatori, richiedono forme istituzionali diverse di intervento che attengono alla emissione di autorizzazioni e alla classificazione dei farmaci in diversi segmenti di mercato. Sempre dal punto di vista allocativo, un'altra rilevante forma di intervento specificamente mirata a predisporre un sistema di incentivi per gli investimenti in attività di ricerca e di sviluppo soprattutto tramite la definizione di meccanismi di protezione dei brevetti nonché di definizione dei prodotti generici.

Più in generale un sistema di regolamentazione complesso e con obiettivi molteplici è difficile da governare anche in presenza di una forte coordinazione dei diversi soggetti coinvolti. Nel caso in specie, si rileva invece una qualche mancanza di coordinazione tra gli attori istituzionali con specifiche competenze in questo ambito (CIPE, Dipartimento del farmaco presso il Ministero della Sanità, Ministero dell'Industria, ecc.).

Nel caso italiano, oltre a queste forme di regolamentazione, comunque necessarie nell'ambito di un sistema sanitario pubblico, sono presenti forme di intervento piuttosto elaborate anche sulla fase di distribuzione della maggior parte dei farmaci. In particolare sono previste riserve di monopolio nella distribuzione non commerciale a vantaggio delle farmacie

³³ Sotto il profilo del contenimento della spesa la determinazione di prezzi di riferimento collegati alla media europea e una maggiore selettività nella definizione delle soglie di efficacia che permettono l'inserimento dei farmaci nelle varie fasce ha prodotto rilevanti risultati, ancorché essi siano stati anche recentemente sottoposti a censura dal Consiglio di Stato che ne ha di fatto imposto una ridefinizione

per cui è tipicamente prevista la definizione di una rigida pianta organica a livello locale. Tale limitazione costituisce una rilevante barriera istituzionale all'entrata difficilmente giustificabile in termini di tutela della qualità o di limitazione della spesa pubblica o privata.³⁴

Tuttavia, sotto il profilo dell'attività di regolamentazione dei prezzi e dell'entrata, numerosi sono i punti che richiedono una revisione allo scopo di ridefinire il sistema di incentivi per le imprese e di ridurre alcune rendite non giustificate. Come si è detto, questi margini di contenimento della spesa sono individuabili prioritariamente nell'area della distribuzione. Infatti, ulteriori interventi dal lato della produzione potrebbero da un lato danneggiare in modo significativo le imprese compromettendone le prospettive di sviluppo e dall'altro approfondire le divergenze tra legislazione nazionale ed europea.

In particolare per quanto concerne la remunerazione dei grossisti e dei farmacisti, l'attuale situazione per i farmaci rimborsati dal SSN prevede per la farmacia una remunerazione percentuale sul prezzo. Per le specialità medicinali collocate nelle classi A e B, la legge collegata alla Finanziaria per l'anno 1997 ha introdotto (comma 40), nel corrispondere alle farmacie di quanto loro dovuto, percentuali di sconto trattenute dal SSN sull'importo al lordo dei ticket ed al netto dell'IVA che vanno dal 3,75% per le specialità medicinali inferiori alle £.50.000 fino al 12,5% per le specialità medicinali il cui prezzo di vendita al pubblico è pari o superiore a £.200.000. In questo modo si è modificata una situazione in cui le quote proporzionali sul prezzo costituivano un ostacolo per il contenimento della spesa (soprattutto per gli effetti indotti di spostamento dei consumi da farmaci a basso costo a quelli più cari). Per i farmaci compresi nella fascia C, la legge collegata alla Finanziaria 1997 delega al CIPE la determinazione delle quote di spettanza per aziende farmaceutiche, grossisti e farmacisti, in deroga al comma 40, "secondo criteri comunque finalizzati ad una minore incidenza dei margini di distribuzione sul prezzo finale".

Sulla base delle considerazioni svolte e per quanto attiene agli interventi sulla distribuzione pare opportuno:

1. *prevedere la distribuzione di farmaci da banco che non richiedono prescrizione medica al di fuori del tradizionale meccanismo distributivo delle farmacie, in ambienti, tuttavia, sottoposti a controllo.*
2. *attivare un servizio di informazione farmaceutica per i medici di medicina generale e per i medici ospedalieri presso tutte le Aziende sanitarie, in modo da facilitare il reperimento di informazioni neutrali e rilevanti per le scelte concernenti la spesa farmaceutica.*
3. *incentivare ulteriormente la registrazione di prodotti generici.*
4. *ammettere la vendita delle specialità medicinali anche presso esercizi commerciali diversi dalle farmacie, fatto salvo comunque l'obbligo di prescrizione medica quando*

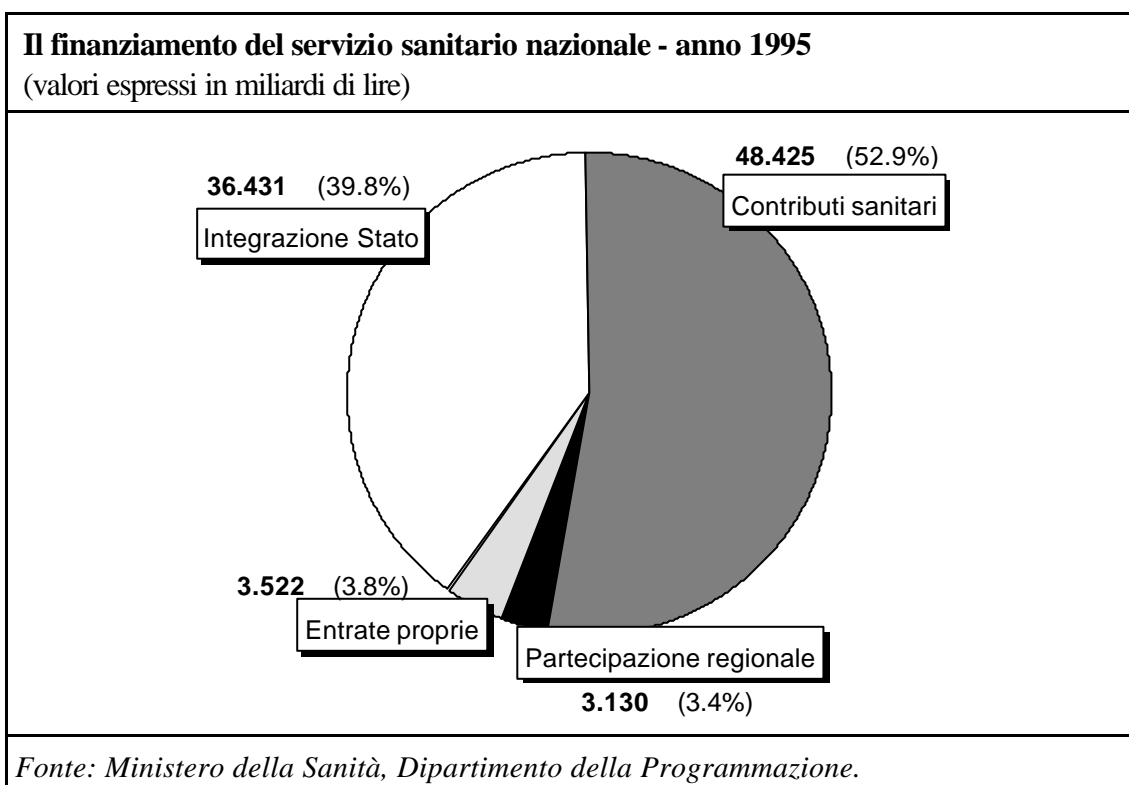
³⁴ Per ulteriori informazioni sulle innovazioni istituzionali concernenti il settore farmaceutico italiano si veda A. Gugiatti (1996) "Cambiamenti nell'assistenza farmaceutica: deregolamentazione e rilancio del settore", Mecosan. In tale lavoro sono commentati due recenti documenti sul tema. gli indirizzi di politica farmaceutica del Governo Dini e la relazione della Commissione tecnica per la spesa pubblica presso il Ministero del Tesoro, relatore G. Galeotti. Soprattutto quest'ultimo documento prefigura linee di intervento legislativo analoghe a quelle qui indicate.

richiesta e di avere a disposizione un farmacista laureato come responsabile del punto di vendita.

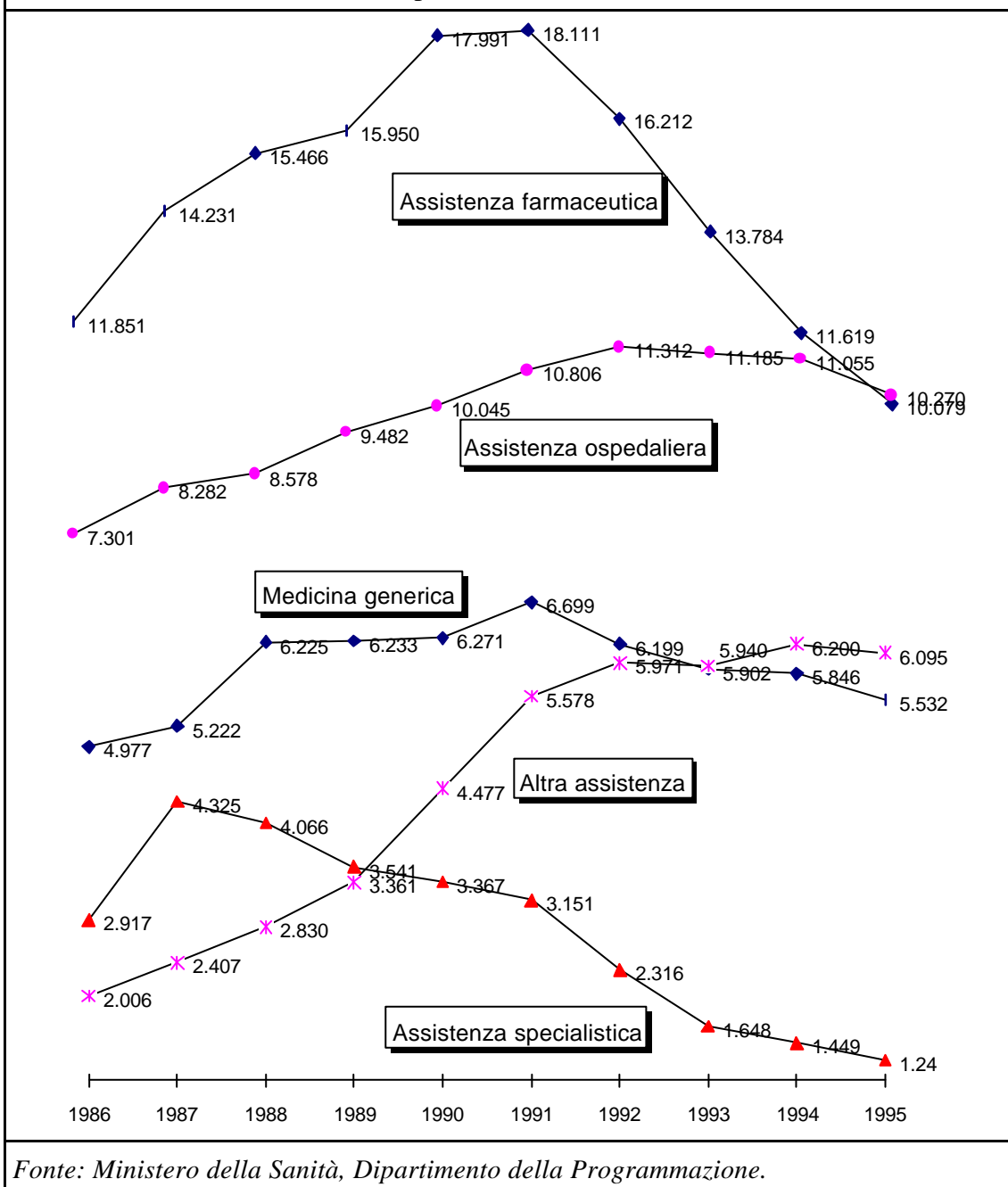
- 5. favorire forme di vendita al dettaglio dei prodotti farmaceutici sulla base del fabbisogno effettivo e non solo in confezioni con quantità già prestabilite.*

Gettito contributi sanitari destinati alle regioni					
	1992	1993	1994	1995	1996
CONTRIB. SANITARI EFFETTIVI (*)	45570	48623	44626	47542	49689
Dei datori di lavoro	35692	34766	31200	35522	34995
Dei lavoratori (totale)	9878	13857	13426	15020	14694
Dipendenti	3945	4377	4739	4888	4878
Autonomi	5933	9480	8687	10132	9816

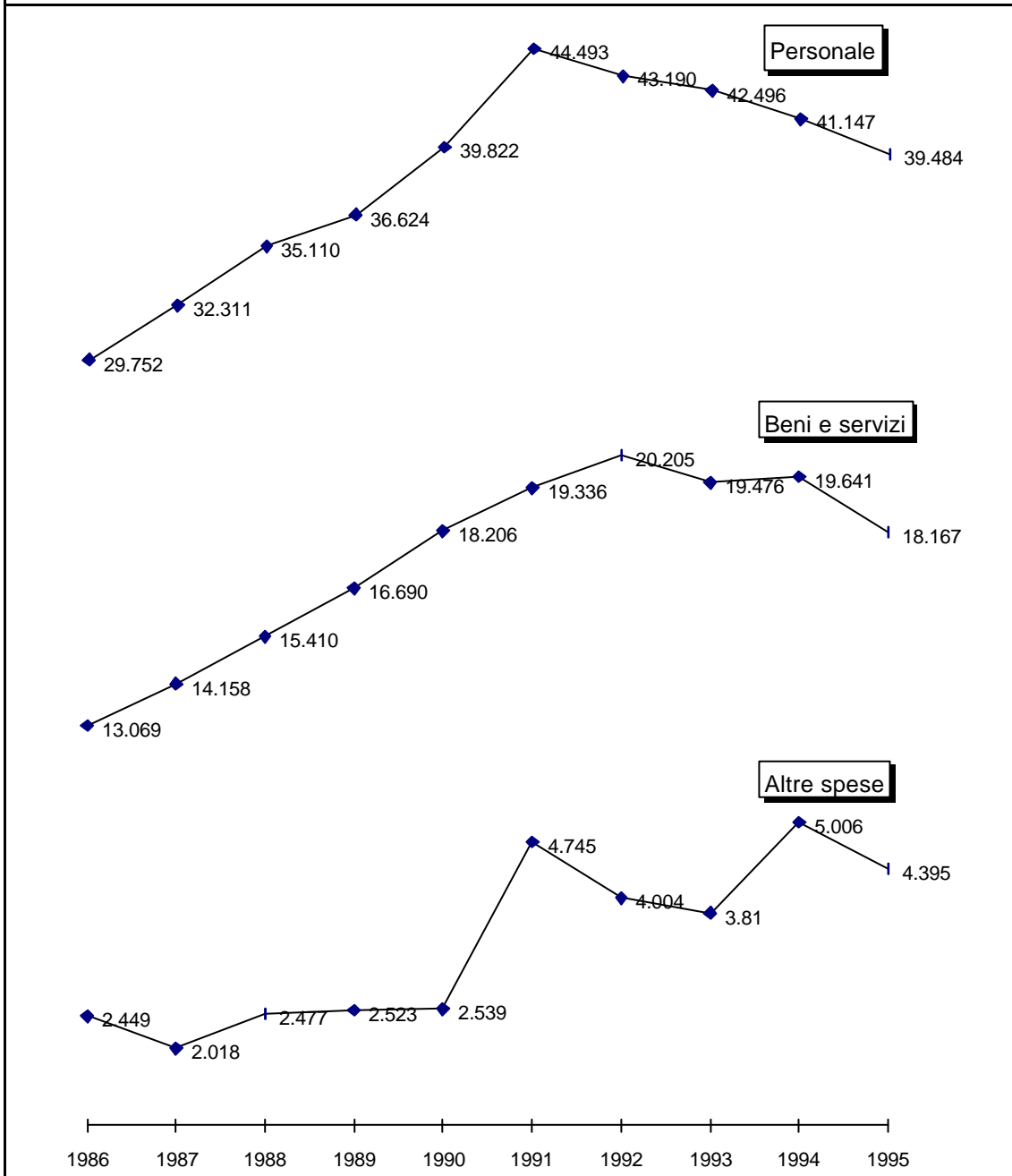
(*) I contributi sociali sono indicati al netto della fiscalizzazione
 Fonte: Ministero della Sanità



La spesa del servizio sanitario nazionale per servizi in convenzione nel decennio 1986-1995 (valori attualizzati, dati espressi in miliardi di lire)

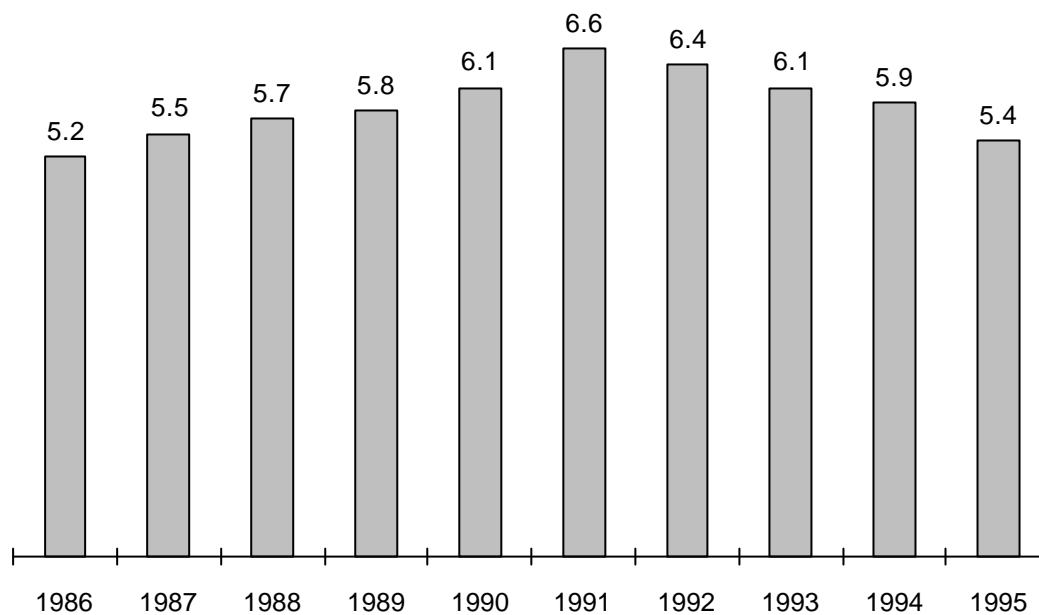


La spesa del servizio sanitario nazionale per servizi direttamente gestiti nel decennio 1986-1995 (valori attualizzati, dati espressi in miliardi di lire)



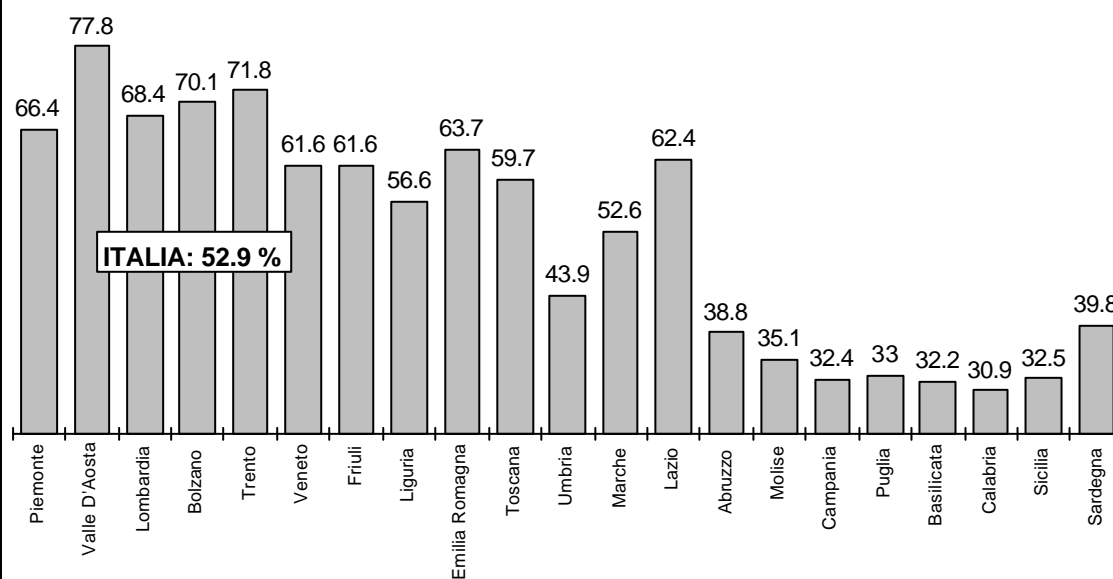
Fonte: Ministero della Sanità, Dipartimento della Programmazione.

Rapporto tra spesa sanitaria pubblica e prodotto interno lordo



Fonti: ISTAT, Annuario statistico italiano, Ministero della Sanità, Dipartimento della Programmazione.

Proporzione percentuale dei contributi sanitari sulla spesa sanitaria pubblica - anno 1995



Fonte: Ministero della Sanità, Dipartimento della Programmazione.

Numero esenti	
Cittadini + 65 anni con reddito < 70 mln	8 800 000
Bambini 0 - 6 anni appartenenti a nuclei familiari con reddito < 70 mln	2 400 000
Pensioni al minimo 60 e 65 anni	900 000
Disoccupati con reddito < 16 mln e familiari	3 500 000
Familiari pensionati sociali e pensioni al minimo	1 400 000
Esenti patologia e invalidi	4 500 000
Totale esenti	21 500 000
<i>Fonte: Dipartimento della Programmazione - Ministero della Sanità, 1997</i>	

Compartecipazioni alla spesa: proposte di modifica	
TICKET PRONTO SOCCORSO	
(ipotesi £.50.000 * nr. accessi 1995 = 300 mld.)	
Al netto del gettito attuale di 150 mld si prevedono maggiori entrate per:	150 mld.
TICKET RICOVERO OSPEDALIERO:	
ipotesi di ticket forfettario (anno 1995)	
Ipotesi 1a:	
£.50.000 sul primo giorno di ricovero, esclusi gli attuali esenti	
(9.500.000 ricoveri*£.50.000*0,42 attuali non esenti) di cui 10 mld. di day hospital	200 mld.
Ipotesi 1b:	
£.50.000 sul primo giorno di ricovero, data la proposte di esenzione a)	
(9.500.000 ricoveri *£.50.000*0,47 restanti esenti) di cui 11 mld. di day hospital	218 mld
TOT	368mld
<i>Elaborazione su dati del Dipartimento della Programmazione - Ministero della Sanità, 1997</i>	

**COMMISSIONE PER L'ANALISI DELLE
COMPATIBILITÀ MACROECONOMICHE
DELLA SPESA SOCIALE**

***LE TENDENZE DELLA
SPESA PENSIONISTICA***

a cura di Massimo Antichi, Nicola Rossi e Ornello Vitali

Documento di base n. 5

Sommario

Analisi della situazione esistente; Analisi dei bisogni emergenti nell'utenza; Proposte e relativi maggiori o minori oneri.

Analisi della situazione esistente

Per molti paesi, gli anni ottanta hanno rappresentato una fase di riforma dei sistemi previdenziali il cui scopo è stato quello di attenuare gli squilibri finanziari indotti dalle tendenze demografiche in atto. Tra gli aspetti comuni delle riforme introdotte nei principali paesi industrializzati (negli Stati Uniti nel 1983, nel Regno Unito nel 1986, in Germania nel 1992, in Francia nel 1993) vi sono: (i) l'aumento graduale delle aliquote contributive, (ii) l'aumento dell'età pensionabile, (iii) l'introduzione di meccanismi tesi a rendere più flessibile la scelta dell'età pensionabile e a prolungare l'attività lavorativa oltre l'età normale di pensionamento, (iv) l'allungamento del periodo di riferimento per il calcolo della retribuzione pensionabile, (v) la riduzione dei coefficienti di rendimento.

La consapevolezza della gravità dei problemi da parte del legislatore italiano è intervenuta con ritardo rispetto agli altri paesi e ciò ha condotto l'Italia ad allontanarsi progressivamente dagli standard prevalenti a livello internazionale. A ciò si aggiunga che, per anni, il legislatore non ha saputo far altro che inseguire l'emergenza e considerare il problema della riforma previdenziale come un semplice tassello del processo di riequilibrio della finanza pubblica. Questa impostazione, lungi dal risolvere il problema, ha finito per renderlo, se possibile, ancora più serio, sovrapponendo ai problemi di fondo del sistema le mille storture determinate da aggiustamenti congiunturali.¹

Dopo molti ed infruttuosi tentativi, un primo tentativo di por freno alla tendenza alla crescita e allo squilibrio finanziario del sistema previdenziale aveva luogo con la cosiddetta "riforma Amato" (L. 438/1992 e D. l.vo 503/1992) che prevedeva, oltre ad un aumento delle aliquote contributive e a misure congiunturali di contenimento della spesa, una serie di interventi strutturali di modifica del sistema (fra cui l'elevazione dell'età pensionabile) volti, più che a disincentivare direttamente il pensionamento, a ridurre l'ammontare delle pensioni erogate e a uniformare maggiormente le varie gestioni previdenziali. Pur contribuendo solo limitatamente al controllo della dinamica della spesa pensionistica nel breve-medio periodo, la riforma Amato agiva pesantemente sulle prospettive future degli attivi. Incidendo, in particolare sui nuovi entranti nel mercato del lavoro, veniva attenuata la tendenza di fondo allo squilibrio finanziario del sistema di cui rimaneva, peraltro, inalterata la valenza redistributiva (con la sola eccezione del divario fra lavoratori dipendenti pubblici e privati che tendeva a restringersi).

Nonostante la riforma del 1992, i dubbi sulla sostenibilità di medio-lungo periodo del sistema previdenziale italiano permanevano ed un nuovo accordo sulle linee di riforma del sistema previdenziale veniva raggiunto l'8 maggio 1995, a conclusione di una lunga trattativa fra Governo e organizzazioni sindacali dei lavoratori (CGIL, CISL e UIL). In base a tale accordo il Governo predisponendo un disegno di legge ("Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare"), approvato dal Consiglio dei ministri in data 12 maggio. Il disegno di legge, simile nell'impostazione alla recente ipotesi di riforma del sistema previdenziale svedese, affrontava il tema della separazione fra assistenza e previdenza (oggetto

¹ Per una breve descrizione del sistema di previdenza obbligatoria in vigore fino alla riforma del 1995 si rinvia a M. Antichi, *Quali sono le possibilità di ulteriore razionalizzazione del sistema pensionistico obbligatorio?* (allegato)

di un precedente accordo fra Governo e sindacati, datato aprile 1995) e disciplinava l'intero sistema previdenziale nei suoi due aspetti della previdenza obbligatoria e complementare. Esso definiva, infine, le caratteristiche della fase di transizione al nuovo regime.

Dopo una serrata discussione parlamentare, accompagnata da un ampio dibattito nel Paese, la proposta governativa diventava legge dello Stato l'8 agosto 1995 (L. 335/1995). La riforma si pone l'esplicito obiettivo di: (i) uniformare il trattamento dei lavoratori dipendenti (pubblici e privati) e dei lavoratori autonomi, (ii) commisurare i trattamenti pensionistici alla contribuzione, (iii) affermare il principio della flessibilità nell'accesso alle prestazioni pensionistiche, (iv) agevolare le forme pensionistiche complementari, (v) stabilizzare il rapporto tra spesa pensionistica e PIL.²

In estrema sintesi, la legge di riforma introduce nell'ordinamento un metodo di calcolo della pensione basato sulle seguenti regole che prevarranno a regime:

- determinazione di un montante contributivo, computato sulla base dei contributi pensionistici nella misura del 33 per cento dei salari lordi annui percepiti durante la vita lavorativa dei lavoratori dipendenti e del 20 per cento dei redditi da lavoro autonomo,³ capitalizzati ad un tasso pari ad una media quinquennale del tasso di crescita del reddito nazionale in termini monetari;
- computo della prestazione pensionistica dividendo il montante alla data del pensionamento per un divisore legato alla speranza di vita alla data del pensionamento, alla probabilità di erogare una pensione ai superstiti ed al tasso di rendimento che la legge attribuisce durante il periodo di quiescenza;
- fissazione, per i soli neo-assunti, di un tetto massimo pari a 132 milioni, del reddito soggetto a contribuzione pensionistica;
- età pensionabile flessibile tra i 57 ed i 65 anni;
- prestazioni pensionistiche indicizzate alla variazione dei prezzi al consumo.

La legge prevede che il sistema di calcolo appena descritto si applichi ai soli nuovi iscritti a partire dal 1° gennaio 1996. Per coloro i quali, a quella data, fossero già iscritti a forme pensionistiche obbligatorie si applicano criteri differenziati, come segue:

² Per una descrizione delle caratteristiche essenziali del nuovo ordinamento della previdenza obbligatoria, si rinvia a Camera dei Deputati, *Riforma del sistema pensionistico obbligatorio e complementare* (Roma 1996)

³ E' opportuno ricordare che la riforma fissa l'aliquota contributiva ai fini del computo della pensione al 33 per cento della retribuzione lorda per i lavoratori dipendenti ed al 20 per cento del reddito lordo per i lavoratori autonomi. L'aliquota contributiva effettiva (o aliquota di finanziamento) è invece inferiore di un punto per i lavoratori dipendenti (32 per cento) e di 5 punti per i lavoratori autonomi (15 per cento). La differenza fra aliquota di computo e aliquota di finanziamento viene coperta tramite apporti della fiscalità generale oltre che, nel caso dei lavoratori autonomi, mediante la traduzione in 2 punti percentuali di aliquota di una parte degli attivi patrimoniali delle gestioni previdenziali. Si noti che, nel caso dei lavoratori dipendenti, la differenza fra aliquota di computo ed aliquota di finanziamento risulta ad oggi ormai pressochè interamente colmata.

- per i lavoratori con anzianità contributiva non inferiore a 18 anni alla data del 31 dicembre 1995, la pensione si calcola interamente secondo la vecchia normativa di tipo retributivo, mentre per l'accesso alla pensione (tanto dei lavoratori dipendenti quanto dei lavoratori autonomi) si richiedono, a regime, 35 anni di anzianità contributiva e almeno 57 anni di età o, in alternativa, 40 anni di anzianità contributiva;
- per i lavoratori con anzianità contributiva inferiore a 18 anni alla data del 31 dicembre 1995, la pensione si calcola come somma di due quote: la prima riferita all'anzianità maturata al momento dell'entrata in vigore della riforma e calcolata secondo le regole preesistenti e la seconda riferita al successivo periodo di attività lavorativa e calcolata secondo il sistema contributivo; i requisiti di accesso alla pensione sono gli stessi previsti per i lavoratori con più di 18 anni di anzianità contributiva.

Si noti che, per quanto riguarda le condizioni di accesso alla pensione, le regole sopra richiamate disciplineranno gli accessi alle pensioni di anzianità dal 2008 in poi. Nella fase transitoria, la legge di riforma prevede norme differenziate per i lavoratori dipendenti privati e pubblici e per i lavoratori autonomi intese a consentire un graduale aumento dei requisiti minimi per l'accesso fino a raggiungere i livelli citati in precedenza.

La principale novità della riforma è data dall'introduzione di un principio attuariale nella determinazione dei benefici pensionistici, che vengono ora rapportati non solo all'ammontare delle contribuzioni effettuate nel corso della vita lavorativa ma anche alla vita residua attesa al momento del pensionamento. Ulteriori elementi di flessibilità del sistema vengono dal drastico abbassamento del requisito contributivo minimo e dall'eliminazione del limite rigido costituito dall'età pensionabile.

Il nuovo metodo di calcolo "contributivo" rappresenta un cambiamento radicale rispetto a quello previgente e al momento della sua integrale applicazione consentirà di superare quella che costituisce l'anomalia principale del nostro sistema pensionistico (rappresentata dall'istituto del pensionamento di anzianità) e di porre in correlazione più stretta il livello delle prestazioni con quello delle contribuzioni. A regime, la L.335/1995 consegue questi obiettivi imponendo l'uniformità dei tassi di rendimento impliciti delle prestazioni rispetto all'entità della contribuzione sostenuta durante il periodo di attività lavorativa, indipendentemente dall'età di pensionamento e dai regimi pensionistici di appartenenza. Inoltre, detti tassi di rendimento vengono posti in stretta relazione con quelli sostenibili dal sistema previdenziale (che coincidono, com'è noto, con il tasso di crescita della massa retributiva imponibile ai fini pensionistici).⁴

⁴ Com'è noto, critiche anche severe (e non necessariamente giustificate) sono state rivolte alle modalità di applicazione del metodo contributivo proposto a regime per il sistema pensionistico. Secondo autorevoli opinioni, esse potrebbero finire per tradursi in una maggiore incidenza della spesa pensionistica in rapporto al prodotto interno lordo. Per una puntuale disamina degli argomenti citati si rinvia a M. Antichi, *Quali sono le possibilità di ulteriore razionalizzazione del sistema pensionistico obbligatorio?* (allegato) e, in particolare, a R. Aprile, *Alcune considerazioni in merito alla riforma del sistema pensionistico approvata nell'agosto del '95: le critiche che non merita* (L'Assistenza Sociale, in corso di pubblicazione).

L'art. 1, comma 5, della legge n. 335 del 1995 prevede due fasi temporali per la verifica dei risultati finanziari prodotti dalla citata legge di riforma. La prima fase si riferisce al triennio 1996-1998 e la seconda al periodo successivo al 1998. Nel primo caso deve essere verificato il perseguimento degli obiettivi di contenimento di spesa stabiliti dalla riforma e, nell'eventualità di scostamenti, devono essere realizzati gli interventi necessari a ripristinare tali obiettivi limitatamente ai comparti in cui si manifestano le sfasature. Nel secondo caso, devono essere valutate le proiezioni di spesa su un periodo decennale. Anche in questa circostanza, ove fossero riscontrate divergenze dal percorso stabilito, si dovrà procedere all'introduzione delle correzioni necessarie.

La differenza fra le due ipotesi di verifica previste dall'art. 1 risiede, quindi, nella natura degli eventuali interventi. Nel primo caso essi sono intesi a consentire *ex post* il raggiungimento degli obiettivi finanziari previsti dalla riforma. Nel secondo caso essi sono, invece, intesi a prevenire *ex ante* scostamenti rispetto agli obiettivi indicati dalla riforma.

Come osserva il *Nucleo di valutazione della spesa previdenziale* (nel documento allegato), se ci si riferisce, alla prima eventualità prevista dall'art. 1 della legge di riforma, è evidentemente improprio ipotizzare un anticipo di una verifica che è già prevista per gli anni 1996-1998. Se ci si riferisce, invece, alla seconda eventualità, l'anticipo della verifica risulta precluso dalla disponibilità degli elementi necessari alla effettuazione di una attendibile previsione di spesa che tenga conto della nuova normativa.

La distinzione vale, ad esempio, per i flussi di pensionamento di anzianità. La modifica dei requisiti minimi di accesso (innalzamento del requisito minimo di anzianità ed introduzione dell'età anagrafica minima) non ha operato infatti sui flussi di pensionamento che hanno avuto decorrenza nel corso del 1996 (e ciò in quanto attraverso le cosiddette quattro "finestre" del 1996 hanno avuto accesso al pensionamento di anzianità i soggetti "bloccati" nel corso del 1994 e del 1995) talchè l'unica verifica possibile è quella che porta a comparare i flussi di pensionamenti di anzianità previsti per il 1996 con quelli accertati (e non già quella ben più importante relativa alla efficacia dei nuovi requisiti di accesso).

Ciò premesso, le valutazioni del *Nucleo di valutazione della spesa previdenziale* presentate in data 25 febbraio 1997 consentono di affermare quanto segue:

- nel corso del 1996, globalmente si è determinato un risparmio di spesa di 790 miliardi rispetto alle previsioni, di cui 517 attribuibili al comparto privato e 273 al comparto dei dipendenti pubblici,
- in particolare, il comparto dei lavoratori dipendenti privati avrebbe registrato quasi 25 mila uscite in meno rispetto al previsto, con un risparmio non lontano dai 700 miliardi;
- nel comparto del lavoro autonomo si sarebbero registrate, invece, circa 20 mila uscite in meno fra i commercianti e gli agricoltori e 19 mila in meno fra gli artigiani, con risultati complessivi negativi e quindi con una maggiore spesa pari a circa 180 miliardi;
- nel settore pubblico, il consistente risparmio di spesa sarebbe invece attribuibile, quasi interamente, al minor valor medio delle pensioni liquidate rispetto alle previsioni (in netta controtendenza rispetto a quanto accaduto, invece, per i dipendenti degli enti locali);

- nel complesso, peraltro, la minor spesa relativa ai pensionamenti di anzianità potrebbe esser stata più che controbilanciata dalle minori entrate contributive relative all'assicurazione obbligatoria dei lavoratori parasubordinati stimate pari, nel 1996, a circa 1.600 miliardi (di cui 1.000 imputabili al differimento delle decorrenze dell'obbligo, 200 alla facoltà di effettuare il versamento nelle casse di appartenenza di alcune categorie professionali, e 400 alla decadenza dei termini per il versamento del secondo acconto di novembre per l'anno 1996, quindi recuperabili nel corso del 1997).

Si noti, infine, che fanno parte integrante della riforma 10 norme di delega e 29 decreti ministeriali. Delle prime, solo 6 hanno trovato attuazione. Negli altri casi si è infatti resa necessaria, per lo più, una proroga delle deleghe legislative al 30 aprile 1997. In particolare, non sono state infatti ancora esercitate: (i) la delega relativa ai criteri di calcolo delle pensioni degli agricoltori (il cui testo è all'esame delle Camere), (ii) la delega relativa alla fissazione dei criteri per la ricostruzione delle posizioni dei soggetti che operano per il metodo di calcolo contributivo, (iii) le deleghe in materia di riordino delle pensioni di invalidità e di revisione dei requisiti di accesso e delle modalità di computo della pensione per categorie particolari (personale militare, diplomatici, magistrati, docenti universitari, ...), (iv) la delega relativa all'emanazione del testo unico sulla previdenza obbligatoria (rinviata al 31 marzo 1998).

In particolare, la legge di riforma del sistema pensionistico obbligatorio ha delegato al Governo l'obiettivo di armonizzare ai criteri generali in essa definiti, i requisiti di accesso e le modalità di computo delle prestazioni pensionistiche dei regimi sostitutivi dell'assicurazione generale obbligatoria operanti presso l'Inps, l'Enpals e l'Inpdai, e dei trattamenti di alcune categorie di lavoratori appartenenti alle forme esclusive dell'assicurazione generale obbligatoria. L'iter di approvazione di alcune delle deleghe citate è in corso. Va segnalato, peraltro, come il processo di armonizzazione abbia in realtà interessato, a tutt'oggi, solo i regimi pensionistici interni all'Inps. Ritardi consistenti si registrano per i regimi non inclusi nell'Inps (militari, forze di polizia, ...) mentre gli stessi organi costituzionali non hanno, a tutt'oggi, segnalato tempi e modalità di adesione al nuovo regime previdenziale. Allo stato attuale le deleghe esercitate dal Governo, oppure quelle che hanno intrapreso l'iter parlamentare, sono dunque quelle riportate nella tavola 1 che ne riassume gli effetti finanziari.

Tav. 1
Effetti finanziari delle armonizzazioni dei regimi previdenziali ai sensi della legge n. 335/1995

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Fondo elettrici	102	140	176	206	206	206
Fondo telefonici	143	200	260	321	384	468
Fondo volo	0	86	114	125	106	140
Previdenza agricola	0	44	127	211	304	398
ENPALS	33	50	65	78	92	108
INPDAI	166	265	583	672	987	1.132

Totale	444	785	1.325	1.613	2.079	2.452
<p><i>Nota: Per l'anno 1997, le modalità di attuazione nel caso del Fondo Volo provocheranno maggiori oneri sulla gestione per circa 160 miliardi di lire, in relazione alla fuoriscita anticipata di alcuni soggetti tesa ad evitare l'inasprimento dei requisiti. Inoltre, si noti che, diversamente dagli altri, solo i primi quattro fondi citati hanno effetto diretto sul saldi di tesoreria dello Stato.</i></p>						

Come si vede i risultati finanziari non sono del tutto trascurabili. Purtroppo, la strada prescelta dal legislatore nella legge di riforma ha ratificato la legittimità dell'esistenza di regimi pensionistici diversi quando avrebbe dovuto prevederne il logico superamento. La ragione è connessa agli effetti redistributivi tra le diverse categorie di lavoratori che sono legati alla permanenza nel sistema di tali regimi. Quest'ultimi per quanto "armonizzati" manterranno in molti casi trattamenti ed istituti più favorevoli rispetto a quelli generali. La legge delega, infatti, prevedendo la tutela di specificità lavorative non meglio identificate comporta l'avvio di un lungo processo di transizione nell'applicazione coerente delle norme armonizzate, quando addirittura non apre lo spazio alla conservazione dell'esistente.

Nonostante gli sforzi compiuti in questa direzione dagli ultimi interventi di riforma Amato e Dini, non appare quindi ancora superato completamente il problema legato alla permanenza nel nostro ordinamento di una pluralità di regimi che consentono l'esistenza di norme diverse sia per quanto riguarda i livelli delle aliquote contributive destinate al finanziamento delle prestazioni, sia per quanto riguarda i requisiti di accesso e la misura della pensione. Tali differenze comportano degli impliciti trasferimenti finanziari pubblici a favore di alcune categorie di assicurati e a danno di altre, senza che tali trasferimenti seguano un logica redistributiva solidaristica che dovrebbe essere propria di un sistema previdenziale pubblico. L'esistenza di un ordinamento così segmentato non consente di far emergere in tutta la sua evidenza tale realtà. Infatti, tutte quelle gestioni che, o perchè di giovane costituzione, o perchè a causa di un contingente momento favorevole dal punto di vista occupazionale godono di un miglior rapporto tra pensionati e attivi, sono in grado di erogare prestazioni migliori a parità di aliquota o di sottoporre i propri iscritti a minori oneri contributivi a parità di prestazioni. Tali gestioni sono pertanto gelosissime della propria autonomia finanziaria fintantochè sono in grado di giustificare tali diversità di trattamento sulla base di avanzi di esercizio. Autonomia finanziaria cui queste categorie sono pronte a rinunciare non appena comincino a manifestarsi segni di squilibrio addossando l'onere dei migliori trattamenti in pagamento a carico della collettività.

Analisi dei bisogni emergenti nell'utenza

La valutazione della *performance* della riforma nella fase iniziale di applicazione costituisce un elemento essenziale per la definizione di eventuali correzioni di rotta, ma non esaurisce l'insieme di informazioni necessario per determinare il corso futuro della politica previdenziale.

Com'è noto, tra i fenomeni strutturali comuni a tutti i paesi dell'Unione europea compaiono l'allungamento della speranza di vita, l'aumento della quota degli anziani sulla popolazione totale, la riduzione dei tassi di attività maschili ed il forte aumento dei tassi di attività femminili.

L'Italia condivide, inoltre, con gli altri paesi dell'Europa meridionale il basso livello dei tassi di natalità (che risultano ormai incapaci di assicurare costanza della popolazione totale in assenza di flussi migratori). Ciò che rende peculiare la posizione dell'Italia è, invece, l'intensità di alcuni fenomeni, tanto di quelli di tipo demografico quanto di quelli connessi invece all'evoluzione del mercato del lavoro. Per quanto riguarda i primi, l'Italia si caratterizza per un più accentuato processo di invecchiamento della popolazione. Per quanto riguarda, invece, i secondi l'aumento dei tassi di attività femminili risulta assai meno pronunciato in Italia che altrove, mentre più forte è il calo dei tassi di attività maschili (in particolare, oltre i cinquanta anni di età).⁵

Queste tendenze non sono (e non saranno in futuro) prive di conseguenze sugli equilibri finanziari dei sistemi di protezione ed assicurazione sociale, in generale, e sui sistemi pensionistici, in particolare. La Ragioneria Generale dello Stato ha recentemente valutato, in un'ottica di lungo periodo, l'impatto delle tendenze demografiche sulla spesa pensionistica, tenendo conto degli aspetti essenziali del quadro normativo-istituzionale.⁶ Rinviano allo studio citato per una puntuale indicazione delle ipotesi demografiche, macroeconomiche e normative adottate, è possibile sintetizzare i principali risultati come segue:

- nello scenario demografico base (definito da tassi di mortalità in ulteriore diminuzione, tassi di fecondità in lieve crescita e flussi migratori interni ed internazionali in linea con il più recente passato), il rapporto fra spesa pensionistica e prodotto interno lordo passa dal 13,7 per cento del 1995 al 14,0 per cento del 2045, dopo aver toccato un picco del 15,7 per cento nel 2034;
- nella parte iniziale del periodo di osservazione, la spesa cresce (relativamente) a causa della netta prevalenza del regime retributivo rispetto a quello contributivo, che più che controbilancia la diminuzione del numero di pensioni per occupato derivante dall'aumento dei requisiti minimi di età e di contribuzione; nella parte centrale e finale del rapporto, le due tendenze si invertono: in particolare, decresce l'entità della pensione media in conseguenza dell'applicazione del nuovo metodo di calcolo, della revisione decennale dei coefficienti di trasformazione, dell'assenza di perequazione reale;
- a livello di singolo comparto, il rapporto fra la spesa pensionistica nel comparto dei lavoratori dipendenti del settore privato ed il prodotto passerebbe dall'8,3 per cento attuale all'8,8 per cento del 2045 (dopo aver toccato il 9,5 per cento circa nel 2032); più contenuta sarebbe, invece, l'evoluzione della spesa nel settore pubblico che registrerebbe una sostanziale stabilità (passando dal 3,3 al 3,1 per cento del prodotto interno lordo nell'intervallo di previsione);
- per quanto riguarda i lavoratori autonomi, il rapporto fra spesa pensionistica e prodotto interno lordo aumenterebbe decisamente nella parte centrale del periodo (dall'1,9 attuale al 2,7 per cento del 2015), per ritornare poi sui valori iniziali verso la metà del prossimo secolo; nel breve periodo il calo dimensionale del numero di pensioni nel fondo Coltivatori

⁵ Quest'ultima notazione sottolinea l'importanza di consentire scelte di pensionamento flessibili, anche in presenza di una revisione dell'istituto del pensionamento di anzianità.

⁶ Cfr. Ragioneria generale dello Stato, *Sanità, scuola e pensioni. Le nuove previsioni basate sugli scenari demografici Istat* (allegato).

diretti, mezzadri e coloni compenserebbe parzialmente la forte crescita del numero di pensioni nel fondo Artigiani e Commercianti; nel medio periodo prevarrebbe, invece, il disposto della L. 233/1990 (che ha esteso ad Artigiani, Commercianti e CDMC le regole di calcolo vigenti per il Fondo pensioni lavoratori dipendenti) e quindi i conseguenti crescenti importi medi di pensione;

- l'impatto della transizione demografica, lungi dall'essersi già realizzato, si manifesterebbe compiutamente a partire dai primi anni del prossimo decennio con il progressivo aumento del tasso di dipendenza e con modalità in buona parte indipendenti dalle ipotesi relative al tasso di fecondità ed ai flussi migratori;

Rispetto a questo quadro tendenziale, è importante sottolineare limiti e punti di forza della riforma previdenziale del 1995, quali risultano dallo studio citato.

- Quest'ultima appare in grado di garantire un efficace contenimento del rapporto fra spesa pensionistica e prodotto nel medio-lungo periodo (e cioè in corrispondenza della completa applicazione del metodo di calcolo contributivo) purchè venga assicurata la revisione decennale dei coefficienti di trasformazione e la perequazione delle pensioni sia limitata ai soli prezzi (e non accompagnata da una revisione dei coefficienti di trasformazione).
- I risparmi sarebbero dovuti prevalentemente alla riduzione della pensione media (in rapporto alla produttività del lavoro). La prima crescerebbe, infatti, a partire dal 2020, a tassi pari alla metà di quelli sperimentati dal denominatore.⁷
- Il meccanismo di revisione dei coefficienti di trasformazione, anche se caratterizzato da una periodicità eccessivamente ampia, appare in grado di neutralizzare gli effetti finanziari conseguenti all'evoluzione della speranza di vita.

E' opportuno sottolineare i margini di incertezza che sottendono gli scenari appena citati, in particolare per quanto riguarda gli aspetti demografici. L'evoluzione italiana della fecondità e della mortalità potrebbe infatti contribuire a rendere meno favorevole la situazione demografica italiana in prospettiva.⁸ Ciò avrebbe evidenti effetti sfavorevoli rispetto alla sostenibilità del sistema pensionistico, a meno che non si intervenga opportunamente, cosa peraltro che il metodo contributivo recentemente adottato consente.

Le valutazioni appena citate hanno trovato significativo riscontro in alcune valutazioni di istituzioni economiche internazionali.⁹ Esse divergono, invece, in misura significativa da altre

7 Si determinerebbe così un incentivo potenzialmente molto rilevante al posticipo della decisione di pensionamento, che potrebbe condurre ad un allungamento della vita lavorativa ed al ripristino di più elevati livelli dei benefici.

8 Cfr. Ornello Vitali, *Due scenari per il possibile sviluppo della popolazione italiana al 2044* (allegato) e Istituto di Ricerche sulla Popolazione, *Le previsioni demografiche a medio e lungo termine nella revisione dello stato sociale* (allegato).

9 Si veda, ad esempio il rapporto OCSE 1996 sull'Italia (ed in particolare le indicazioni grafiche di cui a pag. 152), il numero di *European Economy* (3, 1996) dedicato alle tendenze della spesa pensionistica nei paesi occidentali nonché A. J. Hamann, *The Reform of the Pension System in Italy* (International Monetary Fund, 1996).

recenti valutazioni ufficiali¹⁰ che hanno denunciato l'incapacità del metodo contributivo di stabilizzare la quota di risorse nazionali dedicata alla spesa pensionistica. Va osservato come queste ultime valutazioni sembrino ignorare, però, gli effetti del metodo contributivo sul livello medio delle prestazioni, assumendo la costanza dell'importo medio della pensione rispetto al 1994 e cioè rispetto ad un periodo in cui la liquidazione delle rendite non risentiva degli interventi adottati nel 1995. Appare utile sottolineare, a questo proposito, come la delicatezza della questione (anche in vista delle decisioni future in materia di Unione monetaria europea) avrebbe richiesto ben altra cautela ed attenzione sull'argomento da parte delle istituzioni interessate.

Proposte e relativi maggiori o minori oneri

Dopo anni di tagli indiscriminati e di riforme abortite, è difficile non vedere i passi avanti che la riforma previdenziale del 1995 ha permesso sotto il profilo dell'immunizzazione del sistema previdenziale rispetto agli shock demografici, rispetto alle scorriere della politica, rispetto alle più palesi iniquità. Quest'ultimo punto è, naturalmente, centrale. Sorprende, anzi, la scarsa consapevolezza che i ripetuti fallimenti delle passate proposte di riforma fossero dovuti al fatto che le proposte stesse non affrontavano mai il tema della uniformità dei trattamenti pensionistici. Solo dopo aver posto tutti gli assicurati su un piano di parità è possibile (e doveroso) chiedere agli stessi un sacrificio più o meno rilevante.

Pur all'interno di un sistema che rimane a ripartizione, l'adozione del metodo contributivo ha rappresentato, poi, una svolta in quanto ha restituito al beneficio pensionistico il carattere di controprestazione rispetto al versamento contributivo.

Della riforma sono condivisibili, dunque, i principi ispiratori. La riforma non è priva, peraltro, di punti deboli derivanti, in larga misura, da una applicazione a volte timida dei principi di fondo della riforma stessa. Risalta, in particolare, la lenta fase di transizione con la quale si sono addebitati, in larga misura, alle generazioni più giovani i costi del cambio di regime. Ma proprio perchè della riforma sono interamente condivisibili gli elementi di fondo, è opportuno por mano, con le modalità e nei tempi anche brevi previsti dalla riforma stessa, a determinate modifiche del sistema riformato per consolidarlo, da un lato, per limitare gli elementi residui di iniquità dall'altro,¹¹ e per associargli un sistema di previdenza complementare inteso a permettere una diversificazione del "portafoglio pensionistico" dei lavoratori e quindi un progressivo riequilibrio fra previdenza obbligatoria e previdenza complementare.

E' pensabile, quindi, operare nelle seguenti direzioni, anche alla luce delle proiezioni citate in precedenza.

10 Cfr. Roseveare D., Leibfritz W., Fore D. and Wurzel E., *Ageing populations, pension systems and government budgets: simulations for 20 OECD countries* (Paris: OECD, 1996) and European Monetary Institute, *Progress towards convergence 1996* (1996)

11 Per una rassegna più compiuta dei limiti della legge di riforma, si rinvia a M. Antichi, *Quali sono le possibilità di ulteriore razionalizzazione del sistema pensionistico obbligatorio?* (allegato).

(a) Attuazione della riforma. (i) Applicazione rigorosa dei principi e della lettera della riforma, per quanto riguarda l'esercizio delle deleghe (in particolare, per quanto riguarda l'armonizzazione dei regimi previdenziali) e l'emanazione dei rilevanti decreti ministeriali. (ii) Estensione del processo di armonizzazione al fine di porre termine ai benefici ed alle eccezioni ancora presenti in materia di età pensionabile, anzianità contributiva minima, retribuzione pensionabile, valutazione dei periodi di lavoro, rendimento annuo, massimale pensionabile, disciplina del cumulo, disciplina dei trattamenti di invalidità e inabilità.

E' presumibile che, sotto il profilo finanziario, effetti non irrilevanti (ma non decisivi) potrebbero derivare da una rigorosa applicazione delle indicazioni precedenti.

(a) Separazione fra previdenza e assistenza. Individuazione di un corretto trattamento contabile delle partite di natura assistenziale gestite a carico dell'Inps, anche attraverso la estensione prospettica delle disposizioni di cui al disegno di legge n. 1452 ("Disposizioni in materia di anticipazioni di tesoreria all'Inps", allegato) e relative, per il momento, alle sole partite pregresse. Si ricorda, al proposito, che le disposizioni di cui al citato disegno di legge sono dirette a stabilire, per il passato, che le anticipazioni di tesoreria all'Inps, sostitutive dei trasferimenti diretti dal bilancio dello Stato, finalizzate al finanziamento delle prestazioni assistenziali, debbano intendersi a titolo definitivo.

La definizione, nei termini proposti, della questione non influirebbe sui livelli di spesa corrente, rilevando unicamente sotto il profilo giuridico-contabile. Essa impedirebbe, in altre parole, di confondere (come spesso si è fatto anche in tempi recenti) il saldo complessi Inps con le tendenze della spesa pensionistica.

(b) Previdenza obbligatoria a regime. (i) Unificazione (e non già semplice armonizzazione) dei regimi pensionistici in maniera tale che tutti gli iscritti godano delle stesse regole di base (oppure, in alternativa, autonomia gestionale e finanziaria degli enti previdenziali consentita solo a condizione che vengano ridefinite le regole di autosufficienza finanziaria di tali regimi sulla base di bilanci tecnici previsionali di lungo periodo). In base a quest'ultimi sarebbe necessario prevedere, per legge, gli interventi correttivi necessari sia relativamente all'adeguamento della contribuzione che del livello delle prestazioni. Ove emergesse con evidenza la loro insostenibilità si dovrebbe prevedere la loro confluenza nell'Assicurazione generale obbligatoria riconoscendo agli iscritti i soli diritti pensionistici sulla base delle regole generali e non di quelle specifiche previste dai singoli fondi. (ii) Applicazione senza eccezioni del principio contributivo con graduale equiparazione delle aliquote di computo e di finanziamento. (iii) Tempestiva ed automatica revisione dei coefficienti di trasformazione. In particolare, introduzione di un principio automatico in base al quale si avvii la procedura di ricalcolo in presenza di uno scarto percentuale prefissato tra i coefficienti effettivi e quelli di legge. (iv) Allineamento del limite inferiore o del livello di riferimento dell'età pensionabile ai livelli europei in vista di una riduzione a regime delle aliquote di finanziamento.

Gli effetti finanziari derivanti dalle misure citate potrebbero consolidare strutturalmente il sistema pensionistico a regime. Nel breve periodo gli effetti finanziari potrebbero derivare dall'intervento di cui al punto (ii) con intensità inversamente proporzionale alla gradualità dell'intervento.

(c) Transizione. (i) Accelerazione della transizione al nuovo regime attraverso la eliminazione di alcune difformità di trattamento attualmente presenti (in particolare per quanto riguarda l'allineamento della disciplina del pensionamento di anzianità del settore pubblico a quella del settore privato ed il discrimine dei 18 anni di contribuzione). (ii) Revisione dei criteri di valutazione dei diritti pensionistici nei casi di carriere lavorative precoci o di lavori usuranti (ed in particolare applicazione immediata dell'art. 1, comma 34 (punto 3) della L. 335/1995) al fine di permettere una modifica dell'istituto della pensione di anzianità ispirata ai principi della riforma e quindi legata alla parziale adozione del metodo di calcolo contributivo (fermi restando i requisiti d'accesso al pensionamento vigenti e con contestuale eliminazione di ogni divieto di cumulo). In alternativa è ipotizzabile anche la revisione dei requisiti di accesso al pensionamento vigenti (fermo restando il metodo di calcolo retributivo) con combinazioni flessibili dei vincoli anagrafici e di anzianità. (iii) Individuazione di un sistema di incentivi inteso ad accelerare l'entrata in vigore della riforma (anche attraverso il collegamento della opzione a favore del regime contributivo con il processo di privatizzazione delle aziende o del patrimonio pubblico).

Per quanto riguarda gli effetti finanziari, l'estensione del criterio pro-rata a tutti gli attivi determina risparmi i quali, pur se trascurabili nel breve periodo, assumono consistenza crescente nel medio termine in corrispondenza del periodo di maggiore impatto gli effetti della transizione demografica. Per quanto riguarda il punto (ii) si potrebbero determinare effetti consistenti nel breve periodo salvaguardando integralmente le specificità di determinate categorie di lavoratori (e quindi nel pieno rispetto di un principio di equità).

(d) Previdenza complementare. Decisa accelerazione nello sviluppo della previdenza complementare ed estensione della stessa al settore pubblico.

**COMMISSIONE PER L'ANALISI DELLE
COMPATIBILITÀ MACROECONOMICHE
DELLA SPESA SOCIALE**

***QUALI SONO LE POSSIBILITÀ DI ULTERIORE
RAZIONALIZZAZIONE DEL SISTEMA
PENSIONISTICO OBBLIGATORIO?***

a cura di Massimo Antichi

Allegato 1 al Documento di base n. 5

Sommario

Premessa; 1. Sistemi pensionistici a “ripartizione” o a “capitalizzazione”? 2. La previdenza obbligatoria pre-riforma; 3. Il nuovo ordinamento della previdenza obbligatoria: la riforma Dini; Il nuovo sistema di calcolo della pensione a regime; Le disposizioni transitorie; 4. Raffronto tra metodo contributivo e metodo retributivo; Congruità dei coefficienti di trasformazione; Il tasso di capitalizzazione dei contributi; 5. La previsione degli effetti sulla spesa pensionistica della riforma del 1995; 6. La modifica decennale dei coefficienti di trasformazione; 7. La modifica dell’intervallo di età per il pensionamento di vecchiaia; Conclusioni; Sintesi delle proposte di intervento; Bibliografia; Un esempio.

Premessa

La legge di riforma del sistema pensionistico obbligatorio ha introdotto un significativo cambiamento nelle regole di determinazione della pensione. Il nuovo metodo di calcolo, il cosiddetto metodo “contributivo”, rappresenta un cambiamento radicale rispetto a quello previgente. Quando sarà applicato integralmente consentirà di superare quella che costituisce l'anomalia principale del nostro sistema pensionistico rappresentata dall'istituto del pensionamento di “anzianità” e di porre in correlazione più stretta il livello delle prestazioni con quello delle contribuzioni. Tale superamento è stato ottenuto attraverso l'imposizione dell'uniformità dei tassi di rendimento impliciti delle prestazioni rispetto all'entità della contribuzione sostenuta durante il periodo di attività lavorativa indipendentemente dall'età di pensionamento e dai regimi pensionistici di appartenenza. Inoltre, tali tassi sono stati messi in stretta relazione con quelli sostenibili dal sistema previdenziale che, com'è noto, devono coincidere con il tasso di crescita della massa retributiva imponibile ai fini pensionistici.

La stessa legge, però, ha previsto una lunga fase di transizione al nuovo regime che si esaurirà solo fra molti anni. Tale lentezza non solo ha importanti implicazioni sugli equilibri finanziari del sistema, come dimostrano le previsioni della Ragioneria generale dello Stato, ma lascia in vita tutte le iniquità redistributive della vecchia normativa. Per entrambe le ragioni, quindi, sarebbe preferibile accelerare l'entrata a regime delle nuove regole. Tale accelerazione sarebbe possibile rivedendo la nozione di diritto quesito applicata finora dal legislatore negli ultimi due interventi correttivi.

Prima di passare, però, all'esame delle differenze tra i due metodi di calcolo si ritiene utile qualche precisazione sui meccanismi di finanziamento dei sistemi pensionistici.

1. Sistemi pensionistici a “ripartizione” o a “capitalizzazione”?

Se la spesa pensionistica in un certo intervallo temporale viene finanziata con la contribuzione prelevata a questo scopo dai lavoratori attivi nello stesso periodo oppure con le entrate fiscali, allora il sistema pensionistico si dice a “ripartizione”. Se, invece, le risorse accantonate dagli individui durante la loro vita lavorativa vanno a costituire un capitale che viene impiegato effettivamente sui mercati finanziari e sul quale l'assicurato può vantare dei diritti sulla sua restituzione sotto forma di rendita vitalizia allora il sistema pensionistico si dice a “capitalizzazione”. Nel primo caso, che obbligatoriamente richiede una gestione pubblica, il diritto a ricevere la prestazione pensionistica al momento del pensionamento è assicurato dallo Stato che si fa garante del patto intergenerazionale attraverso il quale avviene il trasferimento di risorse dai lavoratori attivi a quelli in quiescenza. Nel secondo caso, che invece può essere gestito sia dallo Stato che dai privati, il diritto alla pensione è sancito da un titolo di proprietà attraverso il quale l'individuo è titolare di un montante che costituirà al momento del pensionamento il premio assicurativo per l'ottenimento di una rendita vitalizia.

Nei sistemi a ripartizione se le prestazioni sono prefissate(è il caso tipico dei sistemi di tipo retributivo), il rischio demografico rappresentato da una dinamica sfavorevole delle forze di lavoro e/o della quota di popolazione anziana su quella complessiva è interamente a carico dei

lavoratori che possono trovarsi a sostenere un'aliquota contributiva sempre più elevata per finanziare la spesa pensionistica fino a raggiungere livelli insostenibili. Nei sistemi a capitalizzazione, invece, il rischio demografico è interamente a carico dei pensionati attraverso l'incertezza del tasso di rendimento dei loro risparmi e quindi del livello delle prestazioni.

Inoltre, nel caso di sistemi pensionistici a ripartizione è possibile socializzare il rischio di fallimento dei mercati finanziari, nel caso di sistemi pensionistici a capitalizzazione di tipo privato, invece, tali rischi sono posti a carico degli individui. A quest'ultimo proposito giova precisare, dal momento che è abbastanza diffusa la convinzione della superiorità dei sistemi previdenziali a capitalizzazione privata rispetto a quelli pubblici a ripartizione, che i sistemi previdenziali nacquero in tutti i Paesi, a cavallo di questo secolo, con schemi di finanziamento a capitalizzazione effettiva. Tali sistemi hanno progressivamente adottato schemi di finanziamento a ripartizione in seguito ai fallimenti finanziari seguiti alle due guerre mondiali che ridussero i valori dei fondi di riserva a livelli così bassi da rendere impossibile l'erogazione delle rendite pensionistiche. Nessuna forma di investimento privato può assicurare tutti i contraenti dai rischi di *default* finanziario. Ciò è consentito solo da forme di previdenza obbligatoria di tipo pubblico e a ripartizione. Ogni valutazione sulla superiorità di un sistema di finanziamento rispetto ad un altro non può essere fatta senza la conservazione della memoria storica dei processi che hanno prodotto gli assetti istituzionali vigenti. Quest'ultimi seguono percorsi che non sono mai casuali. Ma anche trascurando queste considerazioni, quale che sia il meccanismo di finanziamento, è ovvio che l'ammontare delle risorse destinabili dalle persone in attività lavorativa a quelle in quiescenza non può essere superiore all'ammontare delle risorse disponibili, a meno che non si creino *deficits*. Da questa verità non è immune neanche un sistema a capitalizzazione effettiva, come invece sembra sia sostenuto da alcuni. Se il sistema economico cessasse di produrre, neanche un fondo pensionistico finanziato da riserve "effettivamente investite" potrebbe garantire alcuna rendita se non consumando prima il risparmio e successivamente il capitale accumulati.

Domandarsi quale dei due regimi sia superiore rispetto all'altro significa, quindi, operare una scelta di valori in base alla quale il *policy maker* decide quale dei rischi sopra indicati sia da ritenersi socialmente più grave.

La riforma "Dini" non è intervenuta sul meccanismo di finanziamento del sistema pensionistico che era e rimarrà a ripartizione, è intervenuta sul metodo di calcolo della pensione introducendo un sistema di calcolo di tipo contributivo che può essere definito a capitalizzazione "simulata". Si tratta di una scelta, oltretutto praticamente obbligata per quanto riguarda la permanenza all'interno di un sistema a ripartizione¹, implicante che al fine di garantire la sostenibilità e l'equilibrio finanziario del sistema pensionistico si è scelto di esporre gli iscritti ai rischi sia demografici che economici rendendo il livello delle prestazioni una variabile dipendente dal tasso di crescita dell'economia e dalla durata media di vita residua all'età di pensionamento.

¹ Il passaggio da un sistema a ripartizione ad uno a capitalizzazione risulta difficile in quanto per una generazione è comunque necessario da una parte trovare le risorse per pagare le pensioni, dall'altra quelle ulteriori necessarie per costituire le riserve che consentiranno il pagamento delle future pensioni a capitalizzazione.

Per poter meglio valutare la scelta operata dal governo è necessario considerare che un sistema pensionistico, indipendentemente dal regime di finanziamento, implica una riduzione reale del reddito disponibile per l'acquisto di beni di consumo dei lavoratori attivi che è destinata al finanziamento dei consumi della popolazione in quiescenza. In questo meccanismo di trasferimento di risorse tra generazioni risiede la delicatezza di quello che generalmente viene definito il "patto sociale" tra generazioni. Un patto che si regge sul consenso sociale concesso alla relazione tra prestazioni pensionistiche e oneri per il loro finanziamento stabilita da un ordinamento previdenziale e che devono essere sostenuti dalla popolazione attiva. Quanto più questi sono elevati, tanto più critica diventa la disponibilità dei lavoratori attivi a rinunciare ad una quota del loro reddito per il finanziamento della spesa previdenziale. Quanto maggiore è l'indebolimento del consenso sociale nei confronti del sistema pensionistico, tanto minore è la fiducia che quest'ultimo continui a funzionare e sia in grado di mantenere un rapporto individuale adeguato tra prelievo contributivo e prestazioni previdenziali.

Quel che conta è che l'ammontare di risorse complessivamente trasferito alla popolazione in quiescenza sia sostenibile dalla popolazione in attività. Quel che rileva, inoltre, è se il sistema pensionistico disponga al suo interno di meccanismi di autoregolamentazione che consentano di non superare livelli di pressione contributiva e fiscale ritenuti tollerabili. Il metodo contributivo previsto dalla legge se correttamente applicato, diversamente da quello retributivo, consente l'ottenimento di questo obiettivo.

2. La previdenza obbligatoria pre-riforma

Il sistema pensionistico secondo la vecchia normativa era basato interamente sul principio retributivo all'interno di un sistema di finanziamento a ripartizione. In accordo con tali principi, la misura della pensione era definita applicando alla base retributiva pensionabile² una percentuale³ proporzionata all'anzianità contributiva maturata all'atto del pensionamento.

La formula di calcolo retributiva calcolata sulla media delle ultime retribuzioni percepite, come era stabilito prima della riforma Amato, oppure, come quest'ultima prevedeva a regime, sulla media di quelle percepite nel corso di tutta la vita lavorativa, attribuisce tassi di rendimento quasi del tutto scollegati dall'andamento delle variabili economicamente rilevanti ai fini della sostenibilità macroeconomica del sistema previdenziale. Tale criterio di computo della prestazione, oltre che garantire tassi di rendimento finanziariamente insostenibili perché superiori al tasso di crescita del gettito contributivo, ha in sé anche accentuate iniquità distributive dal momento che i tassi di rendimenti impliciti offerti dal sistema pensionistico si presentano diversi secondo la gestione pensionistica di appartenenza. Inoltre, garantisce tassi di rendimento impliciti più elevati a coloro che hanno goduto di una dinamica retributiva elevata nel corso della loro periodo di attività.

2 Attualmente la base pensionabile è calcolata sulla base della media delle retribuzioni lorde percepite negli ultimi 6 anni e, in prospettiva, nel corso dell'intera vita lavorativa.

3 Il cosiddetto coefficiente di rendimento per anno lavorato è stato uniformato per tutti i fondi al 2% solo recentemente dalla legge n. 724/1994.

Si aggiunga ancora che consentendo la possibilità di pensionamento con il solo requisito di anzianità contributiva attribuisce tassi impliciti più alti ai pensionati relativamente più giovani.

Come si può osservare dalla Tavola 1 anche quando la riforma Amato fosse entrata a regime, pur consentendo una sostanziale riduzione dei tassi di rendimento impliciti, avrebbe comunque attribuito tassi più elevati per età di pensionamento più "giovani". Inoltre, pur consentendo un notevole ridimensionamento di alcune disparità di trattamento come quella tra lavoratori dipendenti pubblici e privati, anche a regime sarebbero rimasti irrisolti alcuni aspetti che riguardano soprattutto le diversità di trattamento che sarebbero rimaste tra lavoratori autonomi e lavoratori dipendenti.

Tav. 1						
Analisi dei rendimenti impliciti						
Età di pensionamento	Neo-pensionati di vecchiaia nel 1991			"vecchia" normativa a regime		
	Anzianità contributiva			Anzianità contributiva		
	30	35	40	30	35	40
55	-	-	-	2.47	2.34	2.27
56	-	-	-	2.35	2.23	2.16
57	-	-	-	2.26	2.15	2.08
58	-	-	-	2.18	2.07	2.01
59	-	-	-	2.08	1.98	1.93
60	4.7	4.6	4.6	1.98	1.89	1.84
61	-	-	-	1.82	1.74	1.70
62	-	-	-	1.71	1.63	1.61
63	-	-	-	1.59	1.53	1.51
64	-	-	-	1.40	1.35	1.34
65	-	-	-	1.27	1.23	1.24

N.B.: nell'ipotesi di dinamica retributiva del 2% reale.
Fonte: RGS, 1995

Come si vede dalla Tavola 2, dove sono riportate le previsioni delle aliquote di equilibrio (l'aliquota contributiva che garantirebbe il pareggio tra gettito dei contributi e prestazioni pensionistiche) che furono prodotte dall'INPS all'indomani della riforma Amato⁴, tenendo anche conto delle modifiche apportate dal d.lvo 373/93 (il cosiddetto decreto "Giugni"). Secondo queste simulazioni gli interventi correttivi non potevano essere considerati sufficienti a ricondurre la dinamica della spesa pensionistica entro un sentiero di sostenibilità macroeconomica. Di conseguenza tra gli addetti ai lavori e i responsabili di Governo crebbe la consapevolezza della necessità di un nuovo intervento per colmare quella che unanimemente

4 Inps(1993), "Le pensioni domani", Il Mulino, Bologna.

veniva considerata la lacuna più grave della riforma del 1992: non essere intervenuti per contenere il fenomeno delle pensioni di anzianità.

Tav. 2			
Proiezioni delle aliquote di equilibrio del FPLD			
<i>Anni</i>	<i>Pre-Amato</i>	<i>Amato</i>	<i>Amato/Giugni</i>
1995	46.1	43.1	49.4
2000	48.3	40.6	48.1
2005	50.3	39.3	46.9
2010	53.7	40.0	47.8
2015	-	-	48.8
2020	-	-	49.1
2025	-	-	49.1
2030	-	-	48.8

Fonte: INPS (93) e INPS (95)

Il tentativo fu fatto con il disegno di legge finanziaria relativo al 1995 attraverso il quale venivano introdotte due ipotesi di correzione del sistema. La prima diretta a ridurre la percentuale di computo della pensione, riducendo il coefficiente dal 2% all'1,75% annuo. La seconda diretta ad introdurre un meccanismo di penalizzazione sulle pensioni di anzianità, pari al 3% di riduzione per ogni anno di anticipo rispetto all'età della pensione di vecchiaia. La generalità e l'intensità della protesta sociale fu tale che costrinse il Governo a ritirare il provvedimento.

Previsioni più accurate, prodotte a poca distanza di tempo dall'INPS⁵, e riportate nella terza colonna della tavola 2, mostrarono che il livello previsto per le aliquote di equilibrio rischiava di elevarsi a livelli molto probabilmente insopportabili per il nostro sistema economico.

Quel che è seguito da allora è storia recente. Dopo una lunga trattativa tra governo e sindacati la riforma previdenziale fu approvata dal Parlamento nel mese di agosto del 1995.

3. Il nuovo ordinamento della previdenza obbligatoria: la riforma Dini

⁵ Inps(1995), "IL MODELLO INPS: Una proiezione al 2030 del Fondo pensioni lavoratori dipendenti e delle Gestioni pensionistiche dei lavoratori autonomi", mimeo. Anche il ministero del Tesoro, attraverso la RGS, e enti di ricerca privati hanno prodotto previsioni delle aliquote di equilibrio che qui non riportiamo solo per esigenze di sinteticità.

La legge di riforma è molto complessa e prevede un ampio ricorso a decreti delegati cui non è stata data ancora completa attuazione. Tuttavia, i principi fondamentali della riforma sono chiaramente definiti assumendo che il superamento delle iniquità redistributive e dell'insostenibilità finanziaria proprie del precedente ordinamento potessero essere superate dall'impiego del metodo di calcolo contributivo di tipo attuariale. Con questo metodo i contributi previdenziali versati vengono accumulati attraverso un processo di capitalizzazione; il montante è poi distribuito sulla speranza di vita dell'individuo al momento del pensionamento. Il tasso di capitalizzazione è pari al tasso di crescita del reddito nazionale monetario.

Si può mostrare che, a certe condizioni, il modello proposto offre i seguenti risultati:

- a) tutti i pensionati ricevono lo stesso tasso di rendimento sui contributi versati;
- b) a condizioni assai stringenti su sviluppo dell'economia, struttura occupazionale, andamenti demografici, il sistema si pone, nel lungo periodo, in equilibrio finanziario e si fissa su di una quota costante rispetto al reddito nazionale, ad un livello che dipende dall'aliquota previdenziale.

Viene così sostanzialmente superata l'iniquità principale del sistema retributivo che attribuiva, attraverso l'istituto delle pensioni di anzianità, tassi di rendimento impliciti più elevati ai pensionati in età relativamente più giovani.

Il nuovo sistema di calcolo della pensione a regime

In estrema sintesi, la legge di riforma ha introdotto nell'ordinamento un metodo di calcolo della pensione basato sulle seguenti regole che prevarranno a regime:

- determinazione di un montante contributivo, computato sulla base dei contributi pensionistici nella misura del 33% dei salari lordi annui percepiti durante la vita lavorativa dai lavoratori dipendenti, e del 20% dei redditi da lavoro autonomo, capitalizzati ad un tasso pari ad una media quinquennale del tasso di crescita del reddito nazionale in termini monetari;
- computo della prestazione pensionistica dividendo il montante alla data del pensionamento per un divisore legato alla speranza di vita alla data del pensionamento, alla probabilità di erogare una pensione ai superstiti ed al tasso di rendimento che la legge attribuisce durante il periodo di quiescenza;
- fissazione per i soli neo-assunti di un tetto massimo, pari a 132 milioni, del reddito soggetto a contribuzione pensionistica;
- età pensionabile flessibile tra i 57 e i 65 anni;
- prestazioni pensionistiche indicizzate alla variazione dei prezzi al consumo.

Le disposizioni transitorie

La legge di riforma n.335 del 17 agosto 1995 prevede che il sistema di calcolo descritto nel precedente paragrafo si applichi ai soli nuovi iscritti a partire dal 1/1/1996.

Per chi, invece, a quella data è già iscritto a forme pensionistiche obbligatorie si applicheranno i criteri seguenti:

Lavoratori con un'anzianità contributiva non inferiore a 18 anni alla data del 31 dicembre 1995:

per questi lavoratori la pensione si calcola interamente secondo la vecchia normativa di tipo retributivo.

Inoltre, l'accesso alla pensione, per tutti i lavoratori dipendenti e autonomi, sarà possibile possedendo:

- a) 35 anni di anzianità e almeno 57 anni di età;
- oppure in alternativa:
- b) 40 anni di anzianità contributiva.

Queste appena richiamate sono le regole che disciplineranno le condizioni di accesso alle pensioni di anzianità dal 2008 in poi. Nella fase transitoria sono, invece, regolate da norme differenziate per i lavoratori dipendenti privati, pubblici e autonomi attraverso un graduale aumento dei requisiti che abbiamo richiamato da soglie più basse.

Lavoratori con un'anzianità contributiva inferiore a 18 anni alla data del 31 dicembre 1995:

Per questi lavoratori la pensione sarà calcolata come somma di due quote: la prima riferita all'anzianità maturata al momento di entrata in vigore della riforma e calcolata secondo le regole preesistenti; la seconda riferita al successivo periodo di attività lavorativa e calcolata secondo il sistema contributivo.

I requisiti di accesso alla pensione sono gli stessi previsti per i lavoratori con più di 18 anni di anzianità.

4. Raffronto tra metodo contributivo e metodo retributivo

Per poter procedere ad un confronto tra i due metodi di calcolo è possibile esprimere il meccanismo di calcolo contributivo in una forma di tipo retributivo:

$$P_{i,N+1}^{Dini}(x) = \sum_0^{N-1} a \cdot \frac{W_{i,N}}{(1+w_t)^t} \cdot (1+p)^t \cdot c_x = a \cdot c_x N \frac{\sum_0^{N-1} W_{i,N} \left(\frac{1+p}{1+w_t} \right)^t}{N} \quad (1)$$

ponendo $q = \frac{1+p}{1+w_t}$ e $r(x) = a \cdot c_x$ si ottiene:

$$P_{i,N+1}^{Dini}(x) = r(x) \cdot N \cdot \left(\frac{1-q^N}{1-q} \right) \cdot \frac{W_{i,N}}{N} \quad (1bis)$$

da confrontarsi con la formula di calcolo della pensione che secondo la legislazione vigente, quando la riforma “Amato” entrerà a regime, sarà calcolata nel modo seguente⁶:

$$P_{i,N+1}^{Amato} = r \cdot N \left[\frac{W_{i,N} + \sum_0^{N-2} \frac{W_{i,N}}{(1+w_t)} \left(\frac{1.01}{1+w_t} \right)^t}{N} \right] = r \cdot N \left[\frac{W_{i,N} + \frac{W_{i,N}}{1.01} \sum_1^{N-1} \left(\frac{1.01}{1+w_t} \right)^t}{N} \right] \quad (2)$$

ponendo $q^* = \frac{1.01}{1+w_t}$ si ottiene:

$$P_{i,N+1}^{Amato} = r \cdot N \left[1 + \frac{q^*}{1.01} \left(\frac{1-q^{*N-1}}{1-q^*} \right) \right] \cdot \frac{W_{i,N}}{N} \quad (2bis)$$

Dove $P_{i,N+1}$ è l'importo della pensione dell'individuo i -esimo al tempo $N+1$, a è l'aliquota contributiva, c_x è il “coefficiente di trasformazione” all'età x , \mathbf{D} è il tasso di capitalizzazione, r e $r(x)$ sono i cosiddetti “coefficienti di rendimento” per anno lavorato, N è l'anzianità contributiva, $W_{i,N}$ è l'ultima retribuzione percepita, w_i è il tasso di crescita medio della retribuzione individuale.

Come si può facilmente osservare il criterio di rivalutazione delle retribuzioni nel meccanismo di calcolo della pensione secondo la proposta “Dini”, essendo legato alla dinamica del Pil, è probabilmente più favorevole rispetto a quello “Amato” in cui le retribuzioni vengono forfetariamente rivalutate dell'uno per cento in termini reali fino all'anno precedente rispetto a quello di pensionamento. Deve essere considerato, però, che mentre in quest'ultimo il cosiddetto “coefficiente di rendimento” per anno lavorato è indipendente dall'età anagrafica di pensionamento(2%), nel nuovo metodo è variabile in funzione del periodo probabile di godimento della pensione⁷. Il meccanismo di calcolo della pensione “Amato”, perciò,

6 Per completezza, il d.lvo 373/93 ha stabilito che per la determinazione della retribuzione media pensionabile siano escluse le retribuzioni rivalutate inferiori del 20 rispetto alla media calcolata su tutta la vita lavorativa. Il numero delle retribuzioni escluse non può essere superiore al 25 per cento degli anni coperti da contribuzione. Inoltre, l'INPS applica la rivalutazione con il metodo della capitalizzazione semplice e non composta. Quest'ultimo consente, però, una maggiore semplificazione delle formule e del resto le differenze nei tassi di copertura derivanti da questa scelta non sono rilevanti. Non altrettanto irrilevanti sono, invece, le differenze nei tassi di copertura derivanti dall'applicazione del decreto legislativo n. 373/93 in presenza di tassi medi annui di crescita delle retribuzioni individuali superiori al 2,4% in termini reali.

7 Infatti, in funzione dell'età anagrafica si ha: $r(57)=1,56\%$; $r(58)=1,6\%$; $r(59)=1,65\%$; $r(60)=1,7\%$; $r(61)=1,76\%$; $r(62)=1,82\%$; $r(63)=1,89\%$; $r(64)=1,95\%$; $r(65)=2,02\%$.

consente tassi di sostituzione dell'ultima retribuzione uguali per tutte le età, quella contributiva "Dini" variabili in relazione ad essa.

Come si può osservare nella tavola 4, il nuovo metodo di calcolo è stato costruito per garantire ad un lavoratore di 62 anni, con un'anzianità contributiva di 37 anni e un tasso annuo reale di crescita della retribuzione individuale pari al 2% - in corrispondenza di un tasso di crescita della retribuzione media e del Pil pari all'1,5% - la stessa copertura che sarebbe stata garantita dalla riforma "Amato" a regime indipendentemente dall'età anagrafica. Con il metodo contributivo, per gli individui con età inferiori a 62 anni tale copertura sarà minore, con età superiori maggiore.

Erroneamente si può ritenere che se il tasso di crescita del Pil fosse superiore all'1,5% le coperture sarebbero più alte. Per poter dare una risposta a questa domanda è cruciale l'ipotesi sul comportamento dei redditi da lavoro rispetto alla dinamica del Pil. L'evidenza empirica sperimentata nel nostro Paese, come nei principali paesi industrializzati, mostra come la quota dei redditi da lavoro rispetto al Pil sia rimasta sostanzialmente immutata nel lungo periodo, nonostante si siano registrati scostamenti congiunturali. Se così dovesse essere anche nel prossimo futuro, cosa che naturalmente non è affatto scontata, allora in presenza di occupazione costante tale circostanza implica che la retribuzione media cresca in linea con il Pil. Cresca di più rispetto alla dinamica del Pil in presenza di un andamento dell'occupazione decrescente⁸. A tutto ciò deve essere ulteriormente considerato che la dinamica retributiva individuale rispetto a quella media gode di aumenti aggiuntivi dovuti a quello che genericamente viene definito "effetto carriera"⁹. Secondo alcuni studi l' "effetto carriera" è stimabile intorno all'1-1,5 % reale annuo.

Tav. 4

Confronto tra i tassi di copertura "Amato" e "Dini" in diverse ipotesi di tassi di crescita delle retribuzioni individuali e del Pil

Età	W=2,0% Y=1,5%		W=2,5% Y=2,0%		W=3,0% Y=2,5%		W=2,0% Y=2,0%		W=1,5% Y=2,0%		W=2,0% Y=2,5%	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
57	61.7	52.8	58.5	52.8	56.5	52.8	61.7	57.6	67.1	63	61.7	63
58	61.7	54.4	58.5	54.4	56.5	54.4	61.7	59.3	67.1	64.9	61.7	64.9
59	61.7	56.0	58.5	56.0	56.5	56.0	61.7	61.1	67.1	66.8	61.7	66.8
60	61.7	57.8	58.5	57.8	56.5	57.8	61.7	63	67.1	68.9	61.7	68.9
61	61.7	59.7	58.5	59.7	56.5	59.7	61.7	65.1	67.1	71.2	61.7	71.2

8 Infatti, se $\frac{wL}{Y} = k \Rightarrow \left(\frac{wL}{Y}\right) = 0 \Leftrightarrow \frac{\dot{w}}{w} + \frac{\dot{L}}{L} = \frac{\dot{Y}}{Y}$. Quindi, affinché la quota dei redditi a lavoro

rispetto al Pil rimanga costante nel tempo è necessario che la somma delle variazioni della retribuzione media e dell'occupazione siano pari alla variazione del prodotto interno lordo.

9 E che comprende incrementi retributivi legati alla progressione di carriera, indennità corrisposte dalle aziende al di fuori degli obblighi contrattuali, etc.

62	61.7	61.7	58.5	61.7	56.5	61.7	61.7	67.3	67.1	73.6	61.7	73.6
63	61.7	63.9	58.5	63.9	56.5	63.9	61.7	69.7	67.1	76.2	61.7	76.2
64	61.7	66.2	58.5	66.2	56.5	66.2	61.7	72.2	67.1	78.9	61.7	78.9
65	61.7	68.7	58.5	68.7	56.5	68.7	61.7	74.9	67.1	81.2	61.7	81.2

*A: Copertura "Amato" a regime inclusi gli effetti del d.lvo 373/93; B: Copertura riforma; W: tasso annuo reale di crescita della retribuzione;
Y: tasso annuo di crescita del Prodotto interno lordo. In tutti i casi l'anzianità assicurativa è di 37 anni.*

Osservando la formula (1bis) è abbastanza agevole comprendere che il tasso di sostituzione della pensione rispetto all'ultima retribuzione derivante dall'applicazione del nuovo metodo di calcolo dipende dal rapporto tra il tasso di crescita della retribuzione individuale e del Pil, e non dal livello assoluto di quest'ultimo. Il tasso di sostituzione obiettivo del governo si ottiene per un rapporto di $\frac{1+w}{1+p} \cong 1,0049$ che implica una valutazione dell'“effetto carriera” pari allo 0,5 per cento circa. Quindi, sulla base di quanto abbiamo osservato in relazione alla valutazione dell'“effetto carriera”, è facilmente intuibile come, nel caso in cui la retribuzione media abbia la stessa dinamica del prodotto interno lordo, la probabilità di ottenere, nei casi concreti di applicazione, valori più alti di questo rapporto, con conseguenti tassi di sostituzione più bassi, sia elevata. Perciò, la stima operata dal governo dell'“effetto carriera” nella misura dello 0,5 per cento è da considerarsi estremamente prudentiale. Almeno sulla base degli andamenti registratisi nel nostro Paese negli anni passati. In conclusione, nell'eventualità che il tasso di crescita del Pil sia superiore all'1,5 per cento i tassi di sostituzione ipotizzati dal Governo per l'“individuo tipo” non si realizzeranno e saranno mediamente più bassi¹⁰.

Per concludere, il meccanismo di calcolo della pensione secondo la normativa “Amato” a regime consente un contenimento dei tassi di copertura crescente all'aumentare della dinamica retributiva media e individuale in quanto il coefficiente di rivalutazione delle retribuzioni che entrano nella base retributiva pensionabile è fissato nella misura dell'1% in termini reali. Tale riduzione, però, è generalizzata senza tenere conto dell'età, e perciò del periodo di godimento della pensione, degli assicurati e, soprattutto, non risulta correlata alle variabili rilevanti ai fini dell'equilibrio del sistema pensionistico¹¹. Il risultato è tale, comunque, da continuare ad avvantaggiare le pensioni corrisposte ad età relativamente più giovani, elargendo a quest'ultime tassi di rendimento impliciti più elevati.

10 Infatti, è abbastanza agevole dimostrare come all'aumentare del tasso di crescita della retribuzione media, a parità di “ventaglio retributivo” e di percorso individuale di carriera, la valutazione quantitativa del cosiddetto “effetto carriera” aumenti.

11 È agevole mostrare che per tassi di crescita sostenuti delle retribuzioni individuali, e a partire da un certa età di pensionamento, il valore attuale della rendita pensionistica secondo la normativa “Amato” a regime scende addirittura al di sotto del valore dei contributi versati. A questo scopo è sufficiente porre nell'algoritmo di calcolo della pensione contributiva il livello dell'aliquota di computo a quello dell'aliquota pensionistica. Tale risultato è difficilmente conciliabile con il necessario consenso sociale di cui necessita un sistema pensionistico pubblico a ripartizione.

Nel sistema riformato, invece, le coperture, nell'ipotesi che la dinamica retributiva individuale si evolva in linea con quella del Pil, sono più stabili (Cfr. Tavola 4) e i tassi di rendimento impliciti sono uguali per tutti gli assicurati. E, soprattutto, tali rendimenti sono posti in relazione a quelli sostenibili dal sistema pensionistico. Ciò comporta una parità di trattamento indipendentemente dall'età di pensionamento attraverso una corrispondente riduzione dei tassi di sostituzione per le età di pensionamento più giovani. Infine, le eventuali variazioni future della speranza di vita non hanno implicazioni sui tassi di sostituzione della pensione rispetto all'ultima retribuzione secondo la vecchia normativa, mentre, secondo quanto previsto dalla riforma "Dini", vengono adeguati ad esse attraverso la revisione decennale dei coefficienti di trasformazione.

Congruità dei coefficienti di trasformazione

Un altro aspetto della legge di riforma che ha suscitato perplessità tra i commentatori è quello che riguarda il valore assoluto dei coefficienti di trasformazione. È stato fatto notare che quest'ultimi appaiono decisamente generosi e superiori al reciproco della speranza di vita, pur incrementata per il periodo di godimento della rendita da parte dei superstiti¹².

In realtà, che i valori dei coefficienti risultino superiori al reciproco della speranza di vita è coerente con l'assunzione dell'ipotesi di sottoindicizzazione dell'1,5% delle rate di pensione¹³. Infatti, la formula cui lo schema di riforma dichiara di ispirarsi è tale da eguagliare il valore attuale attuariale delle erogazioni sotto forma di pensione al montante contributivo individuale. Il valore attuale, molto semplicemente, si ottiene scontando le singole rate di pensione, ponderate per la probabilità di erogare la prestazione, attraverso l'impiego di un tasso di rendimento che deve essere pari a quello sostenibile dal sistema pensionistico e che come già abbiamo avuto modo di osservare si identifica con il tasso di crescita del gettito contributivo. La linea evolutiva delle rate di pensione può essere, indifferentemente, a rate costanti o a rate variabili. Trascurando la "reversibilità", od ogni altra forma di copertura assicurativa di cui si può tenere conto modificando opportunamente i singoli addendi, in formule si ha:

$$\sum_0^{w-x} \frac{P \cdot (1+r)^i}{(1+p)^i} \cdot \frac{l_{x+i}}{l_x} = P \cdot \sum_0^{w-x} \left(\frac{1+r}{1+p} \right)^i \cdot \frac{l_{x+i}}{l_x} = \frac{P}{c_x} \quad (3)$$

ove

$$c_x = \frac{1}{\sum_0^{w-x} \left(\frac{1+r}{1+p} \right)^i \cdot \frac{l_{x+i}}{l_x}} \quad (4)$$

12 "La riforma del sistema pensionistico", a cura del servizio studi della Banca d'Italia, op. cit..

13 Opinioni analoghe sono state espresse: da R. Aprile(1995) che ritiene : "...che i coefficienti di conversione assunti dal Governo...risultano perfettamente in linea con un'ipotesi di sottoindicizzazione dell'1,5%..."; e da F. Peracchi e N. Rossi(1995) che sostengono, dopo aver proceduto a rideterminare i valori dei coefficienti di trasformazione, di non riscontrare differenze rilevanti tra i valori da loro stimati e quelli indicati nella legge.

r è il tasso di evoluzione delle rate di pensione ($0 \leq r \leq \mathbf{p}$)¹⁴, l_x è la probabilità di sopravvivenza di un individuo all'età x , c_x , seguendo la terminologia adottata nel testo di legge, è il "coefficiente di trasformazione" all'età x , \mathbf{w} è l'età massima di sopravvivenza della popolazione.

Ne segue che se il tasso di sconto impiegato nel calcolo di c_x è:

$$\frac{1}{1+s} = \frac{1+r}{1+\mathbf{p}} \quad (5)$$

allora le rate di pensione dovranno essere perequate in modo che il tasso di rendimento non sia diverso da \mathbf{p} ; perciò, la loro dinamica dovrà essere pari a:

$$1+r = \frac{1+\mathbf{p}}{1+s} \quad (5bis)$$

Nei casi estremi si avrà che:

a) Se $r=0$ la rendita è a rate costanti in termini reali e perciò si ha:

$$\sum_0^{w-x} \frac{P}{(1+\mathbf{p})^i} \cdot \frac{l_{x+i}}{l_x} = P \cdot \sum_0^{w-x} \frac{1}{(1+\mathbf{p})^i} \cdot \frac{l_{x+i}}{l_x}$$

con

$$c_x = \frac{1}{\sum_0^{w-x} \frac{1}{(1+\mathbf{p})^i} \cdot \frac{l_{x+i}}{l_x}}$$

chiaramente questo caso presuppone che sia possibile prevedere l'andamento futuro del tasso di rendimento; e ciò, ovviamente, non è realistico.

b) Se, invece, $r=\mathbf{p}$, le rate di pensione saranno completamente perequate al tasso di rendimento effettivo per cui si ha:

$$\sum_0^{w-x} P \cdot \frac{l_{x+i}}{l_x} = P \cdot \sum_0^{w-x} \frac{l_{x+i}}{l_x} = P \cdot e_x$$

solo in questa circostanza il coefficiente di trasformazione risulterà pari al reciproco della speranza di vita dell'individuo (e_x): $c_x = \frac{1}{e_x}$.

In tutti i casi intermedi ($0 < r < \mathbf{p}$), esistendo come si vede dalla (4) una relazione inversa tra il grado di indicizzazione delle rate di pensione e il livello dei coefficienti di trasformazione, si ha che quest'ultimi risultano superiori al reciproco della speranza di vita. Naturalmente, senza che ciò implichi una diversità del valore attuale delle prestazioni. Ad un minor grado di

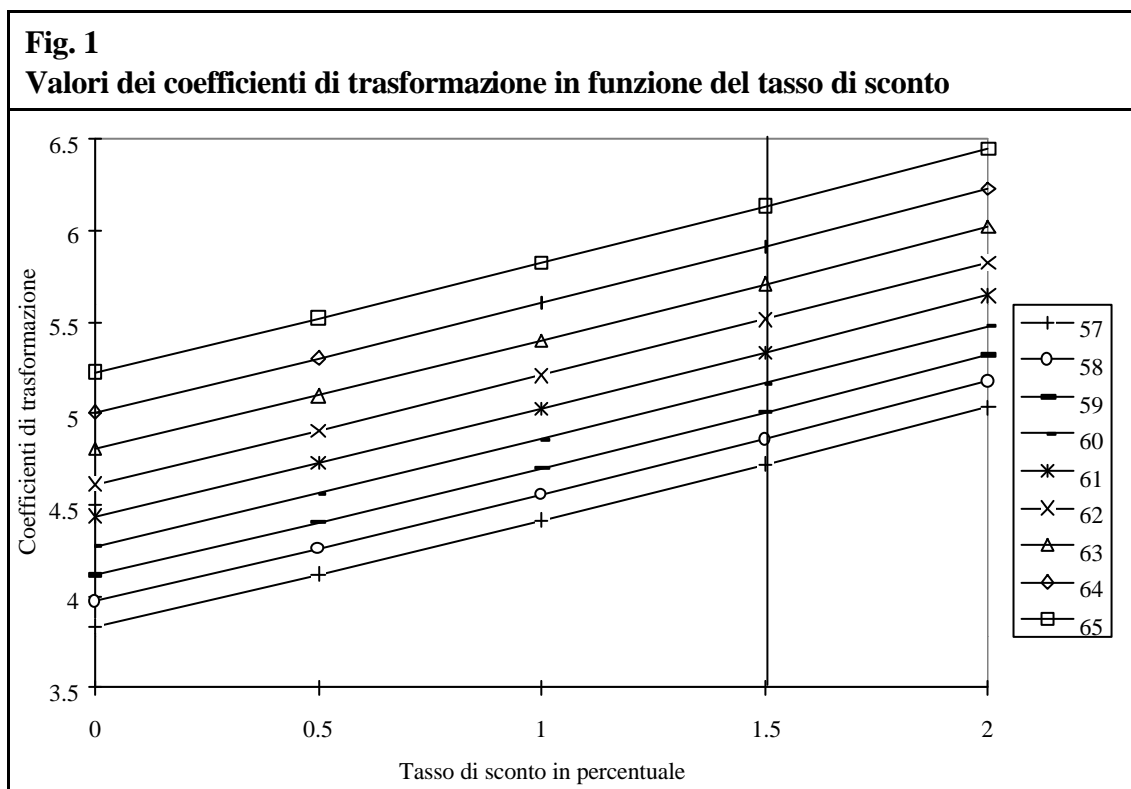
¹⁴ Anche in questo caso, per semplicità, ci limitiamo a considerare la variabilità di r compresa nei limiti indicati. In realtà, potrebbe anche essere superiore, conseguentemente il valore di c_x risulterebbe inferiore al reciproco della "speranza di vita" (e_x), fino ad assumere, nel caso limite, valore pari a zero.

indicizzazione corrisponderà un maggior valore dei coefficienti. Sotto questo vincolo il tasso di rendimento nel periodo di godimento delle prestazioni sarà, in ogni caso, pari a p .

L'evidenza quantitativa di quanto appena constatato si ha esaminando la Figura 1 in cui sono riportati i valori dei coefficienti, che stavolta includono anche la pensione di reversibilità in favore dei sopravvissuti al *dante causa*, in funzione del tasso di sconto impiegato nel loro calcolo. Come si può osservare i valori dei coefficienti differiscono sensibilmente in funzione del grado di perequazione al tasso di rendimento, e quindi di sconto, impiegato nel loro calcolo. Utilizzando un tasso di sconto pari al 2% i valori dei coefficienti risultano superiori rispetto al reciproco della speranza di vita, incrementata del periodo di godimento probabile della pensione di reversibilità in favore dei superstiti: del 29.4% a 57 anni di età; del 21.6% a 65 anni.

Nella figura sono stati evidenziati i valori dei coefficienti coerenti con il tasso di sconto pari all'1,5%, che, com'è noto, è quello che è stato assunto nello schema di riforma "Dini". Tali valori risultano sostanzialmente coincidenti in valore assoluto con quelli indicati nel disegno di legge, e, per quanto abbiamo detto in precedenza, superiori - del 21.7% a 57 anni di età e del 16% a 65 - a quelli corrispondenti a un tasso di perequazione "piena" al tasso di rendimento p che deve essere corrisposto sia in fase di accumulo dei contributi che durante l'erogazione delle prestazioni pensionistiche. In questo caso, secondo la (5bis), la dinamica dell'importo della pensione dovrebbe evolversi, coerentemente, al tasso $1+r = \frac{1+p}{1,015}$, mentre, invece, la legge prevede che l'indicizzazione sia limitata al tasso d'inflazione.

Ne consegue che se la dinamica di p sarà inferiore all'1.5%, il tasso di rendimento implicito sarà superiore a quello sostenibile. Viceversa, nel caso in cui la dinamica di p sia superiore



all'1,5% allora tale rendimento sarà inferiore. Questi inconvenienti avrebbero potuto essere ovviati indicizzando le pensioni: o, al tasso di rendimento effettivo scontato dell'1,5 per cento; oppure, indicizzando "pienamente" le rate di pensione al tasso di rendimento ma calcolando i coefficienti di trasformazione con un tasso di sconto pari a zero. In entrambi i casi, però, la perequazione delle pensioni sarebbe avvenuta con modalità diverse rispetto a quella prevista dalla legislazione vigente secondo la quale è limitata al tasso d'inflazione. Molto probabilmente, tale diversità di trattamento sarebbe stata difficilmente sostenibile dal punto di vista giuridico esponendo la riforma a rischi di interpretazione estensiva di tale normativa oppure di inapplicabilità. È certamente innegabile che limitando la perequazione delle pensioni al tasso d'inflazione ciò comporterà nel tempo, all'allontanarsi dal momento della liquidazione iniziale, un aumento della distanza tra queste e il livello medio delle retribuzioni. Tuttavia, lo sottolineiamo ancora, la correzione del meccanismo di indicizzazione previsto a "regime" è in contrasto con quanto previsto dalla legislazione vigente. Evidentemente, se le modalità di perequazione delle pensioni dovessero essere modificate, anche i valori dei coefficienti di trasformazione, coerentemente, dovrebbero essere ricalcolati. Conseguentemente, il valore dell'importo delle pensioni calcolate con il metodo contributivo dovrebbe essere più basso: del 21.7% a 57 anni di età e del 16% a 65 come abbiamo già indicato. C'è da chiedersi, dal momento che tale correzione sarebbe neutrale rispetto al valore attuale delle erogazioni pensionistiche durante il periodo di fruizione, se tale correzione abbia un senso. Riteniamo che per esprimere un giudizio sull'attuale meccanismo di indicizzazione delle pensioni erogate a regime sia necessario fare una qualche ipotesi sull'andamento dei bisogni dei pensionati in funzione dell'età. Nel caso in cui ritenessimo che quest'ultimi siano decrescenti all'aumentare dell'età dovremmo necessariamente concludere che l'attuale meccanismo di perequazione sia preferibile dal momento che consente di anticipare una parte delle erogazioni nei momenti in cui tali bisogni sono più elevati.

Il tasso di capitalizzazione dei contributi

Com'è noto critiche molto severe sono state rivolte¹⁵ alle modalità di applicazione del metodo contributivo stabilito a regime per il sistema pensionistico. Tali critiche investono l'utilizzo del Pil come tasso di capitalizzazione che comporterebbe rispetto al meccanismo di rivalutazione delle retribuzioni previsto nel metodo di calcolo "Amato", l'inflazione più l'uno per cento *forfetario*, effetti sui tassi di sostituzione considerati troppo generosi. Ne seguirebbero, secondo queste autorevoli opinioni, effetti di maggior costo rispetto alla vecchia normativa a regime che si tradurrebbero in una maggiore incidenza della spesa pensionistica in rapporto al Pil.

15 In più occasioni il governatore della Banca d'Italia ha esternato le sue preoccupazioni circa gli effetti a regime della proposta di riforma del sistema pensionistico. In occasione dell'audizione del 15 giugno 1995 presso le commissioni bilancio delle due camere sul Documento di programmazione economica si è così espresso: l'impianto della riforma è corretto, è la scelta dei parametri di applicazione che non è equilibrata "...per rispettarli occorreranno più imposte, più debiti o più inflazione...il vero problema è che le prestazioni sono legate alla crescita del Pil: se questo sale al 5 per cento, ai pensionati si deve dare altrettanto. Il che non è corretto: quando il prodotto cresce a ritmi superiori all'1,5 per cento, il grado di copertura è troppo elevato...".

Il giudizio sia sulla capacità di autofinanziamento che sulla sostenibilità macroeconomica della spesa pensionistica non può essere espresso, però, utilizzando come indicatore il grado di copertura. Si tratta di due aspetti che non possono essere confusi. La capacità di autofinanziamento è legata all'impiego, come tasso di capitalizzazione dei contributi, del tasso di crescita del gettito contributivo. Una volta utilizzato correttamente quest'ultimo, il metodo di calcolo contributivo a capitalizzazione attuariale attribuendo lo stesso tasso di rendimento a tutti gli assicurati è in grado di garantire l'equilibrio finanziario del sistema. Naturalmente, l'unicità del tasso di rendimento ha come conseguenza una straordinaria variabilità dei gradi di copertura che, a parità di aliquota, dipendono: dall'eccedenza della dinamica retributiva individuale rispetto alla dinamica del tasso di capitalizzazione; dalla lunghezza del periodo di attività; dall'età di pensionamento. L'esatto contrario è prodotto dalla legislazione vigente nella fase transitoria in cui ad una costanza dei gradi di copertura corrisponde una variabilità dei tassi interni di rendimento che non può essere giustificata dal punto di vista equitativo¹⁶.

Per esprimere un giudizio corretto, dal punto di vista tecnico, sugli effetti della riforma è necessario, quindi, interrogarsi sulle implicazioni derivanti dall'adozione di un tasso di rendimento diverso da quello della crescita del gettito contributivo.

A questo scopo è inevitabile un minimo di ragionamento formalizzato. Supponiamo, perciò, che la vita degli individui sia divisa in due periodi: uno di fase di lavoro attiva, e uno in cui sono in quiescenza. Nel primo periodo contribuiscono al sistema previdenziale, nel secondo ricevono da quest'ultimo prestazioni sotto forma di pensione finanziata dalla generazione subentrata nella fase di lavoro attiva. Supponiamo, inoltre, di utilizzare come tasso di capitalizzazione:

$$(1 + \mathbf{p}) = \frac{Y_1}{Y_0} \quad (6)$$

dove Y rappresenta il prodotto interno lordo e il rapporto $\frac{Y_1}{Y_0}$ il suo tasso di variazione rispetto al periodo iniziale.

$$W_0 = b_0 Y_0 \quad (7)$$

W_0 è la massa salariale al tempo iniziale, $b_0 (<1)$ è la quota rispetto al Pil del monte

salari. Se $\frac{b_1}{b_0} = 1$ (cioè se il rapporto tra massa salariale e Pil rimane costante) allora si ricava

facilmente sostituendo la (7) nella (6) che $(1 + \mathbf{p}) = \frac{Y_1}{Y_0} = \frac{W_1}{W_0}$ ed è, quindi, indifferente l'uso

del tasso di variazione del Pil rispetto a quello della massa salariale. L'equilibrio del sistema non è alterato dall'impiego della (6).

¹⁶ Non ci soffermeremo ulteriormente sull'analisi della variabilità dei tassi di rendimento e della loro irrazionalità dal punto di vista redistributivo, distorsioni che rimarrebbero anche con "Amato" a regime seppur ridotte, perché ampiamente nota. Si veda per tutti: S. Gronchi(1994), op. cit..

Sostituendo, infatti, la (6) nell'equazione di bilancio del sistema pensionistico:

$$a \cdot w_1 \cdot L_1 = a \cdot W_1 = p \cdot R_1 \quad (8)$$

dove i simboli indicati hanno il seguente significato: a =aliquota contributiva; w_i =retribuzione media; W_i =massa salariale; L_i =numero degli iscritti al sistema pensionistico; p =pensione media; R_i =numero dei pensionati. Dopo semplici passaggi si ricava che in rapporto alla massa salariale l'aliquota di equilibrio è sempre pari ad a ; mentre in rapporto al Pil l'aliquota è la seguente:

$$a \cdot b_1 = \frac{p \cdot R_1}{Y_1} \quad (9)$$

ove $a \cdot b_0 = a \cdot b_1 < a$. Come è evidente, la (9) risulta invariata rispetto al periodo precedente ed è uguale al prodotto tra l'aliquota pensionistica e la quota della massa salariale rispetto al Pil.

Cosa accade se invece si verifica che $\frac{Y_1}{Y_0} > \frac{W_1}{W_0}$? Significa che $\frac{b_1}{b_0} < 1$ e che cioè rispetto al periodo iniziale la quota della massa salariale in rapporto al Pil è diminuita. Quindi, se usassimo per il calcolo della pensione, $p = a \cdot \frac{w_1 \cdot (1+p)}{(1+w)}$, come tasso di capitalizzazione $\frac{W_1}{W_0}$ avremmo che la (8) risulterebbe in equilibrio all'aliquota di computo (pari a quella di finanziamento) della pensione a . Inoltre, in rapporto al Pil la spesa pensionistica risulterebbe diminuita dal momento che $a \cdot b_1 < a \cdot b_0$.

Se, invece, per il calcolo della pensione fosse impiegato il tasso $\frac{Y_1}{Y_0}$ si avrebbero le seguenti conseguenze:

$p = a \cdot w_0 \cdot \frac{Y_1}{Y_0} = a \cdot w_0 \cdot \frac{W_1 \cdot b_0}{W_0 \cdot b_1}$ che sostituita a destra dell'uguaglianza della (8) comporta:

$a \cdot W_1 < a \cdot w_0 \cdot \frac{W_1 \cdot b_0}{W_0 \cdot b_1} \cdot R_1 = a \cdot W_1 \cdot \frac{b_0}{b_1}$ cioè la creazione di un *deficit* pari a:

$$a \cdot W_1 \cdot \left(\frac{b_1 - b_0}{b_1} \right) < 0.$$

L'aliquota pura di equilibrio rispetto alla massa salariale sarà pari a: $a \cdot \frac{b_0}{b_1} > a$; e in

rapporto al Pil la spesa pensionistica sarà pari a: $\frac{p \cdot R_1}{Y_1} = \frac{a \cdot W_1 \cdot \frac{b_0}{b_1}}{W_1/b_1} = a \cdot b_0$; quindi rispetto

al Pil sarà invariata. Perciò, il giudizio sulla sostenibilità del sistema pensionistico sarà diverso se condotto in rapporto alla massa salariale oppure al Pil. Nel caso in cui la quota dei redditi da lavoro rispetto al Pil diminuisse, il gettito contributivo risulterebbe insufficiente per il finanziamento della spesa pensionistica. Tuttavia, anche in questa circostanza, la spesa pensionistica rispetto al Prodotto interno lordo risulterebbe, proprio per aver indicizzato al tasso di variazione del Pil contributi e prestazioni, costante.

5. La previsione degli effetti sulla spesa pensionistica della riforma del 1995

Ma vediamo quali sono le indicazioni sull'efficacia del metodo di calcolo contributivo che emergono dalle previsioni a medio-lungo termine delle aliquote di equilibrio del sistema pensionistico elaborate dalla Ragioneria Generale dello Stato (RGS)¹⁷. La novità principale di quest'ultimo studio della Ragioneria Generale dello Stato rispetto ai precedenti in cui l'analisi era limitata al Fondo di previdenza dei lavoratori dipendenti è l'estensione dell'analisi alle gestioni dei lavoratori autonomi dell'INPS e a quella dei lavoratori pubblici.

Nelle previsioni della RGS, nelle diverse ipotesi relative all'andamento delle variabili demografiche e macroeconomiche, si valuta l'andamento della spesa pensionistica in rapporto al Prodotto interno lordo tenendo conto del recente cambiamento del quadro normativo introdotto dalla legge di riforma del sistema pensionistico del 1995. I risultati delle simulazioni nello scenario di base¹⁸ mostrano come la spesa in rapporto al Pil, dopo una prima fase di stabilità della durata di un decennio, cresca di 2-3 punti percentuali non a causa del peggioramento del rapporto tra pensionati e occupati, che le misure volte ad inasprire i requisiti di accesso alla prestazione saranno in grado di contenere, ma a causa dell'aumento del rapporto tra pensione e retribuzione media dovuta alla prevalenza del metodo di calcolo retributivo nel calcolo delle prestazioni. Nella parte centrale e finale del periodo di previsione il rapporto tra pensionati e occupati peggiora rapidamente a causa dell'invecchiamento demografico. Tale peggioramento viene rallentato, ma non interamente compensato, dall'altrettanto rapido deterioramento del rapporto tra pensione e retribuzione media dovuto all'entrata a regime del nuovo metodo di calcolo. Solo nell'ultimo decennio di previsione la dinamica della spesa in rapporto al Pil si inverte sia per lo stabilizzarsi della struttura della popolazione sia per l'entrata a regime del nuovo metodo di calcolo. Alla fine del periodo di previsione la spesa in rapporto al Pil diminuisce di quasi 2,5 punti percentuali rispetto al suo valore massimo pari al 16,1% raggiunto intorno al 2035. Un'importante conclusione dello

17 RGS(1995) e RGS (1996). D. Roseveare, W. Leibfritz, D. Fore e E. Wurzel(1996) hanno recentemente formulato previsioni della spesa pensionistica nei principali paesi industrializzati per conto dell'OCSE, tuttavia, la metodologia adottata nel modello di simulazione è del tutto inadeguata a tener conto degli effetti della riforma pensionistica italiana.

18 Lo scenario base assume nel periodo di previsione, il periodo tra il 1990 e il 2045, le seguenti ipotesi: andamento della mortalità tendenziale: +6 anni e + 5,5 anni è l'aumento della speranza di vita alla nascita maschile e femminile; il tasso di fecondità rimane pressochè stabile in tutto il periodo di previsione: 1,3-1,35; flusso netto di immigrati pari a quello registrato negli ultimi anni: +50 migliaia all'anno; tassi di attività variabili in funzione dell'elevamento dei tassi di scolarità e dell'aumento dei requisiti pensionabili; tassi di occupazione costanti; tassi di crescita del Pil pari al 2% fino al 2006 e all'1,5% nel periodo successivo.

studio è che nel caso di mancata revisione dei coefficienti di trasformazione la spesa pensionistica risulterebbe superiore di due punti percentuali in rapporto al Pil. Naturalmente, ciò dipende dalle ipotesi assunte nello scenario base di previsione, secondo le quali la speranza di vita continuerebbe a crescere ai ritmi registrati nel nostro recente passato: 4-5 anni ogni decennio all'età di 60 anni. In assenza di questa ipotesi la revisione dei coefficienti di trasformazione non avrebbe, ovviamente, nessun effetto sulla spesa.

Un'altra importante indicazione che si ricava dal documento è la conclusione che nel 2045 la spesa in rapporto al Pil risulterebbe ancora più elevata di 3,5 punti percentuali nel caso in cui la perequazione delle pensioni fosse legata alle variazioni reali del Pil.

Come è stato ampiamente ricordato, in sedi autorevoli è stato affermato che la riforma del 1995 comporterebbe oneri superiori a quelli prodotti dalla legislazione vigente. I risultati di uno studio della RGS (1995), precedente rispetto a quello che abbiamo appena citato e in cui sono posti a confronto gli andamenti della spesa conseguenti alla riforma e a normativa invariata, mostrano che, nonostante la normativa "Amato" a regime consenta un forte contenimento dei tassi di sostituzione della pensione rispetto all'ultima retribuzione, il metodo di calcolo contributivo, anche in presenza di tassi di crescita del sistema economico superiori a quelli ipotizzati per il calcolo dei coefficienti di trasformazione, è in grado di portare il sistema pensionistico su livelli delle aliquote di equilibrio di lungo periodo più bassi rispetto a quelli derivanti dall'applicazione a regime della precedente normativa. Tale studio mostra però la rilevanza del processo di revisione periodica dei coefficienti dal momento che in sua assenza i risparmi di medio-lungo termine rispetto alla vecchia normativa risulterebbero fortemente compromessi.

In conclusione, le indicazioni che possiamo trarre dalle simulazioni della Ragioneria sono sostanzialmente due:

- la prima, riguarda l'estensione dell'applicazione del metodo contributivo anche a coloro che la riforma ha escluso. Tale modifica consentirebbe di attenuare la crescita della spesa pensionistica derivante dagli incrementi degli importi medi di pensione nei periodi che abbiamo sopra descritto;
- la seconda, concerne l'importanza della revisione decennale dei coefficienti di trasformazione nel caso in cui, come è molto probabile, i tassi di mortalità alle varie età proseguano nella loro diminuzione anche in futuro.

6. La modifica decennale dei coefficienti di trasformazione

Una delle novità del nuovo sistema pensionistico, quando sarà a regime, è data dalla sua capacità di neutralizzare gli effetti sulla spesa pensionistica, anche se limitatamente ai nuovi flussi, del processo di invecchiamento della popolazione. Abbiamo anche appreso dalle simulazioni della Ragioneria quale importante ruolo rivesta ai fini del controllo della spesa pensionistica la revisione dei coefficienti di trasformazione. Va osservato, però, che così come è prevista dalla legge la procedura di revisione dei coefficienti solleva molte perplessità sulla sua praticabilità. Innanzitutto, l'intervallo di tempo previsto per la loro eventuale modifica può rivelarsi eccessivamente lungo. Inoltre, il processo di revisione appare troppo macchinoso. La

legge di riforma¹⁹, infatti, prevede che ogni dieci anni i coefficienti di trasformazione possano essere variati di concerto con le parti sociali.

I presupposti in base ai quali i coefficienti possono essere modificati sono legati sia alle trasformazioni demografiche della popolazione, sia alle eventuali discordanze tra il tasso di crescita del Prodotto interno lordo e quello dei redditi sottoposti a contribuzione. Il primo fattore ha possibili riflessi sulle probabilità di sopravvivenza degli individui e, quindi, sul valore dei coefficienti; il secondo ha implicazioni sulla sostenibilità finanziaria, a parità di indice di dipendenza della popolazione, derivante dall'impiego del tasso di crescita del Pil per la determinazione dell'importo dei trattamenti.

Ricordiamo che il valore dei coefficienti di trasformazione introdotti dalla legge n. 335/95 è stato calcolato in base alle tavole di mortalità relative all'anno 1990 che all'epoca della riforma previdenziale costituivano l'ultimo aggiornamento elaborato dall'ISTAT. Attualmente, l'istituto centrale di statistica ha ultimato la messa a punto delle tavole relative alle risultanze dell'ultimo censimento. Ricordiamo, infatti, che le tavole demografiche di mortalità vengono elaborate in occasione di ogni censimento che, come è noto, viene effettuato ogni decennio. Inoltre, nel periodo intercorrente tra due censimenti, l'ISTAT provvede ad aggiornare le tavole sulla base delle risultanze dei dati demografici inviati all'istituto dalle anagrafi dei comuni. L'attendibilità statistica degli aggiornamenti tra due rilevazioni censuarie è, però, inferiore a quella che viene elaborata in occasione dei censimenti della popolazione²⁰.

Allo scopo, quindi, di dimostrare la lunghezza eccessiva dell'intervallo temporale attualmente stabilito dalla legge, sono stati calcolati i valori dei coefficienti utilizzando le tavole di mortalità del 1970 e del 1980. Inoltre, sono state utilizzate le tavole di mortalità più recenti per valutare la consistenza di eventuali differenze con quelli stabiliti dalla legge di riforma.

I risultati delle elaborazioni sono riportati nella tavola 6, da questa si ricava che il tasso medio di variazione decennale nel periodo 1972-1992 è stato pari a -5% all'età di riferimento di 62 anni. Si osservi che l'effetto complessivo è la risultante di una variazione sensibilmente superiore negli anni '80 rispetto al decennio precedente. Come si può osservare dalla tavola, alla stessa età di riferimento, il tasso di variazione decennale nel corso degli anni '80 è stato più che doppio rispetto al decennio precedente: il -6,5% contro il -2,7%. Ciò suggerisce di usare una grande prudenza nel formulare previsioni sull'andamento delle probabilità di sopravvivenza, soprattutto alle età avanzate, nei prossimi decenni. Ne segue, che considerata la non irrilevanza della riduzione delle prestazioni che si potrebbe rendere necessaria alla fine del prossimo decennio, gli individui interessati potrebbero essere indotti ad anticipare il pensionamento rispetto alle proprie preferenze proprio per evitare gli effetti economici della revisione dei coefficienti. Infatti, all'età di 62 anni, occorrerebbero circa 17 mesi di ulteriore permanenza al lavoro per recuperare il precedente importo di pensione. Solo per permanenze nel mondo del lavoro per un periodo superiore a quello indicato il posticipo del pensionamento risulterebbe remunerativo.

19 All'articolo 1, comma 11 della legge n. 335 dell'8 agosto 1995.

20 E ciò pone qualche problema nel caso in cui questi dati, accorciando il periodo di revisione, fossero presi a riferimento per modificare gli importi delle pensioni di nuova decorrenza.

Inoltre, la revisione dei coefficienti ad intervalli temporali decennali, non avendo efficacia sullo stock delle pensioni in pagamento, determinerebbe la creazione di una quota aggiuntiva di trattamenti superiori a quelli di equilibrio, a parità di tutte le altre condizioni, rispetto ad un allungamento della speranza di vita.

Tav. 6
Tavole dei coefficienti di trasformazione*

i= 1.5%

Età	<i>Tavole demografiche di sopravvivenza</i>												<i>Var. %</i>	<i>Var. %</i>	<i>Var. %</i>
	<i>ITALIA 1970-72</i>			<i>ITALIA 1980</i>			<i>ITALIA 1990</i>			<i>ITALIA 1992</i>			<i>decennale</i>	<i>decennale</i>	<i>biennale</i>
	<i>Coefficienti di trasformazione</i>			<i>Coefficienti di trasformazione</i>			<i>Coefficienti di trasformazione</i>			<i>Coefficienti di trasformazione</i>			<i>dell'importo di pensione</i>	<i>dell'importo di pensione</i>	<i>dell'importo di pensione</i>
	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>M.e F.</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>M.e F.</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>M.e F.</i>	<i>Maschi</i>	<i>Femmine</i>	<i>M.e F.</i>	<i>1970-80</i>	<i>1980-90</i>	<i>1990-92</i>
57	5.106	5.137	5.121	5.051	4.961	5.006	4.769	4.669	4.720	4.728	4.640	4.684	-2.3%	-5.7%	-0.8%
58	5.264	5.304	5.284	5.206	5.117	5.161	4.910	4.806	4.860	4.865	4.776	4.820	-2.3%	-5.8%	-0.8%
59	5.433	5.484	5.458	5.369	5.284	5.326	5.059	4.954	5.006	5.011	4.921	4.966	-2.4%	-6.0%	-0.8%
60	5.613	5.677	5.644	5.544	5.463	5.503	5.217	5.111	5.163	5.166	5.076	5.121	-2.5%	-6.2%	-0.8%
61	5.805	5.884	5.844	5.731	5.655	5.693	5.386	5.278	5.334	5.331	5.242	5.286	-2.6%	-6.3%	-0.9%
62	6.009	6.107	6.058	5.932	5.862	5.897	5.566	5.459	5.514	5.506	5.420	5.463	-2.7%	-6.5%	-0.9%
63	6.228	6.347	6.287	6.147	6.085	6.116	5.755	5.654	5.706	5.693	5.611	5.652	-2.7%	-6.7%	-0.9%
64	6.462	6.606	6.533	6.379	6.325	6.352	5.961	5.863	5.911	5.894	5.816	5.855	-2.8%	-6.9%	-1.0%
65	6.713	6.887	6.799	6.628	6.584	6.606	6.182	6.088	6.136	6.108	6.038	6.072	-2.8%	-7.1%	-1.0%

*: *Basi tecniche e parametri utilizzati: probabilità di lasciare famiglia e di nuzialità del superstite(fonte:INPS, 1989; "Il modello INPS e le prime proiezioni al 2010"); scarto di età tra i coniugi pari a tre anni; aliquota di reversibilità pari al 60%; riduzione dell'aliquota di reversibilità per "cumulo redditi" nella misura del 10% per i maschi e 30% per le femmine.*

Fonti: ISTAT, 1994, Annuario Statistico; ISTAT, 1996, "Tavole di mortalità e tavole attuariali della popolazione italiana al 1992", Note e relazioni, n.1

Nella tavola 6, infine, sono stati calcolati i coefficienti sulla base delle nuove tavole di mortalità che sono state elaborate dall'ISTAT. I risultati ottenuti ci indicano che questi ultimi risultano già inferiori a quelli che sono stati introdotti dalla legge di riforma. Le differenze vanno dallo -0,8% all'età di 52 anni al -1% per l'età di 65 anni. Tali dati, però, devono essere interpretati con grande cautela in quanto come abbiamo già precisato il confronto è tra dati rilevati in modo non omogeneo. È probabile, infatti, che le differenze siano imputabili solo in parte al miglioramento della speranza di vita. Una parte di queste potrebbero essere dovute ad aggiustamenti dei dati statistici di base sulla popolazione.

Una possibile soluzione ai problemi che abbiamo indicato potrebbe essere quella di procedere ad una eventuale revisione ad intervalli temporali più brevi. Tuttavia, la definizione di un periodo diverso, quantunque più breve, per la rideterminazione dei coefficienti non sembra fornire sufficienti garanzie sull'opportunità di una eventuale revisione. Infatti, è l'entità della correzione ad avere una rilevanza finanziaria e non il periodo. A nostro parere sarebbe più coerente introdurre un principio automatico basato su uno scarto percentuale fisso, pari all'uno o al due per cento ad esempio, tra i coefficienti effettivi e quelli di legge per avviare la procedura di ricalcolo.

Infine, è opportuno precisare che, per quanto importante, la revisione dei criteri di adeguamento dei coefficienti non ha effetti finanziari rilevanti sui flussi di spesa nel breve-medio periodo. I riflessi sull'importo della pensione potranno, infatti, avere efficacia solo quando il peso della quota della prestazione pensionistica calcolata con il metodo contributivo diventerà significativa relativamente alla quota calcolata con il preesistente metodo retributivo. Ma ciò non potrà accadere prima dei prossimi 15-20 anni. Potrebbe assumere, però, grande importanza nella misura in cui le condizioni per l'applicazione del metodo di calcolo contributivo fossero estese.

7. La modifica dell'intervallo di età per il pensionamento di vecchiaia

Alcuni commentatori²¹ sostengono che una spesa pensionistica, pur nell'ipotesi di stabilizzazione a seguito della riforma "Dini", pari al 33 per cento delle retribuzioni non solo continuerebbe ad essere tra le più elevate rispetto ai nostri principali *partner* commerciali ma mortificherebbe il processo di accumulazione del nostro sistema economico che, invece, potrebbe essere incentivato ridimensionando il ruolo della previdenza obbligatoria pubblica a vantaggio della previdenza complementare privata.

Non volendo entrare nel merito dell'individuazione dei limiti di sostenibilità della spesa pensionistica o del *mix* ottimale tra previdenza obbligatoria pubblica e privata, ci limitiamo ad indicare gli strumenti più idonei per contenere ulteriormente la spesa a regime.

Riteniamo, però, che un ulteriore riduzione dei livelli di copertura sia estremamente rischiosa, pensare di ridurre gli oneri a carico della finanza pubblica riducendo oltre misura il ruolo della previdenza obbligatoria pubblica a vantaggio di quella privata potrebbe rivelarsi una

21 Si vedano, ad esempio, O. Castellino e E. Fornero(1996).

tragica illusione. La storia dei sistemi previdenziali ha già dimostrato, non sempre tutti sembrano ricordarsene, che pensare di trasferire integralmente il rischio economico o demografico a carico dei pensionati a tutto vantaggio della finanza pubblica è un'illusione. Non si ricordano casi in cui, quando il sistema pensionistico non abbia avuto risorse sufficienti per pagare le prestazioni, gli Stati non siano intervenuti assumendosene l'onere.

Inoltre, il tasso di sostituzione tra importo di pensione ed ultima retribuzione lorda che la legge di riforma pensionistica ha assunto come obiettivo, e che ricordiamo è pari al 61,7% per l'individuo "tipo", dipende da una serie di condizioni sulle quali non vi è certezza che si realizzino per cui ulteriori restrizioni non sembrano opportune. A ciò va aggiunto, tra l'altro, che un soggetto economico che non soffra di "illusione monetaria" dovrebbe avere a riferimento non il tasso di sostituzione che si ottiene per una prestazione pensionistica perequata al solo tasso d'inflazione ma quello di una prestazione, equivalente nel suo valore attuale a quella precedente, ottenuta indicizzandola integralmente alle variazioni reali del Pil. Per cui il tasso di sostituzione effettivo, in realtà, non è il 61,7% ma il 51,8%, un importo più basso, quindi, del 16% circa.

Certamente, però, lo stesso obiettivo di tasso di sostituzione potrebbe, però, essere garantito ad un'età più avanzata e ciò avrebbe il pregio di portare in equilibrio il sistema pensionistico a livelli delle aliquote di equilibrio più bassi contenendo il numero dei beneficiari. Questo effetto se associato ad un'estensione dell'applicazione del metodo contributivo anche a coloro che attualmente la legge di riforma prevede che ne siano esclusi, consentirebbe di contenere la crescita della spesa pensionistica nel periodo in cui si esplicheranno nel sistema gli effetti dell'invecchiamento demografico(Cfr. il paragrafo 5).

Per avere un'idea più precisa di quale potrebbe essere il beneficio in termini di aliquota di equilibrio si consideri l'equazione (1bis):

$$P_{i,N+1}^{Dini}(x) = a \cdot c_x \cdot N \cdot \left(\frac{1-q^N}{1-q} \right) \cdot \frac{W_{i,N}}{N}$$

rapportandola all'ultima retribuzione $W_{i,N}$, e imponendo l'obiettivo dello stesso tasso di sostituzione, pari a quello "Amato" a regime, all'età di 63 anni con 38 anni di anzianità contributiva anziché all'età di 62 anni e 37 si ottiene²²:

$$a \cdot c_{63} \cdot \left(\frac{1-q^N}{1-q} \right) = 0,617$$

risolvendo per a si ricava che il beneficio in termini di minor aliquota di equilibrio sarebbe pari all'1,9%. Sarebbe pari al 3,7% e al 5,4% se lo stesso obiettivo fosse posto rispettivamente a 64 ed a 65 anni.

²² Ipotizzando che il tasso di crescita di lungo periodo del Pil sia pari all'1,5% e quello della retribuzione individuale il 2%.

La correzione dovrebbe essere effettuata riducendo l'aliquota di computo delle prestazioni degli ammontari indicati. Se questa debba riflettersi subito in una riduzione delle corrispondenti aliquote di finanziamento è una questione delicata dal momento che ciò si rifletterebbe negativamente sugli equilibri finanziari del sistema pensionistico. Per cui tale riduzione, al più, la si potrebbe consentire ai soli nuovi assicurati.

A nostro parere, però, la correzione non dovrebbe riguardare lo spostamento del *range* di età pensionabile previsto dalla legge di riforma. Intanto, perché si ritiene preferibile non introdurre eccessive rigidità nel sistema pensionistico in considerazione dei bassi tassi di attività che si registrano oltre i 50 anni di età nel mercato del lavoro dei paesi in cui l'età pensionabile è posta rigidamente ad età superiori ai 60. In secondo luogo, perché lo spostamento della fascia di età pensionabile, applicando rigorosamente il metodo di calcolo "contributivo", non implicherebbe benefici per gli equilibri finanziari del sistema.

Conclusioni

Quali sono le conclusioni che possiamo trarre dai risultati sopra esposti circa la sostenibilità economica del metodo di calcolo della pensione così come previsto dalla legge di riforma?

Ricordiamo brevemente che la legge prevede che l'aliquota pensionistica di computo della pensione sia pari al 33% e diversa da quella di finanziamento che attualmente è pari al 32,70%. Inoltre, il tasso di capitalizzazione impiegato è stato individuato nel tasso di crescita del Pil. I coefficienti di trasformazione del montante in rendita sono stati calcolati includendo un tasso di sconto pari all'1,5% e tengono conto della sola pensione diretta e di quella di reversibilità.

Per quanto riguarda la sostenibilità, il metodo di calcolo se coerentemente applicato, cioè utilizzando come tasso di capitalizzazione la variazione del gettito contributivo, comporterebbe nel lungo periodo la progressiva convergenza dell'aliquota di equilibrio al 33%. Questo, nel caso in cui le rate di pensione fossero indicizzate per la differenza tra il tasso di crescita del Pil e l'1,5%. Nell'eventualità di tassi di crescita superiori all'1,5%, dal momento che la perequazione prevista della pensioni è ai soli prezzi, e se non venisse applicato il dispositivo che prevede una maggiore indicizzazione per le pensioni più basse, tale aliquota sarebbe inferiore. Ciò implica che i tassi di rendimento interni risulterebbero inferiori a quelli sostenibili con conseguenti avanzi di bilancio, fatta eccezione per l'uno per cento di differenza tra l'aliquota di computo e di finanziamento.

Tavola 5 - Prodotto interno lordo, Retribuzioni lorde dell'intera economia e dell'industria (1951-1994)

Anni	Pil corrente	Δ	Δ medie mobili	Retr.zioni lorde	Δ	Δ medie mobili	Pil 85	Δ	Δ medie mobili	aliquote pens.	Occupati industria	Retribuz. lorda industria	Retribuz. lorda ind. per occupato	Δ	Δ medie mobili
1951	12 069	-	-	3 617	-	-	184 788	-	-	9.18	4 197 025	1 431	340 951	-	-
1952	13 082	8.4%	-	3 938	8.9%	-	194 093	5.0%	-	9.18	4 366 930	1 552	355 345	4.2%	-
1953	14 440	10.4%	-	4 276	8.6%	-	207 450	6.9%	-	9.18	4 589 722	1 720	374 710	5.4%	-
1954	15 397	6.6%	-	4 613	7.9%	-	217 196	4.7%	-	9.18	4 800 398	1 887	393 114	4.9%	-
1955	17 015	10.5%	-	5 022	8.9%	-	230 958	6.3%	-	9.18	4 901 405	2 044	417 062	6.1%	-
1956	18 509	8.8%	8.9%	5 447	8.5%	8.5%	241 411	4.5%	5.5%	9.18	4 983 407	2 200	441 431	5.8%	5.3%
1957	19 950	7.8%	8.8%	5 898	8.3%	8.4%	254 465	5.4%	5.6%	9.18	5 144 120	2 365	459 711	4.1%	5.3%
1958	21 429	7.4%	8.2%	6 294	6.7%	8.0%	266 971	4.9%	5.2%	11.57	5 198 047	2 492	479 321	4.3%	5.0%
1959	22 742	6.1%	8.1%	6 689	6.3%	7.7%	284 123	6.4%	5.5%	11.56	5 283 137	2 624	496 676	3.6%	4.8%
1960	24 673	8.5%	7.7%	7 330	9.6%	7.9%	303 833	6.9%	5.6%	14.41	5 561 546	2 971	534 189	7.6%	5.1%
1961	27 573	11.8%	8.3%	8 127	10.9%	8.3%	327 555	7.8%	6.3%	14.41	5 805 390	3 379	582 056	9.0%	5.7%
1962	31 001	12.4%	9.2%	9 426	16.0%	9.8%	347 815	6.2%	6.4%	16.28	6 013 552	3 999	664 975	14.2%	7.7%
1963	35 598	14.8%	10.7%	11 373	20.7%	12.6%	367 601	5.7%	6.6%	19.03	6 214 497	4 937	794 366	19.5%	10.6%
1964	38 936	9.4%	11.4%	12 646	11.2%	13.6%	377 249	2.6%	5.8%	18.81	6 243 733	5 448	872 550	9.8%	11.9%
1965	41 834	7.4%	11.1%	13 679	8.2%	13.3%	388 479	3.0%	5.0%	18.58	6 008 842	5 546	922 987	5.8%	11.6%
1966	45 450	8.6%	10.5%	14 438	5.5%	12.2%	412 971	6.3%	4.7%	18.56	5 930 578	5 793	976 847	5.8%	10.9%
1967	50 062	10.1%	10.1%	15 897	10.1%	11.0%	440 471	6.7%	4.8%	18.91	6 105 671	6 585	1 078 477	10.4%	10.2%
1968	54 114	8.1%	8.7%	17 085	7.5%	8.5%	471 075	6.9%	5.1%	19.6	6 188 723	7 040	1 137 597	5.5%	7.4%
1969	59 686	10.3%	8.9%	18 814	10.1%	8.3%	499 136	6.0%	5.8%	20.56	6 388 877	7 836	1 226 469	7.8%	7.0%
1970	67 178	12.6%	9.9%	22 082	17.4%	10.1%	524 825	5.1%	6.2%	20.56	6 540 900	9 579	1 464 477	19.4%	9.7%
1971	72 994	8.7%	9.9%	25 312	14.6%	11.9%	534 071	1.8%	5.3%	18.91	6 578 200	10 841	1 648 019	12.5%	11.0%
1972	79 810	9.3%	9.8%	28 301	11.8%	12.2%	548 947	2.8%	4.5%	19.01	6 471 100	11 672	1 803 712	9.4%	10.8%
1973	96 738	21.2%	12.3%	33 960	20.0%	14.7%	586 660	6.9%	4.5%	19.01	6 602 400	14 244	2 157 397	19.6%	13.7%
1974	122 190	26.3%	15.4%	42 165	24.2%	17.5%	616 932	5.2%	4.3%	19.95	6 723 300	18 174	2 703 137	25.3%	17.1%

... continua

Tavola 5 - continua															
Anni	Pil corrente	Δ	Δ medie mobili	Retr.zioni lorde	Δ	Δ medie mobili	Pil 85	Δ	Δ medie mobili	aliquote pens.	Occupati industria	Retribuz. lorda industria	Retribuz. lorda ind. per occupato	Δ	Δ medie mobili
1975	138 632	13.5%	15.6%	50 810	20.5%	18.1%	601 477	-2.5%	2.8%	20.73	6 586 500	21 734	3 299 780	22.1%	17.6%
1976	174 869	26.1%	19.1%	61 408	20.9%	19.4%	640 624	6.5%	3.7%	23.31	6 549 800	26 411	4 032 337	22.2%	19.6%
1977	214 398	22.6%	21.9%	77 882	26.8%	22.4%	662 420	3.4%	3.8%	23.31	6 614 600	33 791	5 108 548	26.7%	23.1%
1978	253 536	18.3%	21.3%	90 152	15.8%	21.6%	686 482	3.6%	3.2%	23.31	6 484 600	38 629	5 957 037	16.6%	22.5%
1979	309 834	22.2%	20.5%	109 053	21.0%	20.9%	726 409	5.8%	3.3%	23.31	6 527 700	46 599	7 138 655	19.8%	21.4%
1980	387 669	25.1%	22.8%	134 698	23.5%	21.5%	756 197	4.1%	4.7%	23.89	6 584 200	55 877	8 486 528	18.9%	20.8%
1981	464 030	19.7%	21.6%	165 792	23.1%	22.0%	760 366	0.6%	3.5%	24.01	6 379 800	66 956	10 495 000	23.7%	21.1%
1982	545 124	17.5%	20.5%	191 552	15.5%	19.7%	761 991	0.2%	2.8%	24.16	6 204 300	75 206	12 121 593	15.5%	18.9%
1983	633 436	16.2%	20.1%	218 603	14.1%	19.4%	769 370	1.0%	2.3%	24.51	5 969 500	83 843	14 045 230	15.9%	18.7%
1984	725 760	14.6%	18.6%	245 416	12.3%	17.6%	790 036	2.7%	1.7%	24.51	5 698 900	91 147	15 993 788	13.9%	17.5%
1985	810 580	11.7%	15.9%	273 062	11.3%	15.2%	810 580	2.6%	1.4%	24.51	5 614 300	99 438	17 711 558	10.7%	15.9%
1986	899 903	11.0%	14.2%	291 903	6.9%	12.0%	834 262	2.9%	1.9%	25.51	5 544 100	104 866	18 914 882	6.8%	12.5%
1987	983 803	9.3%	12.5%	318 950	9.3%	10.7%	860 422	3.1%	2.5%	25.51	5 500 200	113 028	20 549 798	8.6%	11.1%
1988	1 091 837	11.0%	11.5%	350 043	9.7%	9.9%	895 397	4.1%	3.1%	25.51	5 543 600	122 887	22 167 364	7.9%	9.6%
1989	1 193 462	9.3%	10.5%	377 193	7.8%	9.0%	921 714	2.9%	3.1%	25.92	5 544 200	132 033	23 814 617	7.4%	8.3%
1990	1 312 066	9.9%	10.1%	422 047	11.9%	9.1%	941 387	2.1%	3.0%	25.92	5 647 000	144 393	25 569 860	7.4%	7.6%
1991	1 429 453	8.9%	9.7%	461 255	9.3%	9.6%	952 686	1.2%	2.7%	26.09	5 571 000	155 698	27 947 945	9.3%	8.1%
1992	1 504 003	5.2%	8.9%	482 295	4.6%	8.6%	959 654	0.7%	2.2%	26.47	5 393 000	161 111	29 874 096	6.9%	7.8%
1993	1 550 150	3.1%	7.3%	484 801	0.5%	6.7%	948 344	-1.2%	1.2%	26.97	5 131 000	158 493	30 889 300	3.4%	6.9%
1994	1 641 105	5.9%	6.6%	490 271	1.1%	5.4%	968 986	2.2%	1.0%	26.97	5 033 000	161 535	32 095 172	3.9%	6.1%

Variazione nominale

	Pil	Retrib. lorde	Retr. lorde ind. per addetto
dal 1951	12.10%	12.09%	11.15%
dal 1960	13.14%	13.16%	12.80%
dal 1970	14.24%	13.79%	13.73%

dal 1980

10.86%	9.67%	9.97%
--------	-------	-------

Naturalmente, come abbiamo osservato, se nel lungo periodo vi fosse divergenza tra il tasso di crescita delle retribuzioni lorde e il Pil, l'aliquota di equilibrio sarebbe superiore a quella obiettivo anche se in rapporto al Pil la spesa tenderebbe ad essere costante. I dati statistici disponibili per il nostro paese mostrano che tra le due variabili esistono divergenze cicliche di breve periodo che vengono ricomposte nel lungo (Cfr. la tavola 5).

Quindi, nel caso in cui gli andamenti dei due aggregati si ripetano nei prossimi decenni, non sembrano sussistere problemi connessi all'incapacità di autofinanziamento del sistema previdenziale conseguenti all'utilizzo del Pil come tasso di capitalizzazione. Esistono solo preoccupazioni legate alla proiezione nel futuro degli andamenti registrati negli anni più recenti. Tuttavia, negli ultimi 14 anni lo scostamento tra l'andamento delle due variabili è stato di circa un punto percentuale. Proiettato su 40 anni porterebbe l'attuale quota dei redditi da lavoro dal 29,9% al 20% del Pil. In questo caso, come abbiamo visto, il sistema sarebbe incapace di autofinanziarsi ma ciò non comporterebbe un peggioramento del rapporto tra spesa pensionistica e Pil che rimarrebbe costante²³ e pari al 10% circa del Pil ed inferiore rispetto all'attuale 15-16%²⁴. Tuttavia, la legge prevede la possibilità di revisione periodica dei trattamenti che se coerentemente applicata sarebbe in grado di garantirne l'equilibrio finanziario interno (Revisione dei parametri di calcolo delle prestazioni in caso di scostamento sistematico tra i tassi di variazione del Pil e della massa imponibile).

Volendo ridurre il valore dell'aliquota di equilibrio tendenziale si potrebbe intervenire sull'aliquota di computo, riducendola e spostando l'obiettivo di tasso di sostituzione della pensione rispetto alla retribuzione all'età di 65 anni. Tale riduzione consentirebbe una riduzione dell'aliquota pari al 5-6 per cento circa e si otterrebbe mantenendo invariato l'attuale requisito anagrafico minimo di accesso alla prestazione (cfr. paragrafo 7).

Naturalmente, tutto quanto è stato detto risulta valido nel caso in cui i coefficienti di trasformazione vengano adeguati all'invecchiamento assoluto della popolazione. Se, *ceteris paribus*, si dovessero registrare variazioni significative delle probabilità di sopravvivenza degli individui ciò avrebbe l'effetto²⁵ di innalzare i valori dei tassi impliciti di rendimento al di sopra di quelli sostenibili.

Uno dei punti deboli della riforma, a nostro parere, è rappresentato dalla possibilità di revisione decennale dei coefficienti di trasformazione che potrebbe risultare impraticabile politicamente. Se, ad esempio, dovesse ripetersi nei prossimi dieci anni l'aumento della speranza di vita registratasi negli anni passati la riduzione delle prestazioni alle stesse età anagrafiche dovrebbe essere pari al 5% circa (cfr. paragrafo 6). Per evitare tali riduzioni

23 Naturalmente, in presenza di *shocks* demografico-occupazionali il rapporto in esame divergerebbe da quello tendenziale per un periodo di tempo che sarà tanto più breve quanto maggiore sarà la velocità di riaggiustamento dei parametri fondamentali di calcolo delle prestazioni pensionistiche, sia per le pensioni di nuova decorrenza che per quelle "in essere", alle mutate condizioni "ambientali".

24 L'aliquota pura di equilibrio, nelle stesse ipotesi, dovrebbe essere elevata dal 32 al 49.3 per cento.

25 Al netto della riduzione, nel caso in cui il Pil cresca a tassi superiori all'1,5 per cento, dei tassi di rendimento impliciti operata dalla fissazione all'1,5 per cento del tasso di sconto per il periodo di godimento della pensione.

sarebbe sufficiente spostare in avanti il *range* dell'età pensionabile. Tale eventualità, dal momento che un siffatto intervento sarebbe a conoscenza di tutti gli assicurati, determinerebbe il tentativo di anticipare la data di pensionamento precedentemente programmata. L'importanza che assume il processo di revisione è evidenziata dall'esame dell'andamento delle aliquote di equilibrio degli studi della Ragioneria geniale dello Stato (cfr. paragrafo 5). Com'è stato osservato, l'andamento delle aliquote sarebbe decisamente peggiore nel caso in cui la revisione decennale dei parametri di calcolo non fosse operata. In quest'ultima eventualità, il livello delle aliquote di equilibrio si porrebbe al di sopra di quello previsto dalla vecchia normativa. Quindi, è auspicabile prevedere la possibilità di revisione dei parametri di calcolo delle prestazioni pensionistiche secondo le modalità illustrate al precedente paragrafo 5.

Sintesi delle proposte di intervento

Quindi, se le valutazioni che abbiamo esposto sono accettate, risulta evidente che il giudizio che deve essere dato sul lento processo di transizione dal metodo retributivo a quello contributivo non può che essere negativo. Ciò perché tale lentezza, mantenendo la previgente normativa sia sulle modalità di accesso che su quelle di calcolo delle prestazioni, manterrà per un periodo molto lungo la presenza nel sistema di elementi di iniquità e di squilibrio nel finanziamento delle prestazioni difficilmente tollerabili.

Tali iniquità possono così riassumersi:

a) all'interno di una stessa generazione:

- tra appartenenti a categorie diverse di soggetti (pubblici, autonomi, lavoratori dipendenti iscritti ai regimi speciali Inps e ai regimi sostitutivi a gestione autonoma);
- tra coloro che sono detentori di carriere retributive con dinamiche diverse;
- tra coloro che a parità di storia retributiva ottengono il trattamento pensionistico a età più giovani;

b) tra appartenenti a generazioni diverse:

- nella ripartizione degli oneri del riaggiustamento degli squilibri del sistema pensionistico tra:
- i soggetti già pensionati;
- tra gli attivi la cui partecipazione al riequilibrio del sistema è diversa a seconda che abbiano un'anzianità contributiva superiore od inferiore a 18 anni alla data del 31 dicembre 1995.

Al fine di superare le iniquità si propongono i seguenti interventi correttivi:

Superamento della pluralità dei regimi pensionistici

Nonostante gli sforzi compiuti in questa direzione dagli ultimi interventi di riforma Amato e Dini, non ancora superato completamente è il problema legato alla permanenza nel nostro ordinamento di una pluralità di regimi che consentono l'esistenza di norme diverse sia per quanto riguarda i livelli delle aliquote contributive destinate al finanziamento delle prestazioni, sia per quanto riguarda i requisiti di accesso e la misura della pensione. Tali differenze comportano degli impliciti trasferimenti finanziari pubblici a favore di alcune categorie di assicurati a danno di altre senza che tali trasferimenti seguano un logica redistributiva solidaristica che dovrebbe essere propria di un sistema previdenziale pubblico. L'esistenza di un ordinamento così segmentato non consente di far emergere in tutta la sua evidenza tale realtà. Infatti, tutte quelle gestioni che o perché di giovane costituzione o perché a causa di un

contingente momento favorevole dal punto di vista occupazionale godono di un miglior rapporto tra pensionati e attivi sono in grado di erogare prestazioni migliori a parità di aliquota o di sottoporre i propri iscritti a minori oneri contributivi a parità di prestazioni. Tali gestioni sono pertanto gelosissime della propria autonomia finanziaria fintantoché sono in grado di giustificare tali diversità di trattamento sulla base di avanzi di esercizio. Autonomia finanziaria cui queste categorie sono pronte a rinunciare non appena comincino a manifestarsi segni di squilibrio addossando l'onere dei migliori trattamenti in pagamento a carico della collettività.

Com'è noto la legge di riforma del sistema pensionistico obbligatorio ha delegato al Governo l'obiettivo di armonizzare ai criteri generali in essa definiti, i requisiti di accesso e le modalità di computo delle prestazioni pensionistiche dei regimi sostitutivi dell'assicurazione generale obbligatoria operanti presso l'INPS, l'ENPALS e l'INPDAI, e dei trattamenti di alcune categorie di lavoratori appartenenti alle forme esclusive dell'assicurazione generale obbligatoria.

Allo stato attuale le deleghe esercitate dal Governo, oppure quelle che hanno intrapreso l'iter parlamentare, sono quelle riportate nella tavola che segue delle quali si riassumono gli effetti finanziari:

Effetti finanziari delle armonizzazioni dei regimi previdenziali ai sensi della legge n. 335						
	<i>1997</i>	<i>1998</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>
Fondo elettrici	102	140	176	206	206	206
Fondo telefonici	143	200	260	321	384	468
Fondo Volo	0	81	105	112	97	116
Previdenza agricola	0	44	127	211	304	398
ENPALS	33	50	65	78	92	108
ENPALS-calciatori	14	32	38	44	50	56
INPDAI	166	265	583	672	987	1 132
TOTALE	458	812	1 354	1 644	2 120	2 484

Come si vede i risultati finanziari non sono del tutto trascurabili. Purtroppo, la strada prescelta dal legislatore nella legge di riforma ha ratificato la legittimità dell'esistenza di regimi pensionistici diversi quando avrebbe dovuto prevederne il logico superamento. La ragione è connessa agli effetti redistributivi tra le diverse categorie di lavoratori che sono legati alla permanenza nel sistema di tali regimi. Quest'ultimi per quanto "armonizzati" manterranno in molti casi trattamenti ed istituti più favorevoli rispetto a quelli generali. La legge delega, infatti, prevedendo la tutela di specificità lavorative non meglio identificate comporta l'avvio di un lungo processo di transizione nell'applicazione coerente delle norme armonizzate, quando addirittura non apre lo spazio alla conservazione dell'esistente.

Pertanto, è auspicabile che tutte le gestioni della previdenza obbligatoria vengano unificate e al contempo che tutti gli iscritti godano delle stesse regole di base oppure, in alternativa, l'autonomia gestionale e finanziaria degli enti previdenziali deve essere consentita solo a condizione che vengano ridefinite le regole di autosufficienza finanziaria di tali regimi sulla base di bilanci tecnici previsionali di lungo periodo. In base a quest'ultimi è necessario prevedere, per legge, gli interventi correttivi necessari sia relativamente all'adeguamento della contribuzione che del livello delle prestazioni. Ove emergesse con evidenza la loro insostenibilità prevederne la confluenza nell'Assicurazione generale obbligatoria riconoscendo agli iscritti i soli diritti pensionistici sulla base delle regole generali e non di quelle specifiche previste dai singoli fondi.

Estensione del pro-rata agli assicurati con almeno diciotto anni di anzianità contributiva al 31 dicembre 1995

L'accelerazione del processo di transizione può essere ottenuta estendendo l'applicazione del metodo contributivo anche ai soggetti con almeno diciotto anni di anzianità al momento dell'entrata in vigore della riforma. L'effetto finanziario prodotto ha il pregio di essere strutturale e di manifestarsi nella sua pienezza nel medio periodo e cioè nel periodo di massima crisi demografica e finanziaria del sistema. Inoltre, consente l'accelerazione del processo di convergenza delle diverse normative presenti nei vari regimi. Tale misura non consente risparmi significativi nel breve termine.

Adeguamento del prelievo contributivo e delle prestazioni dei fondi di previdenza dei lavoratori Autonomi

Adeguamento graduale dell'aliquota contributiva a quella in vigore presso il Fondo lavoratori dipendenti per tutti gli iscritti che in base alla normativa mantengono i benefici del sistema retributivo. Adeguamento graduale al 20 per cento per tutti gli altri soggetti o per quelli che operano per il sistema contributivo. L'adeguamento potrebbe essere limitato al 20 per cento nel caso in cui fosse estesa a tutti i soggetti l'applicazione del metodo contributivo pro-rata.

Pensione di anzianità

Erogazione della pensione di anzianità solo a condizione che il soggetto opti per l'applicazione integrale del sistema di calcolo contributivo e mantenimento degli attuali diritti pensionistici sulle modalità di calcolo della prestazione solo nel caso di pensionamento di vecchiaia. Tale misura consentirebbe di ridurre la misura della pensione in funzione degli anni mancanti all'età per la pensione di vecchiaia e di evitare un'eccessiva rigidità nella scelta dell'età di pensionamento che potrebbe avere riflessi negativi sia per quanto riguarda il *turn-over* degli occupati che sugli equilibri di breve periodo del sistema pensionistico. Tale misura presuppone il superamento dei problemi applicativi riguardanti la ricostruzione della carriera retributiva individuale attraverso una procedura approssimata a calcolo.

Metodo di calcolo a regime

Volendo conseguire una riduzione dell'aliquota di equilibrio si potrebbe spostare all'età di 65 anni l'obiettivo di tasso di sostituzione della pensione posto a 62. Ciò consentirebbe una riduzione di oltre 5 punti percentuali (paragrafo 7). Il range di età pensionabile dovrebbe essere mantenuto tra i 57 e 65 anni. Si propone, inoltre, di modificare la revisione dei coefficienti di trasformazione secondo quanto esposto nel testo (paragrafo 6).

Bibliografia

- H.J. Aaron (1966), *"The social insurance paradox"*, Canadian Journal of Economics and Political Science.
- M. Antichi (1993), *"Riflessioni sull'equivalenza tra contributi previdenziali e pensione"*, Economia pubblica, n.11, novembre.
- M. Antichi, P. Giarda (1994), *"E il pensionato ringrazia"*, Il sole 24 ore, 25 giugno.
- M. Antichi (1995), *"Considerazioni sulla sostenibilità della riforma del sistema pensionistico"*, Quaderni di economia e finanza, n.2.
- R. Aprile(1995), *"Alcune osservazioni in merito al progetto di riforma pensionistico del Governo"*, mimeo.
- R. Aprile, S. Fassina, D. Pace (1995), *"Equilibrio ed equità in un sistema pensionistico a ripartizione: un'ipotesi di riforma"*, mimeo.
- P. Bosi (1995), *"Osservazioni sul disegno di legge sulla Riforma del sistema pensionistico e complementare"*, Commissione tecnica per la spesa pubblica, raccomandazione n. 4 , Ministero del tesoro, giugno.
- O. Castellino (1995), *"La previdenza sociale dalla riforma Amato alla riforma Dini"*, Rivista internazionale di scienze sociali, luglio.
- O. Castellino, E. Fornero (1996), *"Privatizzare la previdenza sociale? Condizioni, modalità e limiti"*, Dipartimento di scienze economiche e finanziarie "G. Prato", Università degli studi di Torino, Quaderno n. 28, ottobre.
- C. Dell'Aringa *et al.* (1993), *"Le carriere retributive nel pubblico impiego"* , Commissione tecnica per la spesa pubblica, ricerca n. 2, Ministero del tesoro, febbraio.
- G. Faustini (1995), *"Il finanziamento del sistema pensionistico pubblico: il concorso dello Stato per la quota parte di ciascuna mensilità di pensione"*, mimeo, giugno.
- S. Gronchi (1994), *"I rendimenti impliciti della previdenza obbligatoria: un'analisi delle iniquità del sistema"*, RGS-Ministero del tesoro, maggio.
- INPS (1995), *"IL MODELLO INPS: Una proiezione al 2030 del Fondo pensioni lavoratori dipendenti e delle Gestioni pensionistiche dei lavoratori autonomi"*, mimeo.
- F. Padoa Schioppa Kostoris (1995), *"A proposito dei tassi di rendimento interno sui neopensionati italiani: 1995-2001"*, ISPE, Documenti di lavoro n. 22, Roma, marzo.
- F. Peracchi e N. Rossi (1995), *"Nonostante tutto, è una riforma"*, Lavoro presentato alla Conferenza "Le nuove frontiere della politica economica" organizzata dall'IGIER, Il sole-24ore e Bear Stearns, Milano, giugno.

Ragioneria generale dello Stato (1995), *“Il progetto di riforma del sistema pensionistico pubblico presentato dal Governo (le tendenze di medio-lungo periodo del FPLD)”*, Ragioneria Generale dello Stato, Ministero del tesoro, luglio.

Ragioneria generale dello Stato (1996), *“Tendenze demografiche e Spesa pensionistica: alcuni possibili scenari ”*, Ragioneria Generale dello Stato, Ministero del tesoro, giugno.

Ragioneria generale dello Stato (1997), *“Sanità, Scuola e Pensioni: le nuove previsioni basate sugli scenari demografici Istat”*, Ragioneria Generale dello Stato, Ministero del tesoro, febbraio.

D. Roseveare, W. Leibfritz, D. Fore e E. Wurzel (1996), *“Ageing populations, Pension system and Government budgets: simulations for 20 OECD countries”*, OECD, Working papers n. 168, Paris.

Un esempio

Aurelio e Renato sono due individui veri, amici dell'autore, che avevano iniziato a lavorare nel 1954 e iscritti sin dall'inizio al Fondo Pensioni dei Lavoratori Dipendenti dell'Inps. Il 1 gennaio 1994 dopo 40 anni di servizio e all'età di 60 anni si sono ritirati dal lavoro. Entrambi avevano iniziato la loro carriera lavorativa con una retribuzione lorda di 500.000 lire circa che era cresciuta per Aurelio fino a 70 milioni lordi all'anno e per Renato fino a 50 milioni. In base alla legislazione vigente le pensioni corrisposte dall'Inps ad Aurelio e Renato sono state pari, rispettivamente, a 51.827.000 e a 38.608.000 lire. Cosa sarebbe successo alle pensioni di Aurelio e di Renato se avessimo applicato loro la nuova normativa prevista dalla L. 335/1995 ?

Aurelio e Renato, sulla base dei contributi "computati" in base al 33 % delle retribuzioni annue effettivamente percepite, avrebbero maturato, rispettivamente, un montante contributivo di 787.314.000 e di 662.231.000 lire. Le pensioni che conseguentemente i nostri due amici avrebbero maturato sulla base delle nuove regole contributive, applicando il coefficiente di trasformazione dei 60 anni al montante(0.05163), sarebbero state pari a 40.649.000 per Aurelio e a 34.191.000 per Renato. Inferiori a quelle che invece l'Inps ha loro corrisposto: del 21.6% nel caso di Aurelio e dell'11.4% nel caso di Renato. L'importo è naturalmente legato all'età di pensionamento.

Le pensioni di Aurelio e di Renato dopo la riforma del sistema pensionistico obbligatorio

	Aurelio	Renato
<i>Pensione:</i>		
INPS	51.827.000	38.608.000
Contributiva	40.649.000	34.191.000
"Amato" a regime	34.416.000	27.296.000

<i>Tasso di crescita reale:</i>	<i>1954-1994</i>
del Pil	3,85%
retribuzione di Aurelio	4,70%
retribuzione di Renato	3,80%

**COMMISSIONE PER L'ANALISI DELLE
COMPATIBILITÀ MACROECONOMICHE
DELLA SPESA SOCIALE**

***DUE SCENARI PER IL POSSIBILE SVILUPPO
DELLA POPOLAZIONE ITALIANA AL 2044***

*a cura di Ornello Vitali **

Allegato 2 al Documento di base n. 5

* Al documento ha collaborato la dott. Paola Giacomello.

Sommario

1. Ipotesi di base; 2. Principali risultati ottenuti;

1. Ipotesi di base

1.1 - Le previsioni della popolazione italiana distinta per sesso e per classi quinquennali di età, sono state formulate utilizzando un metodo previsionale analitico che consiste nell'applicare al *contingente iniziale di popolazione anagrafica recentemente fornito dall'Istat, dopo la revisione della struttura per età censuaria, al 1/1/1994*, tassi di fecondità e di sopravvivenza previsti per il periodo 1994/2044.

Sono stati adottati due scenari. Nel primo scenario (Ipotesi A) la *fecondità* è stata mantenuta costante sui livelli osservati al 1994 (TFT=1,21) per tutto il periodo di previsione; nel secondo scenario, si è adottata una sua evoluzione tendenziale (analoga a quella ipotizzata dall'Irp).

Per la *mortalità* è stata ipotizzata una diminuzione, in misura analoga nei due scenari, seguendo le indicazioni fornite dall'IRP nelle sue ultime previsioni¹. In questo studio, e di conseguenza anche nel nostro, si è prevista una vita media alla nascita pari ai valori riportati nella seguente Tab. 1.

Tab. 1			
Tasso di fecondità totale e vita media alla nascita previsti per il periodo '94-2044			
<i>Anni</i>	<i>TFT</i>	<i>e° Maschi</i>	<i>e° Femmine</i>
1994/1998	1,21	75,42	81,94
1999/2003	1,05	76,50	82,97
2004/2008	0,92	77,41	83,85
2009/2013	*	78,19	84,61
2014/2018		78,58	84,99

* Dal 2004 in poi il TFT è stato mantenuto costante e dopo il 2014 è stata mantenuta costante anche la speranza di vita alla nascita.

Con riferimento al *movimento migratorio* si è ipotizzato un saldo nullo poichè una valutazione dei movimenti migratori si sarebbe dovuta fare sulla base di un'analisi retrospettiva dei dati anagrafici, che, visti i risultati dell'ultimo censimento demografico, presentano uno scarso grado di attendibilità, indicando segni contrari a quelli comunemente attesi.

1.2 - Prima di passare ai risultati ottenuti, vogliamo precisare che le varie ipotesi formulate sono state combinate tra loro - si veda il prospetto di seguito riportato - in modo da ottenere, gli scenari più probabili; il loro numero potrebbe aumentare combinando le varie ipotesi che si sono formulate sulle componenti demografiche. Inoltre, si vuole sottolineare il fatto che questi risultati, visto il breve tempo a disposizione per effettuare le previsioni, potranno subire lievi

¹ Si veda Istituto di ricerche sulla popolazione, *Tre scenari per il possibile sviluppo della popolazione delle regioni italiane al 2044*, Roma, 1995.

modifiche qualora le tecniche di previsione della fecondità e della mortalità richiedessero ulteriori affinamenti.

<i>Mortalità</i>	<i>Fecondità</i>	
	<i>costante</i>	<i>tendenziale</i>
<i>Tendenziale</i>	A	B

2. Principali risultati ottenuti

2.1 - Secondo entrambe le ipotesi la popolazione italiana perderebbe, nel periodo di previsione, la sua caratteristica di popolazione in aumento dato che la sua consistenza si aggirerebbe sui 42,3 milioni di unità nell'ipotesi A e 38,2 milioni circa nell'ipotesi B. Il confronto con le previsioni RGS secondo le ipotesi A2, A1 e B1² (si veda Tab. 2) evidenzia per tali previsioni degli ammontari molto più elevati che evidentemente derivano da ipotesi sulla sopravvivenza molto vantaggiose.

A titolo informativo si sono inserite nella Tab. 2 anche le previsioni IRP pubblicate nel 1995 che più si avvicinano a quelle considerate per le ipotesi sottostanti³.

Tab. 2							
Popolazione in milioni							
<i>Anni</i>	<i>Ipotesi A</i>	<i>RGS A2</i>	<i>IRP (c)</i>	<i>Ipotesi B</i>	<i>RGS A1</i>	<i>RGS B1</i>	<i>IRP (d)</i>
1994	57,1	57,1	57,1	57,1	57,1	57,1	57,1
2004	57,6	57,1	57,1	57,3	57,1	57,2	56,3
2014	55,8	55,4	55,7	54,4	55,5	56,1	53,5
2024	52,3	52,2	52,7	50,1	52,5	53,5	49,2
2034	48,9	48,3	48,8	46,1	48,8	50,2	43,7
2044	42,3	43,1	43,9	38,2	44,0	45,5	37,3

2.2 - Naturalmente i risultati diversi non riguardano solo l'ammontare complessivo della popolazione ma, con divergenze indubbiamente più interessanti, anche gli indici di vecchiaia e di dipendenza degli anziani (si vedano la tabella 3 e le figg.1A ,1B, 2A e 2B allegate). Le differenze rilevate tra le nostre previsioni e quelle proposte dalla Ragioneria Generale dello Stato ci

2 Si ricorda che l'ipotesi RGS A1 prevede fecondità e mortalità tendenziale; l'ipotesi RGS A2 adotta fecondità costante e mortalità tendenziale; l'ipotesi B1 adotta fecondità tendenziale e mortalità bassa

3 IRP, *Tre scenari per il possibile sviluppo della popolazione delle regioni italiane al 2044*, Roma, 1995; in tale pubblicazione l'ipotesi c, adotta fecondità costante e mortalità decrescente e l'ipotesi d, adotta fecondità e mortalità decrescenti.

appaiono abbastanza consistenti soprattutto nei confronti degli indici di vecchiaia; per quanto riguarda la previsione con andamenti tendenziali (previsione B) le nostre appaiono più vicine a quelle IRP di quanto non lo siano quelle RGS.

Tab. 3
Principali indicatori demografici

Anni	Ipotesi A	RGS A2	IRP (c)	Ipotesi B	RGS A1	RGS B1	IRP (d)
<i>Indice di vecchiaia</i>							
1994	72,94	72,73	72,95	72,94	72,73	72,73	72,95
2004	118,09	95,00	99,13	122,16	100,00	105,26	106,59
2014	155,19	122,22	125,22	182,94	122,22	127,78	160,91
2024	205,31	166,67	164,01	274,88	166,67	173,33	246,06
2034	252,64	228,57	209,30	348,18	221,43	235,71	345,88
2044	324,12	284,62	239,85	512,29	257,14	264,29	466,89
<i>Indice di dipendenza degli anziani</i>							
1994	26,06	25,81	26,06	26,06	25,81	25,81	26,06
2004	35,23	31,15	31,42	35,23	30,65	32,79	31,42
2014	42,46	36,67	37,92	42,46	36,67	38,33	37,92
2024	49,63	41,67	43,98	50,21	42,37	44,83	45,12
2034	60,28	58,18	57,41	62,94	57,41	62,26	62,66
2044	82,53	74,00	70,76	92,41	72,00	77,08	84,26

