

DUE INTRODUZIONI
**alla storia dello stato sociale
e delle politiche sanitarie italiane**

**Lecture per il colloquio di ammissione
al CdS di Politiche e servizi sociali 2020-2021**

SERIE SAGGI E RICERCHE
VOLUME VII

MAURIZIO FERRERA

VALERIA FARGION

MATTEO JESSOLA

ALLE RADICI DEL WELFARE
ALL'ITALIANA

ORIGINI E FUTURO
DI UN MODELLO SOCIALE
SQUILIBRATO

Marsilio

© 2012 by Marsilio Editori® s.p. a. in Venezia

Prima edizione: novembre 2012

ISBN 978-88-317-1430-3

www.marsilioeditori.it

Realizzazione editoriale: in.pagina s.r.l., Venezia-Mestre

1. WELFARE ALL'ITALIANA: UN'INTRODUZIONE*

1. *Modelli di welfare: il caso italiano*

Lo stato sociale nacque in Europa verso la fine del XIX secolo in risposta alle sfide connesse al processo di modernizzazione. L'introduzione di schemi di protezione pubblica per i lavoratori diede il via a un processo di graduale socializzazione dei rischi e istituzionalizzazione della solidarietà fra individui e gruppi tramite la produzione di un nuovo tipo di diritti soggettivi: i diritti sociali, ossia spettanze garantite dallo Stato a trasferimenti in denaro o a prestazioni in natura in caso di eventi prestabiliti lungo il corso di vita: malattia, disoccupazione, infortunio, vecchiaia e così via.

La sequenza temporale di sviluppo e il profilo istituzionale assunto dai nuovi schemi di protezione hanno registrato marcate variazioni fra i singoli Paesi e «famiglie di nazioni», con conseguenze decisive per il benessere e le *chances* di vita delle loro popolazioni. Fra le tante dimensioni di variazione identificate dalla letteratura, due sembrano essere state particolarmente rilevanti: la dimensione funzionale e quella distributiva. Nel primo caso, a variare è stata la composizione del paniere di rischi e bisogni coperti dal welfare pubblico e dunque direttamente o indirettamente «assicurati» tramite diritti-spettanze. Nel secondo caso a

* I capitoli 1 e 7 sono da attribuirsi a Maurizio Ferrera; Valeria Fargion ha scritto i paragrafi 2.2 e 2.3 del capitolo 2, e i capitoli 4 e 6; i paragrafi 1, 2.1 e 3 del capitolo 2, oltre ai capitoli 3 e 5 sono invece di Matteo Jessoula.

variare è stata invece la copertura sociale del paniere: la quota di popolazione assicurata, le regole di accesso (individuali e categoriali), l'intensità di protezione.

Nella prima metà del secolo scorso e soprattutto durante il cosiddetto «trentennio glorioso» (1945-75) tutti i Paesi hanno fatto enormi passi in avanti su ciascuna delle due dimensioni, allargando la gamma dei rischi tutelati ed estendendone la copertura. La distanza percorsa e la simmetria fra i due cammini hanno tuttavia dato luogo a diverse configurazioni, che si sono dimostrate particolarmente «vischiose» (ossia restie al mutamento) quando, esaurita l'età aurea della grande espansione, il welfare europeo è entrato in una nuova «età d'argento», caratterizzata da dilemmi di adattamento e ricalibratura rispetto al nuovo contesto socio-economico internazionale e domestico (Ferrera 2007).

Semplificando al massimo possiamo dire che le traiettorie evolutive del Novecento hanno generato quattro configurazioni prevalenti sotto il profilo funzionale e distributivo¹. La prima è quella nordica: qui troviamo i panieri più ricchi di tutele rispetto a rischi e bisogni e le forme di copertura più omogenee, inclusive e generose. In quest'area d'Europa il welfare state si è consolidato come *folkhemmet*, la «casa comune» di tutti i cittadini («universalismo»), che trovano in essa robuste protezioni lungo l'intero ciclo di vita. La seconda configurazione è quella anglo-sassone (estesa, fuori dall'Europa, a molti Paesi del Commonwealth). Qui il paniere è abbastanza ricco e soprattutto ben distribuito lungo il ciclo di vita: come voleva Beveridge, il welfare è presente e accessibile «dalla culla alla tomba». La copertura lascia però a desiderare: eccettuata la sanità (articolata su base universale), la protezione dello Stato è spesso filtrata dalla prova dei mezzi e tende perciò a creare un dualismo fra «ricchi», che possono accedere a tutele private od occupazionali, e «poveri», assistiti dallo Stato, in forme a volte stigmatizzanti e non sempre efficaci.

La terza configurazione è quella continentale. I Paesi di quest'area hanno in primo luogo camminato più lentamente che al

¹ Omettiamo qui il riferimento allo sviluppo del welfare nei Paesi dell'Europa Centrale e Orientale, che per ovvie ragioni hanno seguito una traiettoria evolutiva molto diversa da quella dei Paesi dell'Europa Occidentale (Cook 2010).

Nord, accumulando ritardi di sviluppo che sono stati colmati con difficoltà solo nell'ultimo ventennio. In secondo luogo, i sistemi di welfare continentali hanno adottato sin dalle origini un'impostazione fortemente assicurativa, imperniata sulla figura del lavoratore maschio capofamiglia (*male breadwinner*): ciò ha generato un gradiente di protezione che ha teso a privilegiare, da un lato, i rischi dell'età adulta ed anziana (e in particolare quelli tipicamente maschili), e le categorie occupazionali collocate nei settori centrali dell'economia dall'altro lato. Il welfare copre (quasi) tutti, ma in modo asimmetrico rispetto al ciclo di vita e alle divisioni di genere, nonché in modo segmentato rispetto alla struttura sociale.

La quarta configurazione è infine quella sudeuropea. Rispetto alle altre Europe sociali, nei Paesi di quest'area si notano non solo marcati ritardi di sviluppo, ma anche lacune e incoerenze su ciascuna delle due dimensioni e sulle loro interconnessioni. Sul piano funzionale l'enfasi è stata tradizionalmente posta sulla tutela della vecchiaia e la definizione dei rischi registra ridondanti segmentazioni (anzianità verso vecchiaia; disoccupazione verso occupazione parziale o «a zero ore»; carichi familiari «da figli» o da altri parenti e così via) e macroscopici buchi (come l'assenza di tutela per il rischio «mancanza di reddito»). Storicamente il paniere si è allargato dando per scontato il ruolo centrale della famiglia come primo ammortizzatore sociale. Dal canto suo, la copertura è diventata universale nel caso della sanità, ma è rimasta occupazionale e frammentata nel caso della previdenza, ove peraltro si notano picchi di generosità distributiva nei confronti degli insider e prestazioni modestissime (e in taluni casi assenti) per gli outsider. Assistenza e servizi sociali hanno tradizionalmente avuto carattere residuale, con pesanti conseguenze sia funzionali sia distributive che penalizzano con particolare intensità le donne e i giovani.

Consolidatesi durante la fase «aurea», queste configurazioni hanno raggiunto fra gli anni Settanta e Ottanta una stabilità inerziale che ha reso difficoltoso il riadattamento richiesto dalle trasformazioni socio-economiche della nuova età d'argento, con i suoi vincoli di austerità permanente². Data la sua elevata coerenza interna e la sua già ampia articolazione funzionale e copertura

² Sul punto ritorneremo più diffusamente nel capitolo conclusivo.

sociale, il welfare nordico ha saputo adattarsi in modo abbastanza rapido ed efficace al nuovo contesto (Kautto 2010). Gran Bretagna e Irlanda hanno invece dovuto fare i conti con la polarizzazione distributiva fra classi medie e *working poors*, che le nuove dinamiche economiche e occupazionali tendono inesorabilmente ad alimentare (Castles *et al.*, a cura di, 2010). I Paesi continentali stanno lottando dal canto loro per «scongelare» i tradizionali assetti bismarckiani, riorientando i loro panieri dai trasferimenti ai servizi – e più in generale verso prestazioni *women-friendly* – e contrastando le tendenze «dualizzanti» dei loro mercati del lavoro (Palier 2010). I Paesi sudeuropei sono quelli in condizioni di maggiore difficoltà, peraltro esacerbate dalla crisi finanziaria scoppiata nel 2008: l'entità delle misure necessarie di ricalibratura funzionale e distributiva è imponente, i vincoli di bilancio sono particolarmente stringenti, la forza di resistenza (anche politica) della vecchia configurazione e degli interessi organizzati che la sostengono sembra quasi insormontabile (Ferrera 2010)³.

All'interno del *cluster* sudeuropeo, l'Italia costituisce il caso più emblematico e insieme problematico. In prospettiva storica, il nostro Paese ha iniziato con precocità il cammino della protezione sociale: nel settore della disoccupazione, l'introduzione dell'assicurazione obbligatoria avvenne nel 1919, solo otto anni dopo il Paese precursore, ossia la Gran Bretagna. Negli anni Settanta, l'Italia fu il primo Paese a introdurre un servizio sanitario nazionale al di fuori dell'area anglo-scandinava. Accanto a questi successi evolutivi troviamo però macroscopici insuccessi, soprattutto nel settore della previdenza e dell'assistenza, i quali hanno ostacolato (e in parte ancora condizionano) il percorso di aggiustamento imposto dalle trasformazioni economico-sociali e dai vincoli di bilancio.

A partire dagli anni Ottanta, un'articolata letteratura politologica e sociologica ha messo in luce le anomalie comparative del welfare «all'italiana», nel quadro delle più generali debolezze del nostro sistema politico, economico e sociale (Ascoli, a cura di,

³ Per una rassegna sulla letteratura economica, sia di taglio empirico che teorico, sulla configurazione del welfare state, cfr. Franco, Marino, Tommasino (2010).

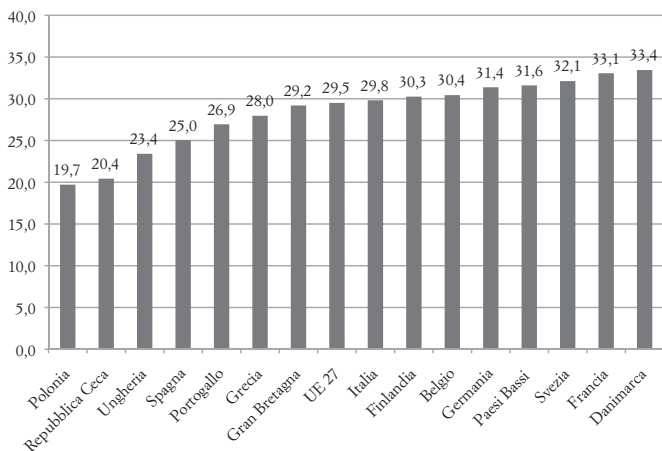
1984; Ferrera 1984; per una rassegna, Ranci 2004). Più di recente la sfera del welfare ha attratto crescente attenzione anche da parte degli storici, che hanno cominciato a ricostruire nei dettagli i percorsi evolutivi delle varie politiche sociali (Giorgi 2004; Minesso, a cura di, 2007; Silei 2004). Molti aspetti e dinamiche evolutive del nostro stato sociale restano però ancora da approfondire e chiarire. Poggiando sulle acquisizioni della letteratura, il presente volume si propone il seguente obiettivo: esplorare le fondamenta politico-istituzionali del nostro stato sociale al fine di comprenderne la logica formativa e di decifrare così la *ratio* genetica delle attuali peculiarità. Risalire alle «radici del welfare all'italiana» – come suona il titolo del libro – significa più precisamente identificare tre elementi nella loro concatenazione temporale: le giunture critiche in cui si sono aperte e/o chiuse le possibili alternative di percorso, gli snodi decisionali che hanno spinto il nostro Paese verso l'una o l'altra strada e la costellazione di attori (inclusa la loro logica d'azione) che hanno orientato quelle decisioni. Anche se il nostro interesse è focalizzato sul caso italiano, verrà tenuto presente il quadro storico-comparato, in modo da dare alla nostra indagine un respiro sistematico. Nel resto di questo capitolo introduttivo inquadreremo il nostro quesito di ricerca dal punto di vista empirico-descrittivo, analitico-teorico e infine metodologico, illustrando in conclusione la struttura dell'intero volume.

2. *La doppia distorsione e le sue origini temporali*

Come emerge chiaramente dalla figura 1.1, l'Italia spende per la protezione sociale una quota del PIL in linea con la media UE, e non troppo dissimile da quella del Regno Unito o della Finlandia⁴. Dal punto di vista delle sue dimensioni aggregate, il welfare state del nostro Paese non appare dunque significativamente deviante rispetto agli standard europei.

⁴ Il confronto è fatto sulla spesa lorda. I confronti effettuati sulla «spesa sociale pubblica corrente netta» confermano tuttavia la posizione dell'Italia fra i Paesi a spesa medio-alta, inferiore soltanto a quella di Belgio, Francia, Germania e Svezia (OECD 2007, p. 41).

Figura 1.1. La spesa sociale in percentuale al PIL, principali Paesi europei, 2009



Fonte: Eurostat online database.

La particolarità italiana sta nella composizione interna della spesa. La tabella 1.1 mostra che nel periodo 2000-08 gran parte della spesa sociale del nostro Paese è stata assorbita dalle funzioni «vecchiaia e superstiti» (59,1% del totale di contro a una media europea del 43,7%), ossia dal sistema pensionistico⁵. Le funzioni «famiglia», «disoccupazione» e «abitazioni ed esclusione sociale» appaiono invece marcatamente sottodimensionate: rispettivamente il 4,2%, 1,8% e 0,3%, di contro a valori europei pari al 7,8%, al 5,7% e al 3,3%. Nessun altro Paese (nemmeno gli altri Paesi mediterranei) registra una simile distorsione funzionale.

⁵ La spesa italiana per il rischio vecchiaia include il TFR. Ciò è conforme ai criteri Eurostat, che include in questa voce tutte le forme di «salario differito» quando finanziate da accantonamenti obbligatori per legge. Fino a tutti gli anni Ottanta la grande maggioranza delle «liquidazioni» veniva peraltro erogata all'atto del pensionamento, svolgendo di fatto la funzione di una prestazione integrativa forfetaria.

Tabella 1.1. Spesa sociale per settore, % spesa sociale totale, media 2000-08

	Famiglia/ minori	Disoccupa- zione	Malattia e disabilità	Vecchiaia e superstiti	Abitazioni ed esclusione sociale
UE 15	7,8	5,7	35,6	43,7	3,3
Germania	10,5	6,8	36,3	40,6	2,1
Spagna	5,4	10,6	37,8	42,1	1,8
Francia	8,2	6,7	33,5	41,9	4,1
Italia	4,2	1,8	30,7	59,1	0,3
Svezia	9,4	5,4	40,4	39,0	3,8
Gran Bretagna	6,5	2,6	38,5	43,3	6,1

Fonte: rielaborazione da Eurostat online database.

L'Italia presenta inoltre una seconda distorsione, di natura distributiva. All'interno delle varie funzioni di spesa, compresa quella pensionistica, vi è un netto divario di protezione (accesso alle prestazioni e loro generosità) fra le diverse categorie occupazionali. È vero che tutti i welfare state continentali presentano, come si è detto, un certo grado di segmentazione e giustapposizione fra inclusi ed esclusi, insider e outsider. Ma anche in questo caso la situazione italiana presenta caratteri di eccezionalità in seno allo stesso raggruppamento dei sistemi bismarckiani e sudeuropei.

La figura 1.2 fornisce una visualizzazione illustrativa degli squilibri italiani. Sull'asse orizzontale è collocata la distorsione funzionale, ossia l'iper-protezione del rischio «vecchiaia e superstiti» a discapito dei rischi e bisogni collegati ad altre fasi del ciclo di vita (come povertà, presenza di figli, esigenze di cura e servizi all'interno della famiglia, disagio abitativo, sostegni all'inserimento e alla formazione professionale e così via)⁶. Sull'asse verticale è collocata invece la distorsione distributiva.

⁶ La figura non considera il rischio di malattia: dal 1978 esiste infatti in Italia un servizio sanitario nazionale a copertura universale.

Figura 1.2. La «doppia distorsione» del welfare state italiano

		Distorsione funzionale	
		Vecchiaia e superstiti	Altri rischi
Distorsione distributiva	Garantiti	++++	+++
	Semi-garantiti	++	+
	Non garantiti	+	-

Fonte: elaborazione dell'autore.

La figura identifica tre diversi gruppi sociali. Il gruppo dei «garantiti» è essenzialmente composto dai lavoratori dipendenti delle amministrazioni pubbliche e delle grandi imprese. La loro protezione è tradizionalmente stata molto elevata (++++) nel caso delle pensioni ed è più o meno in linea con gli standard europei nel caso dei rischi diversi dalla vecchiaia (+++)⁷. Il secondo gruppo è quello dei «semi-garantiti»: esso è composto da una variegata combinazione di lavoratori dipendenti (piccole imprese, settori tradizionali come l'edilizia o l'agricoltura), lavoratori autonomi (come piccoli commercianti o piccoli artigiani) e lavoratori «atipici». Per quanto riguarda il rischio «vecchiaia» (++) la forma di protezione tipica di questo gruppo è stata e in larga parte è ancora la pensione «al minimo» (o di poco superiore al minimo), mentre per quanto riguarda i rischi diversi dalla vecchiaia le prestazioni e le tutele sono assai limitate negli importi e nella durata (+) oppure assenti. Il terzo gruppo è infine composto dai «non garantiti». Qui troviamo tipicamente quei lavoratori che restano relegati nell'economia sommersa (ancora molto diffusa, soprattutto nel Mezzogiorno), senza riuscire a conquistare un ancoramento stabile e duraturo con il mercato del lavoro regolare⁸.

⁷ Le integrazioni salariali e le indennità di mobilità sono tuttavia in media più generose di quelle degli altri Paesi. I segni + e - mirano unicamente a fornire un'idea della presenza/assenza di spettanze di protezione e della loro generosità relativa. Per una descrizione dettagliata delle varie prestazioni e delle loro formule di computo rimandiamo ai capitoli successivi.

⁸ In buona misura anche i giovani in cerca di prima occupazione fanno parte dei non garantiti.

Tabella 1.2. Tassi di rimpiazzo per alcune prestazioni sociali, 1990

	Vecchiaia ⁹		Disoccupazione ¹⁰	
	Italia	UE ¹¹	Italia	UE
Tutela forte	89	75	80 (24)	
Tutela media	19	36	26 (6)	61 (14)
Tutela debole	14	28	-	22 ¹²

Fonte: European Commission (1993) e Ferrera (1996).

Il rischio «vecchiaia» è in qualche modo tutelato anche per questi lavoratori, grazie all'esistenza della pensione o assegno sociale (+): una prestazione *means-tested*, rivolta agli anziani sprovvisti di reddito e di importo inferiore alla pensione minima. Per quanto riguarda gli altri rischi (fatto salvo il rischio di malattia), questi lavoratori non godono invece di nessuna tutela istituzionalizzata (-).

In prospettiva storica, la doppia distorsione del welfare italiano raggiunse il suo acme a cavallo fra gli anni Ottanta e Novanta, sulla scia lunga della grande espansione postbellica e prima che prendesse avvio il faticoso (e lentissimo) processo di ricalibratura. La tabella 1.2 riporta alcuni dati qualitativi riferiti proprio a quel periodo, per i rischi «vecchiaia» e «disoccupazione». Dalla tabella emerge con chiarezza la distorsione distributiva: nel caso delle pensioni la tutela «forte» ha un valore chiaramente più elevato della media UE, mentre le tutele «media» e «debole» sono inferiori. Nel settore della disoccupazione la tu-

⁹ Prestazione ricevuta al momento di pensionamento in % della retribuzione media netta di un operario del settore manifatturiero. Tutela forte: anzianità contributiva massima possibile. Media: anzianità contributiva minima/minimo legale. Debole: prestazione non contributiva.

¹⁰ Prestazione ottenuta da un ex lavoratore dipendente disoccupato senza familiari a carico. Tutela forte: indennità di mobilità/integrazione salariale a zero ore. Tutela media: indennità ordinaria (standard) di disoccupazione. Tutela debole: reddito minimo garantito. Fra parentesi la durata massima in mesi della prestazione (primo periodo, nel caso di prestazioni degressive).

¹¹ UE12, esclusi Italia, Grecia, Spagna e Portogallo.

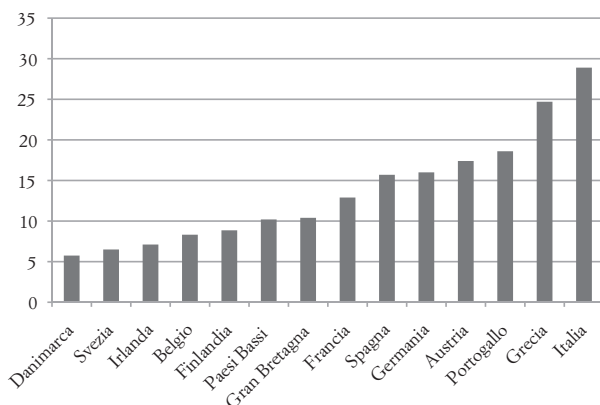
¹² In % del PIL pro capite.

tela forte (cassa integrazione o mobilità) esiste praticamente solo in Italia, mentre la tutela media è inferiore al valore UE. La riga della tutela debole riporta il valore del reddito minimo garantito (prestazione di ultima istanza contro il rischio di povertà/esclusione per chi non ha reddito e occupazione): per il nostro Paese il valore è (tuttora) pari a zero data l'assenza di qualsiasi diritto-spettanza disciplinato dalla legge, mentre la media UE (1990) era pari al 22%.

Volgiamo ora l'attenzione ai dati di spesa. Dalle ricerche comparate sappiamo che la polarizzazione funzionale raggiunse picchi accentuati proprio nel corso del quindicennio 1985-2000. La figura 1.3 riporta un indicatore elaborato da Lynch (2006): l'*elderly/non elderly spending ratio* (ENSR)¹³. Si tratta del rapporto fra le prestazioni rivolte agli anziani e quelle rivolte ai non anziani (in particolare: prestazioni per minori, famiglie e disoccupati), il quale cattura l'orientamento per età (*age orientation*) di un dato sistema di protezione. Come si vede l'Italia si conferma come il Paese di gran lunga più squilibrato in riferimento a quel quindicennio, soprattutto se raffrontato ai Paesi anglo-scandinavi.

¹³ Si vedano Franco, Marino, Tommasino (2010) per una proposta alternativa di indice volto a catturare l'*age orientation* di un sistema di welfare.

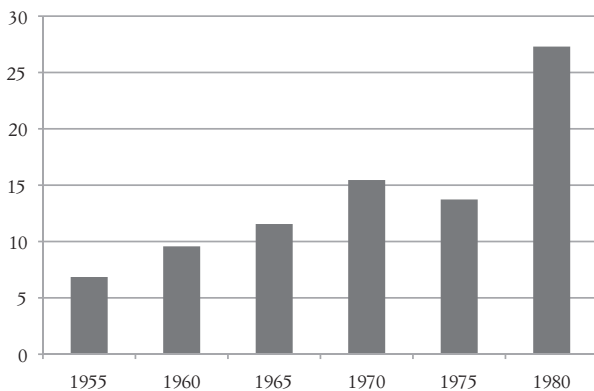
Figura 1.3. Elderly/non-elderly spending ratio (ENSR), media 1985-2000



NB: Lynch applica una correzione per le dimensioni relative della popolazione anziana in ognuno dei Paesi OCSE. «Elderly» include: pensioni di vecchiaia e prepensionamenti, superstiti, servizi per gli anziani e i non auto-sufficienti. «Non-elderly» include: servizi per la famiglia, assegni familiari, disoccupazione, politiche attive per il lavoro, indennità d'infortunio, maternità e malattia. Sono esclusi: pensioni di invalidità, abitazione, altre spese di assistenza sociale.

Fonte: Lynch (2006, p. 30).

Figura 1.4. Elderly/non-elderly spending ratio (ENSR), Italia 1955-80



Note: «Elderly» include le pensioni, esclusa l'invalidità. «Non-elderly» include assegni familiari e sussidi di disoccupazione.

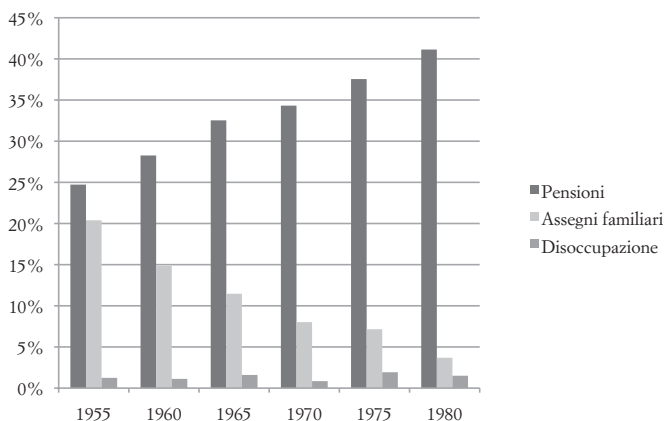
Fonte: rielaborazione dei dati contenuti in Ferrera (1984).

Per cercare le radici della doppia distorsione è necessario retrocedere nel tempo e identificare il periodo storico antecedente al 1985 in cui tale distorsione cominciò a manifestarsi.

Non abbiamo a disposizione dati comparati, ma la figura 1.4 ricostruisce l'indicatore ENSR (in una versione semplificata) per l'Italia, in riferimento al periodo 1955-80. Dalla figura emergono due decisive indicazioni: il disequilibrio interno della spesa sociale italiana «esplose» negli anni Settanta, ma il motore della distorsione si attivò già nel decennio precedente. Mentre alla metà degli anni Cinquanta la struttura della spesa appariva ancora relativamente equilibrata (con un ENSR pari a quello della Danimarca nel periodo 1985-2000), alla fine del decennio successivo lo squilibrio era già ben visibile, superiore a quello dei Paesi continentali. Quali componenti di spesa furono responsabili di quegli andamenti? La figura 1.5 fornisce la risposta: il «trentennio glorioso» registrò in Italia una continua e pronunciata contrazione delle prestazioni familiari e una sostanziale stabilità delle prestazioni di disoccupazione all'interno della spesa complessiva, a fronte di una crescita inarrestabile della spesa pensionistica. La tabella 1.3 conferma a sua volta che l'aumento della spesa pensionistica fu essenzialmente dovuto al costante miglioramento della pensione di vecchiaia dei «garantiti»: le pensioni minime rimasero stabili, mentre il valore relativo delle indennità di disoccupazione e degli assegni familiari diminuì sensibilmente fra il 1965 e il 1980¹⁴.

¹⁴ La forte diminuzione del tasso di rimpiazzo delle indennità di disoccupazione evidenziato dalla tabella 1.3 non è immediatamente riflesso nell'andamento della spesa aggregata per disoccupazione indicata nella figura 1.5 perché in quella spesa è inclusa anche la cassa integrazione.

Figura 1.5. Percentuale della spesa sociale per pensioni, assegni familiari e disoccupazione in Italia dal 1955 al 1980, % spesa sociale totale



Fonte: rielaborazione dei dati contenuti in Ferrera (1984).

Sulla base di tutti questi dati possiamo giungere a due conclusioni che consentono di caratterizzare e contestualizzare con più precisione il nostro *explanandum*: 1) la distorsione del modello di welfare italiano prese avvio negli anni Cinquanta, per accelerare progressivamente nei due decenni successivi; 2) essa non ha origini genetiche, ma evolutive: è stata il risultato di scelte effettuate durante l'età dell'oro, che hanno squilibrato l'*age orientation* del nostro welfare (ma anche il suo orientamento distributivo) verso le pensioni e dunque gli ex lavoratori a tutto sfavore dei rischi tipici delle fasi di vita anteriori al pensionamento e quindi delle politiche a sostegno della famiglia, dei minori, dei disoccupati. È dunque in queste due direzioni che indirizzeremo la nostra ricerca nei capitoli successivi, cercando di capire quando, esattamente, e perché, esattamente, durante il consolidamento della Prima Repubblica si scelse di imboccare un sentiero evolutivo anomalo sia rispetto alle scelte originarie pre-1945 sia rispetto agli altri Paesi europei.

Tabella 1.3. Tassi di rimpiazzo effettivi di alcune prestazioni, 1965-80 (% della retribuzione media lorda del lavoro dipendente)

	1965	1970	1975	1980
Pensione di vecchiaia (regime generale INPS)	24,8	24,9	27,3	31,2
Pensione minima:				
- regime generale	22	21	21	23
- lavoratori autonomi	12	15	20	21
Indennità ordinaria di disoccupazione	12,7*		8,6**	
Assegni familiari	3,7	3,6	3,3	1,7

* 1967

** 1974

NB: I tassi di rimpiazzo sono stati calcolati come segue: la spesa complessiva per ciascun tipo di prestazione è stata divisa per il numero di prestazioni erogate nell'anno; tale importo è stato rapportato alla retribuzione annua lorda media dei lavoratori dipendenti (tutti i settori).

Fonte: Ferrera (1984) e bibliografia ivi citata.

3. In cerca di radici: percorsi esplicativi

L'edificio istituzionale del welfare state poggia su un contesto economico e sociale che ha sicuramente contribuito a modellare le sue forme nel tempo, promuovendo peraltro l'emergenza di forme diverse nei vari Paesi. Le caratteristiche di contesto hanno incentivato l'adozione di alcune soluzioni di *policy* piuttosto che altre: la frammentazione istituzionale dei modelli continentali e sudeuropei, ad esempio, è senz'altro un riflesso di mercati del lavoro fortemente segmentati (industria verso agricoltura, lavoro dipendente verso lavoro autonomo, economia formale verso economia informale e così via). Le caratteristiche dei gruppi sociali presenti nel contesto (attori «di classe», chiese, associazioni di varia natura) hanno a loro volta teso a imprimere sul modello di welfare i propri orientamenti: pensiamo al ruolo svolto dai sindacati operai nel promuovere l'universalismo dell'area an-

glo-scandinava. A ragion veduta dunque buona parte della letteratura classica ha seguito piste esplicative di tipo contestualista, individuando nella «logica dell'industrialismo» (urbanizzazione, industrializzazione, alfabetizzazione, mutamenti demografici e così via) (come Wilensky, Lebaux 1964; Wilensky 1975), nella struttura occupazionale (come Flora 1986), nei rapporti di classe (come Korpi 1978) o nei profili di rischio (Baldwin 1990) le radici ultime delle diverse configurazioni istituzionali.

Oltre che al proprio contesto socio-economico, l'edificio del welfare ha però risposto anche a logiche di sviluppo interno, modellate dagli specifici progetti ideali dei suoi artefici più immediati (burocrazie, organismi di governo centrali e locali), dagli strumenti legislativi e amministrativi a loro disposizione, dalle regole prescritte dai vigenti sistemi istituzionali. A ragione altrettanto veduta, dunque, alcuni autori hanno abbandonato l'ottica di spiegazione contestualista per adottarne una istituzionalista. In questa seconda prospettiva i tratti del contesto socio-economico contano solo come sfondo più o meno distante; le particolari forme dell'edificio del welfare sarebbero piuttosto l'effetto combinato della cultura progettuale e della struttura istituzionale di riferimento, ivi inclusa (in senso dinamico) la cosiddetta eredità di politica pubblica (*policy legacy*), ossia il patrimonio di idee, schemi e programmi già esistenti e delle loro costrizioni inerziali (con effetti di retroazione sugli stessi contesti socio-economici). Gli studi classici di Hecló (1974) o Skocpol (1993) hanno messo bene in luce, ad esempio, il ruolo determinante delle burocrazie pubbliche e degli apparati statuali sulle diverse traiettorie di sviluppo del welfare in Svezia, Gran Bretagna e Stati Uniti, mentre Ashford (1986) ha delineato dal canto suo un approfondito affresco degli orientamenti culturali in tema di politica sociale in Francia e Gran Bretagna a cavallo fra Ottocento e Novecento, sottolineando il loro nesso con le prime scelte di *policy* effettuate da quei Paesi.

La letteratura più recente ha teso a sussumere le teorie contestualiste all'interno di un più ampio accostamento neoinstituzionalista a orientamento storico (*historical institutionalism*: cfr. *infra*), all'interno del quale si è peraltro sviluppata una terza prospettiva analitico-teorica che potremmo definire politico-processuale (Ferrera 1993), volta a evidenziare lo specifico condizionamento

esercitato sulla formazione e lo sviluppo del welfare dal processo politico in quanto tale. Come tutte le politiche pubbliche, anche i provvedimenti in campo sociale possono essere visti come (sotto-) prodotti della competizione per il potere: è dunque più che plausibile ipotizzare un nesso fra le regole e le modalità di quella competizione e le caratteristiche di quei provvedimenti. L'attenzione nei confronti della competizione politica si era già affacciata più volte anche nella letteratura classica, ad esempio all'interno del variegato dibattito su «does politics matter?» (Castles, a cura di, 1982), della scuola svedese sulle «risorse di potere» (Korpi 1989; Esping Andersen 1990) e del filone di studi sociologici e politologici di macro-storia comparata (Flora, Alber 1983; Alber 1983; Ferrera 1993). Nell'ultimo decennio la prospettiva politico-processuale ha assunto crescente centralità e articolazione analitico-teorica come chiave interpretativa del welfare, in riferimento non solo alla sua evoluzione novecentesca ma soprattutto alla più recente fase di ricalibratura e riforme (cfr. il dibattito sulle cosiddette *new politics of welfare* avviato da Pierson, a cura di, 2001).

In che misura e in che modo il dibattito esplicativo ha trattato le variazioni evolutive lungo le due dimensioni più sopra evidenziate, quella funzionale e quella distributiva? L'impatto distributivo del welfare sulla struttura sociale (e viceversa) è stato oggetto di abbondante attenzione, a partire soprattutto dalla letteratura sulle risorse di potere, che ha coniato i noti concetti di «de-mercificazione» e «de-stratificazione» e ha offerto analisi comparate molto approfondite sui loro fattori determinanti di natura politica e istituzionale (per una rassegna: Hicks, Esping Andersen 2005). La contrapposizione fra insider e outsider è stata esplorata anche in chiave evolutiva nelle sue dinamiche socio-politiche in riferimento ai welfare state bismarckiani (Rueda 2007), e vi è una discreta letteratura che si è specificamente focalizzata sui modelli sudeuropei e il caso italiano in particolare (Ferrera 1996, a cura di, 2005, 2010; Ascoli, a cura di, 2011), anche in seno a specifici settori di *policy* (Fargion 1997; Gualmini 1998; Jessoula 2009; Madama 2010; Maino 2001) e in ottica comparativa (Picot 2012). Dalle varie ricerche è emerso il ruolo chiave di due fattori politici che hanno significativamente contribuito a generare la distorsione distributiva del welfare all'italiana: la meccanica competitiva del «pluralismo polarizzato», da un lato, che ha esaltato la frammentazione istituzionale e

privilegiato sistematicamente gli insider, e il basso grado di statualità dell'apparato amministrativo, dall'altro lato, responsabile delle tante degenerazioni particolaristico-clientelari dei nostri schemi di trasferimento monetario. Nei capitoli successivi attingeremo abbondantemente a queste ricerche, cercando, ove possibile e necessario, di qualificare e raffinare i loro argomenti.

La letteratura comparata ha prestato molta meno attenzione alla dimensione funzionale del welfare, almeno secondo la caratterizzazione che ne abbiamo dato più sopra: l'ampiezza e la composizione del paniere di rischi socializzati e oggetto di solidarietà istituzionalizzata. I primi contributi della scuola contestualista avevano, è vero, già rivolto la propria attenzione al profilo demografico dei vari Paesi, ma solo per evidenziarne il potenziale esplicativo rispetto alle dinamiche aggregate di spesa (Wilensky 1975). Negli anni Ottanta e Novanta si è poi sviluppato un dibattito sul cosiddetto «potere grigio» e sulle «generazioni egoiste», ossia sulla pressione politica esercitate dalle associazioni e dai sindacati dei lavoratori più anziani e dei pensionati nel piegare a proprio favore l'allocazione della spesa sociale (Pampel, Williamson 1993; O'Higgins 1988). Questo dibattito non ha però fornito evidenze robuste a sostegno della propria ipotesi (lobby degli anziani più forti e distorsione funzionale). L'autrice che ha esplicitamente portato il tema del «paniere» al centro del dibattito storico-comparato è Julia Lynch (2006), che ha svolto un'approfondita e pregevole analisi quali-quantitativa sulla cosiddetta *age orientation* dei sistemi di welfare. I risultati della ricerca di Lynch meritano di essere riassunti e discussi da vicino, considerando che uno dei suoi casi-studio è proprio l'Italia (il secondo, con cui l'Italia viene comparata, è l'Olanda).

Lynch ha proposto un argomento esplicativo in chiave storico-istituzionalista, il cui punto di partenza è la grande divaricazione originaria che ha segnato il percorso del welfare state a cavallo fra l'Ottocento e il Novecento, quando furono introdotti i primi schemi pubblici di protezione. Come messo in luce da un'abbondante letteratura (Baldwin 1990; Flora 1986; Ferrera 1993 e 2005; Manow, Van Keesbergen, a cura di, 2009), l'alternativa istituzionale che si presentò ai *policy makers* in tale giuntura critica fu quella fra occupazionalismo (assicurazioni obbligatorie per gli operai, successivamente seguite da altre assicurazioni categoriali)

e universalismo (schemi onni-inclusivi con prova dei mezzi o senza). Secondo Lynch questa scelta pose le basi (anche se in modo un po' contro-intuitivo) per plasmare l'orientamento demografico dei welfare state nella seconda metà del Novecento. L'occupazionalismo privilegiò inizialmente i lavoratori più giovani: le assicurazioni obbligatorie erano rivolte ai dipendenti attivi, coprendo rischi come malattia, infortunio, disoccupazione. È vero che furono introdotti quasi subito anche i sistemi pensionistici: ma per ottenere una pensione bisognava maturare anche decenni di contribuzione. Fino a metà secolo nei sistemi bismarckiani gli anziani ricorrevano così principalmente alla famiglia o alla beneficenza. Durante il «trentennio glorioso» postbellico tuttavia le categorie coperte dagli schemi assicurativi originari (in particolare i lavoratori dipendenti dei settori economici centrali) si trasformarono in insider, la loro età media cominciò a crescere e per favorirli furono introdotte formule pensionistiche sempre più generose, che finirono per spiazzare i rischi tipici dei «giovani» e gli interventi per gli outsider. La scelta universalistica attivò una sequenza quasi specularmente opposta. All'inizio l'attenzione dei *policy makers* s'incentrò essenzialmente sugli anziani poveri: soprattutto in Gran Bretagna, ma anche in Scandinavia il movimento sindacale già forniva ai propri membri protezione contro i rischi più diffusi fra i lavoratori attivi tramite fondi sindacali e *friendly societies*; il rischio meno coperto era proprio la vecchiaia degli anziani poveri, meno inseriti in network familistico-assistenziali. Durante il «trentennio glorioso» in questi Paesi le pensioni pubbliche persero la loro natura di sussidio di povertà, ma continuarono a offrire una protezione relativamente bassa: per gli insider vennero mantenuti e rafforzati i fondi assicurativi non pubblici, con funzioni integrative. Lo Stato rivolse la sua attenzione agli outsider (disoccupati, lavoratori periferici, famiglie bisognose, *working poors* e così via) mantenendo un'*age orientation* molto più equilibrata rispetto ai sistemi bismarckiani.

Alla fine della Seconda guerra mondiale, i welfare state europei si ritrovarono di fronte a una nuova giuntura critica: per certi aspetti la guerra aveva fatto *tabula rasa* (ad esempio nei bilanci previdenziali) e dunque erano teoricamente possibili riforme di struttura e salti di percorso. Alcuni sistemi bismarckiani furono capaci di «saltare» e introdurre schemi altamente inclusivi e

relativamente generosi nel settore della disoccupazione (Germania) e delle prestazioni familiari (Germania, Francia, Olanda). Per rendere conto di questa seconda divaricazione, Lynch introduce nel suo schema esplicativo un secondo elemento: il carattere della competizione partitica. Nei sistemi politici in cui i partiti adottarono modalità di competizione «programmatica» (rivolta ad ampie categorie sociali e giustificata in nome dell'interesse generale), fu possibile saltare almeno parzialmente dall'occupazionalismo all'universalismo, evitando di cadere nelle trappole della doppia distorsione: è questo il caso dell'Olanda. Nei sistemi politici ove la competizione inter-partitica adottò modalità «particolaristiche» (offrendo benefici selettivi a interessi sociali concentrati, spesso micro-categorie, in cambio di voti), il salto non fu politicamente conveniente e si creò invece un terreno fertile per lo sviluppo di distorsioni funzionali e distributive: il caso tipico dell'Italia.

Lo schema esplicativo di Lynch ha senz'altro il pregio dell'originalità e della parsimoniosità. La comparazione ravvicinata dei casi olandese e italiano è attenta e poggia su ancoramenti empirici adeguati. Tuttavia, come è inevitabile nella ricerca storico-politologica basata sulla ricostruzione di casi, chi ha conoscenza approfondita del singolo caso tende a percepire più ciò che manca nell'analisi che ciò che è invece incluso. Con riferimento all'esperienza italiana, ci sembra di poter dire che il meccanismo causale illustrato da Lynch necessita di almeno tre integrazioni/correzioni: 1) una verifica più approfondita del ruolo giocato dai fattori di contesto (in particolare la struttura del mercato del lavoro e le sue pressioni, appunto, funzionali) nell'orientare le scelte allocative dei *policy makers*, soprattutto sul fronte dell'occupazione/disoccupazione; 2) una considerazione più esplicita dei fattori ideativi che hanno favorito il «pensionismo» e il «familismo ambiguo» (secondo la nota definizione di Saraceno 1994) del nostro modello di welfare: fattori collegati al retroterra «catto-comunista» degli attori politici responsabili delle scelte critiche; 3) un apprezzamento più puntuale del ruolo della competizione inter-partitica, evidenziandone non solo l'inclinazione «particolaristica» ma anche la direzione centrifuga, connessa alla sindrome del pluralismo polarizzato. Il nesso fra le specifiche caratteristiche della competizione inter-partitica italiana e le politiche sociali

è peraltro già stato messo in luce da nostri precedenti contributi (Fargion 1997; Ferrera 1993; Jessoula 2009). Nei prossimi capitoli verificheremo l'utilità e la portata di queste integrazioni, in modo da specificare e correggere le tesi generali di Lynch e fornire così un resoconto esplicativo storicamente contestualizzato ma anche sistematico delle anomalie italiane.

4. *Un approccio storico-istituzionalista*

Il titolo che abbiamo scelto per questo libro già incorpora, implicitamente, una scelta analitico-metodologica. L'espressione «welfare all'italiana» evoca una sindrome nazionale distintiva e chiunque abbia un po' di familiarità con il funzionamento concreto del nostro stato sociale e della discussione pubblica intorno ad esso tende inevitabilmente a interpretare la sindrome in termini di «anomalia» o comunque di questione problematica per le opportunità di vita dei cittadini italiani¹⁵. La metafora delle «radici» evoca dal canto suo un retroterra causale profondo, un processo di emergenza, crescita, differenziazione nel tempo. La nostra ricerca parte in altre parole da una domanda di alta rilevanza pubblica in merito a un fenomeno istituzionale «storicamente situato». Nella scienza politica contemporanea l'approccio più promettente e più praticato per trattare quesiti che hanno tali caratteristiche è l'istituzionalismo storico (IS), affermatosi con sempre maggiore successo nell'ultimo ventennio. Non è certo questa la sede per presentare e discutere l'approccio in quanto tale¹⁶. Ci

¹⁵ Vi sono, è vero, alcune voci dell'attuale dibattito che non condividono questo punto di partenza. Ricollegandoci alla nobile tradizione weberiana, riteniamo che ogni ricerca storico-sociale muova sempre da qualche premessa di valore (ciò che i neo-criticisti del Baden chiamavano *Wert-Beziehung*), dove per «valore» s'intende, semplicemente, un punto di riferimento esterno che renda un quesito meritevole di essere esplorato. Nel nostro caso, il punto di riferimento è, precisamente, la peculiarità dell'assetto italiano in chiave storico-comparata, nonché il giudizio largamente (anche se forse non universalmente) condiviso da studiosi ed esperti sul fatto che tale peculiarità abbia generato conseguenze non desiderabili sotto tanti profili.

¹⁶ La letteratura che presenta e discute l'approccio dell'IS è abbondantissima. Per un'introduzione e rassegna, rimandiamo a Steinmo (2008).

preme però ricordarne alcuni tratti distintivi che orienteranno la nostra analisi empirica nei prossimi capitoli.

Come suggerisce il nome, l'IS prende molto sul serio sia le «istituzioni» sia la «storia», attribuendo a entrambe un'accezione larga e teoricamente impegnata. Le istituzioni vengono considerate come pratiche sociali che con qualche persistenza incanalano, modellano e in una certa misura «costruiscono» le interazioni fra individui e fra gruppi. Tali pratiche sono tipicamente disciplinate da regole formali e poggiano su strutture e organizzazioni concrete, ma sono sempre ispirate da specifici presupposti cognitivi e normativi. Ad esempio, un sistema pensionistico consiste in una serie di disposizioni legislative circa l'obbligo assicurativo, le formule di contribuzione e di prestazione; opera per il tramite di organizzazioni quali enti, fondi, casse e così via; ma poggia anche su giudizi di fatto e di valore circa la natura e il carattere della vecchiaia, i tempi e i modi più appropriati di ritiro dal lavoro, le forme e l'intensità della solidarietà fra classi e generazioni e così via. E lo stesso si può dire per ciascuna delle politiche (degli ambiti funzionali) del moderno welfare state. Pur essendo individualmente riconoscibili, le istituzioni tendono a dar luogo a configurazioni o costellazioni istituzionali, con reciproci effetti di interazione fra le istituzioni che le compongono. Per l'IS, le istituzioni strutturano la politica, svolgono un ruolo decisivo dei processi di formazione e aggregazione delle preferenze (o degli interessi, degli obiettivi) dei vari attori, filtrano gli effetti delle decisioni collettive. A differenza degli approcci «strutturali» (ad esempio di matrice marxista o funzionalista), l'IS rifiuta sia la teleologia sia il determinismo. A differenza degli approcci pluralisti, l'IS riconosce tuttavia che comportamenti e motivazioni sono sempre «situati» e dunque che la metafora del «libero gioco fra attori» non sia in grado di cogliere i fattori che modellano, a monte, ruoli e obiettivi degli attori stessi, nonché i filtri (spesso non intenzionali e incapaci di generare «equilibrio») che orientano i processi di aggregazione. Naturalmente, anche se istituzionalmente condizionata, l'azione non è riducibile all'istituzione. Inoltre, non tutto è istituzione: le dinamiche più o meno spontanee che incessantemente si dipanano nella sfera economica, sociale e politica definiscono il contesto, l'ambiente entro cui le istituzioni nascono, vivono, e qualche volta muoiono. La relazione

fra ambienti e istituzioni è sempre biunivoca. Specialmente nelle fasi genetiche, sono le caratteristiche e le pressioni dell'ambiente a modellare l'istituzione. Nelle fasi più avanzate del loro ciclo di vita, le istituzioni possono però modellare in misura significativa gli andamenti ambientali: pensiamo alla graduale costruzione istituzionale del «pensionamento» (una fase della vita in cui non si lavora e si è sussidiati dallo Stato) come nuova pratica sociale di massa nel corso del Novecento (Ferrera 1998). Conformemente a questi orientamenti analitici, svolgeremo nei prossimi capitoli un'analisi «istituzionale» del welfare all'italiana, attenta agli aspetti formali delle sue distorsioni (regole, assetti organizzativi) ma anche agli aspetti «ideativi» (norme culturali, assunti cognitivi e prescrittivi). E cercheremo di mantenere uno stretto legame fra dimensione istituzionale e dimensioni ambientali, cercando di cogliere l'intreccio tra fattori e logiche endogeni di sviluppo e fattori esogeni (un intreccio particolarmente marcato nel settore delle politiche contro la disoccupazione).

Anche la storia va presa sul serio: questo è il secondo elemento fondativo dell'approccio (Pierson 2004). Per l'IS, la storia non è solo una successione di eventi, una cronologia di fatti. È piuttosto una concatenazione di percorsi evolutivi in cui il tempo, o meglio l'ordine temporale, svolge un ruolo causale, non solo ordinativo. *Quando* un dato fenomeno si manifesta, in che sequenza rispetto ad altri, influenza in modo decisivo il *come*, la stessa natura del fenomeno. In Gran Bretagna i primi schemi di protezione sociali furono introdotti dopo un secolo di industrializzazione graduale, che aveva di fatto eliminato dalla struttura sociale il lavoro autonomo. La stragrande maggioranza della popolazione attiva era costituita da lavoratori dipendenti, la struttura sociale era dunque altamente omogenea. Il welfare poté imboccare sin dall'inizio un percorso universalistico, con le implicazioni evidenziate da Lynch in termini di *age orientation*. Questa opzione fu preclusa a Paesi come la Germania o l'Italia, caratterizzati da industrializzazione tardiva e concentrata nel tempo, da marcate fratture settoriali, dalla presenza di agricoltura arretrata e vaste platee di lavoratori autonomi. La forte disomogeneità della struttura sociale ostacolava quella che i sindacati tedeschi chiamavano con scherno *Gleichmacherei*, il fare di ogni erba un fascio. Lo sviluppo storico è scandito da giunture critiche, ossia momenti in

cui si incontrano/scontrano distinti macro-processi (ad esempio, industrializzazione, democratizzazione, introduzione delle assicurazioni sociali) generando tensioni e conflitti ma anche alternative di scelta, opportunità di imboccare percorsi originali e di creare nuove istituzioni. Una volta imboccato, un percorso (ad esempio la creazione di una nuova istituzione) tende però a creare dipendenza (*path dependence*): il menu di opzioni a disposizione degli attori si restringe, emergono costrizioni materiali e ideative, un eventuale ritorno all'indietro (o un salto di percorso: ad esempio dall'occupazionalismo all'universalismo) diventa sempre più costoso e difficile. Si producono catene causali a movimento incrementale e cumulativo, difficilmente reversibili. L'adozione di un'assicurazione pensionistica categoriale produce insider, che nel corso del tempo premono per ottenere pensioni più generose a scapito degli outsider e si mobilitano infine per il mantenimento dello *status quo*: il meccanismo evidenziato da Lynch è un buon esempio di *slow moving causation* che nel lungo periodo altera i fini originari dell'istituzione.

Anche la nostra analisi cercherà di prendere sul serio la *storia* del welfare all'italiana, di situare gli snodi decisionali e l'azione dei decisori entro sequenze temporali più ampie, individuando i vincoli della *path dependence* e i meccanismi di riproduzione e rinforzo istituzionale. In linea con l'impostazione aperta e non deterministica dell'IS, cercheremo però anche di mettere in luce le dinamiche di *agency*, di scelta deliberata e consapevole da parte degli attori, individuali e collettivi. In linea con le acquisizioni della letteratura comparata, focalizzeremo la nostra attenzione sulle due giunture critiche «classiche»: quella originaria, in cui furono posti i primi schemi di protezione sociale, e quella postbellica, in cui si dovette procedere alla loro riorganizzazione. Come si è visto più sopra, il motore della doppia distorsione sembra essersi acceso a cavallo fra gli anni Cinquanta e Sessanta. Fu l'epoca del miracolo economico, ma anche del passaggio dal centrismo al centro-sinistra: almeno per l'Italia quella fase può essere vista come una terza giuntura critica, caratterizzata dall'incontro di più macro-processi, dall'apertura di nuovi scenari e alternative di sviluppo, da importanti snodi decisionali. È plausibile ipotizzare che le radici si siano consolidate proprio in corrispondenza di quella giuntura.

Oltre ai concetti di istituzione e di storia, l'IS prende sul serio anche le sfide metodologiche connesse allo studio empirico delle istituzioni nella storia. La strategia privilegiata per catturare i meccanismi causali ipotizzati a partire dallo schema analitico-teorico generale si basa sul cosiddetto *process tracing* (Venesson 2008): una tecnica volta a dipanare con la massima precisione il filo rosso che lega le condizioni osservate al tempo t (*l'explanandum*) alla sequenza di condizioni osservabili nel periodo $t-n$, inseguendo le «tracce» empiriche lasciate dal meccanismo causale ipotizzato. Le tracce più ovvie e agevoli da trovare sono quelle iscritte in norme di legge: l'aspetto formale delle istituzioni e della loro evoluzione nel tempo. Ma, come si è detto, le singole istituzioni (ad esempio il sistema pensionistico) operano in interazione costante con altre istituzioni (ad esempio il sistema di Governo, il sistema elettorale) e con contesti esterni (ad esempio il mercato del lavoro, la struttura socio-demografica). Occorre dunque andare in cerca di tracce che confermino i legami inter-istituzionali o istituzional-ambientali e che consentano di appurare la natura e la direzione dei reciproci condizionamenti. Se poi è vero che le istituzioni hanno una forte componente ideativa, occorrerà cercare anche tracce osservabili dei presupposti cognitivi e normativi in quanto capaci di orientare le scelte degli attori. La sfida del *process tracing* è resa più difficile dal fatto che le tracce da reperire non devono solo essere coerenti con il meccanismo causale ipotizzato ma, nella misura del possibile, devono anche essere direttamente riconducibili ai soggetti che «agiscono» il meccanismo. Per fare solo un esempio: non basta dire che i provvedimenti che consentirono alle dipendenti pubbliche di godere delle cosiddette «baby pensioni» sono coerenti con norme culturali sfavorevoli all'occupazione femminile; bisogna trovare una traccia che tali norme hanno effettivamente orientato la scelta specifica dei *policy makers*. Lo strumento tecnico attraverso cui ricostruire nel dettaglio la logica di comportamento degli attori è l'intervista qualitativa, che consente al ricercatore di accedere in qualche modo agli «stati della mente» degli attori. Molto spesso tuttavia lo strumento dell'intervista è inutilizzabile per ragioni pratiche, e questo è ovviamente il caso delle indagini storiche di lungo periodo. Qui le tracce da cercare possono essere solo documentali. Sarà questa la strada che seguiremo nei prossimi ca-

pitoli: la nostra ricostruzione si baserà essenzialmente su tracce reperibili in fonti primarie (come gli atti parlamentari o la pubblicistica coeva) o secondarie, attingendo cioè alla letteratura disponibile. La nostra formazione e il nostro approccio resteranno quelli della scienza politica e chiediamo sin d'ora scusa ai colleghi storici per gli inevitabili errori e imprecisioni in cui incorreremo. Ci auguriamo tuttavia di riuscire a fornire un resoconto descrittivo ed esplicativo soddisfacente anche per loro, che si situi a metà strada fra i due spettri a suo tempo evocati da un grande storico come Alberto Caracciolo (citato in Bagnasco 2012, p. 130): quello degli «svelti panorami sociologici», da un lato, e quello delle «puntigliose descrizioni erudite», dall'altro lato.

5. *La struttura del volume*

Il volume si suddivide in 7 capitoli, seguendo un ordine cronologico. Il capitolo 2 ricostruisce le scelte di percorso effettuate durante la prima giuntura critica, a cavallo fra Ottocento e Novecento, soffermandosi in particolare sulle riforme del 1919 che introdussero le assicurazioni obbligatorie contro la vecchiaia e l'invalidità e contro la disoccupazione. Verranno anche illustrate le radici genetiche di un istituto relativamente anomalo del sistema previdenziale italiano, la cosiddetta «liquidazione» di fine rapporto. I capitoli 3 e 4 sono dedicati alla seconda giuntura critica sul piano evolutivo: la riorganizzazione postbellica e la successiva sequenza di consolidamento istituzionale negli anni Cinquanta. Il capitolo 3 inquadrerà le sfide di questa fase e illustrerà il decollo del sistema pensionistico, concentrandosi in particolare sui due snodi decisionali riguardanti le «baby pensioni» e l'allargamento ai lavoratori autonomi. Il capitolo 4 discuterà i settori della tutela della disoccupazione e degli assegni familiari, mettendo in evidenza i freni che ne contennero l'evoluzione quantitativa e qualitativa sin dalla fine della Seconda guerra mondiale. I due capitoli successivi sono dedicati alla terza giuntura a cavallo fra gli anni Cinquanta e Sessanta: quella in cui le radici diedero luogo a due veri e propri sentieri istituzionali, uno di tipo marcatamente espansivo nelle pensioni (capitolo 5) e uno «contrattivo» per le politiche del lavoro e della famiglia (capitolo 6). All'interno dei

due sentieri emergono inoltre solchi distinti (anzianità verso vecchiaia; disoccupazione totale verso parziale) che iniziano a generare vistose differenziazioni distributive.

Il capitolo conclusivo fornisce una sintesi esplicitiva del welfare all'italiana e delle sue distorsioni e formula alcune considerazioni sulle sfide evolutive ancora da affrontare.

7.
VERSO UN WELFARE PIÙ EUROPEO?
CONCLUSIONE

1. *Le radici: una sintesi esplicativa*

Quali fattori hanno provocato la «doppia distorsione» del welfare all'italiana? Perché il nostro Paese ha edificato uno stato sociale fortemente squilibrato verso le pensioni, trascurando rischi e bisogni tipici delle fasi di vita anteriori al ritiro dal lavoro? E perché le regole d'accesso e le formule di prestazione del welfare hanno dato luogo a labirinti distributivi senza pari negli altri Paesi UE, esasperando la divisione fra insider e outsider? I capitoli precedenti hanno fornito dettagliate risposte a questi interrogativi, individuando le principali radici istituzionali (nell'accezione ampia proposta per questo aggettivo nell'*Introduzione*) della sindrome italiana. A questo punto non resta che concludere, proponendo, in primo luogo, una sintesi della spiegazione cui è giunta la nostra ricostruzione empirica e tratteggiando, a seguire, una breve panoramica di ciò che è successo «dopo», ossia del faticoso cammino che a partire dagli anni Novanta ha cercato di correggere gli squilibri.

Come già messo in luce dai dati presentati nell'*Introduzione*, la doppia distorsione prese apparentemente avvio negli anni Cinquanta, per accelerare progressivamente nei due decenni successivi. La ricostruzione storica conferma questa osservazione, seppure con alcuni *caveat*: in realtà alcuni semi istituzionali erano già stati piantati nella prima metà del secolo, ossia nella fase di decollo del nostro welfare state. Pensiamo ad esempio a due istituti

anomali sul piano comparato come l'indennità di buonuscita per gli statali (1923) e l'indennità di anzianità per i dipendenti privati (1942), all'invenzione della Cassa integrazione guadagni (1941), alla norma che consentì, a partire dal 1940, di compensare automaticamente fra loro le gestioni attive e quelle passive all'interno dell'INFPS. Il seme prebellico più gravido di conseguenze fu l'insieme di norme previdenziali del settore pubblico, codificate nel 1923. Queste introdussero non solo formule di computo molto generose, ma anche la regola per cui, in caso di destituzione, un dipendente statale con almeno 20 anni di anzianità poteva ottenere subito la pensione, indipendentemente dai limiti d'età. Usata largamente dal regime fascista per allontanare i funzionari sgraditi, nel dopoguerra questa norma fu la prima radice di quelle pensioni baby istituite nel 1956 che hanno portato enormi responsabilità distorsive sia in termini funzionali che distributivi.

Sullo sfondo di una *policy legacy* già in parte incline alla produzione di squilibri, il decennio d'esordio della Prima Repubblica (1948-58) trasformò l'inclinazione in un programma più o meno deliberato, incanalando il *policy making* nella direzione dell'iper-pensionismo e della segmentazione categoriale. La tabella 7.1 riassume gli snodi decisionali cardine, già dettagliatamente illustrati nei precedenti capitoli e individualmente spiegati in prospettiva storico-istituzionalista. In sintesi possiamo qui ribadire che le scelte effettuate in quel decennio furono pesantemente condizionate dalla natura del contesto socio-economico, della cultura politico-sociale e della competizione interpartitica.

Nei primi anni del dopoguerra l'Italia dovette affrontare due grandi emergenze sociali: la povertà degli anziani e la carenza di occupazione. La prima era direttamente connessa all'inadeguatezza del sistema pensionistico introdotto nel 1919: le prestazioni erano modestissime e la copertura limitata agli ex lavoratori dipendenti al di sotto di una certa soglia retributiva, dunque molti anziani erano privi di tutela. Anche se i provvedimenti del primo decennio non realizzarono l'ambiziosissimo piano previdenziale raccomandato dalla Commissione D'Aragona, i Governi centristi non poterono fare a meno di focalizzare la propria attenzione sull'emergenza anziani, e dunque sul potenziamento del sistema pensionistico. A molti lavoratori fu peraltro concesso di ritirarsi al compimento di 40/45 anni d'età (pensioni di anzianità *ante*

litteram) nella speranza di liberare posti di lavoro. La seconda emergenza era infatti l'occupazione: i disoccupati erano più di 4 milioni, a cui si aggiungevano schiere di sotto-occupati, irregolari, stagionali. Nel Mezzogiorno il mercato del lavoro in agricoltura aveva ancora tratti semifeudali (latifondo, caporalato, mafia). In queste condizioni la priorità non poteva certo essere il rafforzamento degli ammortizzatori sociali, quanto piuttosto uno sforzo massiccio per creare occupazione e per allargare il perimetro del lavoro regolare. Fu sulle modalità e l'intensità di questi sforzi che si concentrò il confronto fra gli attori. Non essendo pensabile affrontare il problema dei senza lavoro con sussidi dedicati, si crearono però incentivi per far giungere a questa amplissima categoria qualche briciola di risorse, allargando le maglie delle prestazioni familiari e di invalidità.

Negli altri Paesi continentali la ricostruzione postbellica del welfare state ebbe luogo in contesti socio-economici che avevano già completato almeno metà della transizione verso l'industrialismo: in media UE l'occupazione nell'industria era già intorno al 40%, mentre in Italia era ancora attestata al 25% circa. Nella «giuntura critica» degli anni Quaranta e Cinquanta il *timing* evolutivo della struttura economica italiana generò così problemi di sviluppo e opzioni di *policy* diversi da quelli di altri Paesi, conferendo priorità assoluta alle politiche di promozione dell'impiego (industriale) piuttosto che di sostegno «moderno» alla disoccupazione.

Tabella 7.1. *Principali snodi decisionali, 1945-77*

Anni	Pensioni	Disoccupazione	Assegni familiari
Quaranta		1947: Testo Unico sulle integrazioni salariali (CIG) 1949: Rifoma del collocamento	
Cinquanta	1952: minimi di pensione 1956: pensioni baby 1957: coltivatori diretti, mezzadri e coloni 1958: incremento prestazioni 1959: artigiani	1956: estensione dell'assicurazione all'agricoltura	1952: introduzione aggiunte di famiglia ai dipendenti pubblici 1955: Testo Unico sugli assegni familiari nel settore privato
Sessanta	1962-63: incremento prestazioni 1965: avviamento della riforma 1966: commercianti 1968: riforma (formula retributiva) 1969: «grande riforma»	1963: potenziamento della CIG 1968: trattamenti speciali di disoccupazione; potenziamento della CIG	1967: estensione a coltivatori diretti, mezzadri e coloni 1968: estensione ai disoccupati 1974: estensione ai pensionati
Settanta	1975: completamento della riforma	1970, 1971, 1972, 1975, 1977: potenziamento della CIG 1970, 1975: miglioramento trattamenti speciali	

In linea con la *policy legacy* prebellica, la cultura di politica sociale degli anni Cinquanta era imbevuta di familismo, maschilismo e «pensionismo». La dottrina sociale della Chiesa (veicolata dalle energiche prese di posizione pubbliche di Pio XII) enfatizzava il ruolo della famiglia e la necessità di una sua vigorosa salvaguardia a fronte delle minacce della modernizzazione. Il «salario familiare» (integrato, cioè, da assegni e aggiunte che tenessero in considerazione l'ampiezza della famiglia allargata) era visto come una di queste salvaguardie. L'altra era l'incentivazione dell'impegno meramente domestico delle donne, in particolare delle madri. Dal punto di vista simbolico, la norma del 1956 che introdusse le pensioni baby fu giustificata proprio in questi termini. I tratti fortemente tradizionalisti (e maschilisti) della cultura politica erano condivisi non solo dalla Democrazia cristiana, ma anche da larghi settori della sinistra socialista e comunista e dei sindacati. L'opzione universalista (assegni familiari a tutti, come sostegno ai minori) non si affacciò mai seriamente nel dibattito italiano, a

differenza di altri Paesi bismarckiani che non solo la considerano, ma in alcuni casi (Francia, Germania, Olanda) la realizzano proprio fra gli anni Cinquanta e Sessanta. La salienza del tema famiglia come oggetto di politica sociale andò in Italia gradualmente attenuandosi in quello stesso periodo, parallelamente all'irrompere sull'agenda del tema pensioni, caro soprattutto a PSI, PCI e CGIL. Passivamente familista e maschilista, la sinistra italiana era attivamente e fortemente «lavorista» e «pensionista». Le pensioni erano considerate come salario differito dei lavoratori, elemento inscindibile delle relazioni di produzione, oggetto di rivendicazione irrinunciabile e primario del conflitto fra capitale e lavoro, conquiste da strappare al nemico di classe e da rendere permanenti e intoccabili tramite la legge. In buona misura è l'alta salienza simbolica (oltre che materiale) delle pensioni a spiegare perché esse divennero negli anni Cinquanta uno dei principali terreni di confronto della competizione interpartitica.

Se le particolari sfide del contesto socio-economico e i tratti della cultura politica sono emersi dalla nostra analisi come i fattori più rilevanti per dar conto dell'agenda funzionale dei *policy makers* italiani e dunque delle scelte che posero le basi della successiva distorsione a favore del rischio vecchiaia, l'origine degli squilibri distributivi è soprattutto riconducibile alle dinamiche della competizione fra partiti. Dopo le elezioni spartiacque del 1948, il sistema partitico italiano imboccò la via del «pluralismo polarizzato», la sindrome che Sartori (1982) ha caratterizzato con i seguenti elementi: elevata frammentazione (tanti partiti), presenza di partiti anti-sistema (PCI e MSI) e di opposizioni bilaterali (a destra e a sinistra), occupazione stabile del centro da parte della Democrazia cristiana, elevata polarizzazione ideologica (e dunque una *forma mentis* anti-pragmatica a livello di massa e soprattutto a livello di élite), natura prevalentemente centrifuga della competizione. Questa sindrome si consolidò già negli anni del centrismo e trovò nelle pensioni uno dei suoi bersagli privilegiati: non solo per le ragioni di cornice più sopra sottolineate, ma anche per ragioni squisitamente politico-istituzionali. Le pensioni sono prestazioni (diritti-spettanze) che possono essere distribuite selettivamente, generando benefici concentrati (a questa o a quella categoria di elettori, al limite a singoli elettori tramite scambi clientelari) con costi diffusi (nel calderone previ-

denziale oppure fiscale in senso lato) (Ferrera 1998). L'uso politico delle pensioni a fini di consenso fu una tentazione irresistibile per le élite partitiche di quel periodo e in particolare quelle democristiane e comuniste. Data la meccanica della competizione, l'espansione del sistema pensionistico imboccò un sentiero di forte segmentazione categoriale e di altrettanto forte irresponsabilità fiscale. Lo specifico meccanismo che alimentò entrambe fu quella che Sartori ha definito la «politica di scavalcamento»: l'inclinazione a promettere benefici generosi e a basso costo in una sequenza di impegni al rialzo volti a superare l'avversario e a vincere il sostegno di questa o quella categoria di elettori. La molla principale del meccanismo fu la cosiddetta *conventio ad excludendum*: il fatto che né il MSI né (soprattutto) il PCI potessero accedere al Governo rendeva le opposizioni «irresponsabili» nelle loro promesse, in quanto sicure di non dover mai trovarsi a gestirne le conseguenze. Per non perdere consensi anche la DC doveva contro-promettere, soprattutto ai vari segmenti del ceto medio, che divenne il principale campo di battaglia per la conquista del consenso. Le vicende delle pensioni baby agli statali e dell'estensione dell'assicurazione ai coltivatori diretti e agli artigiani, ricostruite nel capitolo 3, esemplificano in modo emblematico il funzionamento di questo meccanismo. Il quale, combinato con il basso livello di statualità del nostro apparato amministrativo, diede luogo a degenerazioni particolaristico-clientelari non solo di tipo categoriale, ma anche individuale, sotto forma di scambi diretti fra voti e prestazioni tra singoli elettori e singoli notabili di partiti e sindacati (scambi che si diffusero anche nel settore delle indennità di disoccupazione agricola e degli assegni familiari: cfr., *supra*, capitolo 4).

Le radici del welfare all'italiana risalgono dunque agli anni Cinquanta e vanno ricondotte a predisposizioni insite nel contesto socio-economico e culturale italiano e soprattutto alla meccanica della competizione politica indotta dal pluralismo polarizzato. Se osserviamo gli andamenti di spesa, gli anni Sessanta appaiono come un decennio di consolidamento della sindrome distorsiva, e ciò fu in buona parte proprio ciò che accadde. Come si è visto nei capitoli 5 e 6 (cfr. anche la tabella 7.1), i provvedimenti varati in campo pensionistico (in particolare la riforma del 1969) misero un «turbo» all'espansione della spesa e alle dina-

niche di segmentazione distributiva ad essa interne. Nel settore della disoccupazione e delle prestazioni familiari, al contrario, il decennio produsse poco e ciò che fu prodotto (come le riforme della cassa integrazione e l'introduzione dei trattamenti speciali di disoccupazione) rinforzò anomalie e distorsioni già presenti.

Se gli anni Sessanta si conclusero con una definitiva conferma del sentiero imboccato nel decennio precedente, essi esordirono tuttavia in modo affatto diverso, con un ambizioso tentativo di *path switch* (di «salto di sentiero» per usare una metafora di marca storico-istituzionalista). Come si è detto nell'*Introduzione*, i primi anni Sessanta vanno visti come una terza giuntura critica nel percorso evolutivo del welfare italiano, un momento in cui si aprirono nuovi scenari e alternative di scelta, in cui un'inedita coalizione di attori avrebbe potuto scolpire un profilo quasi scandinavo (almeno sulla carta) al nostro stato sociale. L'occasione fu clamorosamente mancata: di nuovo, essenzialmente a causa del pluralismo polarizzato. Resta tuttavia interessante riassumere brevemente non solo le ragioni del fallimento ma quelle genetiche: perché si formò in Italia questa terza giuntura critica?

A cavallo tra gli anni Cinquanta e Sessanta il miracolo economico era entrato a regime, con tassi di crescita stabilmente attestati fra il 6% e il 7%, e aveva consentito di raggiungere un discreto livello di opulenza. Il «dividendo fiscale» della crescita metteva a disposizione nuove risorse per soddisfare le aspirazioni dei lavoratori. A seguito della rapida espansione dell'industria manifatturiera, il mercato del lavoro si era fatto più omogeneo, creando condizioni per una maggiore standardizzazione delle assicurazioni sociali basata sul principio della solidarietà fra categorie e tipi di rischio. Nel dibattito politico-culturale era aumentata l'attenzione verso i problemi e le politiche sociali, stimolata anche dalla crescente familiarità con i modelli stranieri. Gli scienziati sociali cominciavano a denunciare le distorsioni del modello di sviluppo italiano, a sollecitare un serio programma di riforme, a realizzare moderne politiche di «sicurezza sociale». I primi Governi di centro-sinistra poggiavano su queste premesse riformiste e nacquero con l'impegno di operare una profonda modernizzazione del Paese. L'obiettivo della sicurezza sociale (assicurazioni onni-inclusive, potenziamento dei servizi pubblici ad accesso universale) si prestava come ideale terreno d'incontro programmatico

fra due forze politiche d'ispirazione popolare e democratica (DC e PSI), nell'intento di conseguire lo storico obiettivo di integrare le masse popolari all'interno del sistema, sottraendole alle sirene anti-sistema. Quest'*humus* favorì la maturazione di un ambizioso progetto istituzionale che fu elaborato dal CNEL nel 1963. Senza tornare sui dettagli programmatici già illustrati nei capitoli 5 e 6, basti qui ricordare che il progetto CNEL conteneva quasi tutti gli ingredienti per correggere le due distorsioni in via di consolidamento: l'istituzione di un'assicurazione pensionistica universale (con livelli di generosità «europei» e una pensione di base uguale per tutti), di un sistema omogeneo di ammortizzatori sociali (esteso a tutti i lavoratori, anche quelli in cerca di prima occupazione, con indennità legate al salario medio dell'industria), di un servizio sanitario nazionale. L'opzione universalista fu considerata anche nel campo degli assegni familiari, che avrebbero potuto diventare una prestazione orientata a proteggere «le nuove generazioni», e dunque erogata a tutti i minori indipendentemente dalla posizione occupazionale del capofamiglia, come in Francia, Germania e Olanda. Ma questa idea fu scartata nel progetto finale, che preferì confermare la funzione tradizionale degli assegni come componente del «salario familiare». Fu in altre parole mantenuto l'approccio familistico e maschilistico tradizionale, a conferma del pervasivo radicamento culturale di tale approccio e dunque della persistente presa ideologica del cattolicesimo sulla società italiana e in particolare sui temi della famiglia. Le raccomandazioni del CNEL furono accolte con grande apprezzamento dal Governo Moro, che avviò il lavoro tecnico per realizzare il progetto. Per una breve stagione, lo scenario di un'ampia convergenza centripeta fra le forze politiche e sindacali per realizzare un welfare state «all'europea» (pensioni, sanità e ammortizzatori sociali) sembrò davvero a portata di mano.

L'opportunità non fu però colta (eccettuata, in parte, la sanità: cfr. Ferrera 1993). A dispetto delle propensioni alla convergenza e all'universalismo di buona parte dell'élite socialista e democristiana, le dinamiche della competizione interpartitica erano e rimasero orientate in senso centrifugo. Il centro-sinistra ebbe semmai l'impatto di accentuare le dinamiche del pluralismo polarizzato. Dopo le elezioni del 1963 (tutte imperniate, appunto, sulla validità della nuova formula e dei suoi programmi), DC e PSI si tro-

varono a convergere in perdita a seguito dell'avanzata di MSI e PLI a destra e PCI a sinistra. Il PSI pagò la sua entrata al Governo con la scissione a sinistra del PSIUP, nel 1964. Quest'ultimo condizionò da sinistra il PCI che accentuò così la propria intransigenza anti-sistema. Nel 1966 la scissione del partito marxista-leninista diede a sua volta il via alla frantumazione estremistica a sinistra del PCI e del PSIUP. Le elezioni del 1968 rovesciarono infine una vera e propria doccia fredda sull'*entente* cattolico-socialista: il PSU (nato dall'unificazione fra PSI e PSDI) perse quasi il 6% dei suffragi rispetto al 1963. Come già negli anni Cinquanta, la previdenza fu terreno privilegiato di competizione fra il 1963 e il 1968. Le sinistre anti-sistema e la CGIL giocarono una partita tutta volta a difendere e potenziare i diritti-spettanze della loro *core constituency*, gli operai delle grandi imprese. Invece di un'assicurazione inclusiva contro la disoccupazione si scelse di puntare sulla cassa integrazione. Invece di un nuovo sistema pensionistico a base universale si scelse di proseguire sul sentiero della frammentazione corporativa. La politica dello scavalcamiento produsse una vera e propria *escalation* di provvedimenti espansivi, che culminarono nel grande accordo spartitorio del 1969, dal quale uscì il sistema pensionistico più generoso, sperequato e fiscalmente irresponsabile dell'area OCSE. L'edificio del welfare all'italiana fu così completo della sua pietra angolare e per due decenni poté produrre, quasi per inerzia istituzionale, distorsioni funzionali e distributive sempre più acute.

2. Il welfare all'italiana e la transizione post-fordista

Primariamente interessata a rintracciare le radici genetiche del nostro modello di welfare nelle prime fasi del suo sviluppo, la nostra analisi empirica si è fermata agli anni Settanta. Le vicende dell'ultimo trentennio sono storia più nota e in larga misura già ricostruita da un'abbondante letteratura (cfr. Ascoli, a cura di, 2011; Ferrera, a cura di, 2012; Jessoula 2009; Madama 2010; Maino 2001 e riferimenti ivi citati). Ci sembra nondimeno opportuno concludere questo volume con una breve panoramica (con cenni comparati) sulle sfide emerse a partire dagli anni Ottanta e sul faticoso percorso di ricalibratura che ne è seguito.

Nel corso degli ultimi tre decenni, l'intensità e il tipo dei bisogni sociali sono profondamente mutati in tutti i Paesi europei. La causa più dirompente di mutamento è stata senza dubbio l'invecchiamento demografico, che ha investito il nostro Paese con una particolare intensità. Sulla scia di minori tassi di fertilità e un graduale aumento della speranza di vita, la quota di persone anziane è cresciuta costantemente: nel 1965 gli ultrasessantacinquenni rappresentavano il 9,9% della popolazione italiana; nel 2010 essi sono giunti a rappresentare il 20,2% (media UE: 17,4%), con una quota consistente di ultraottantenni (5,8%). L'invecchiamento demografico ha generato non solo una maggiore domanda di prestazioni (a cominciare dalle pensioni) e servizi tradizionali, ma anche nuovi tipi di domande, sia da parte degli anziani (pensiamo alla non-autosufficienza) sia da parte di quei familiari (prevalentemente donne) che svolgono mansioni di cura.

Una seconda causa di cambiamento è stata la profonda trasformazione dei modi di produzione e la transizione verso un nuovo ordine postindustriale. L'innovazione tecnologica, la terziarizzazione, l'integrazione economica e la globalizzazione hanno provocato vistosi rivolgimenti nei mercati del lavoro del nostro continente: l'occupazione fordista (vale a dire i posti di lavoro stabili e sicuri, con contratti di lavoro a tempo indeterminato) ha registrato una costante contrazione, non pienamente compensata dall'aumento di impieghi atipici. Come è tristemente noto, anche il nostro Paese ha registrato un forte aumento della disoccupazione e soprattutto dell'inattività da «scoraggiamento», che hanno assunto un preoccupante carattere strutturale, soprattutto nel Mezzogiorno, fra alcune categorie come giovani, donne, ultracinquantenni. L'espansione di un settore occupazionale caratterizzato da bassi salari, scarsa qualità, frequenti discontinuità ha determinato la formazione di vere e proprie schiere di *working poor* (persone intrappolate nella povertà pur avendo un reddito da lavoro), economicamente vulnerabili ed esposti al rischio di esclusione sociale. Quest'ultima sindrome ha riguardato soprattutto i Paesi anglosassoni ma è ormai ben visibile anche in Italia. Tutte queste dinamiche hanno colpito con particolare intensità le famiglie numerose, con un allarmante risultato: la crescita della povertà fra i minori. In Italia il suo livello (24,7%) è oggi superiore alla media nazionale (18,2%) e a quella degli ultrasessantacin-

quenni (16,6%: dati 2010). In altre parole oggi la povertà economica ha iniziato a colpire soprattutto i bambini, assumendo una marcata dimensione generazionale (Schizzerotto, Trivellato, Sartor, a cura di, 2011).

Le trasformazioni del mercato del lavoro e della distribuzione dei redditi hanno fatto emergere con sempre maggior forza domande nuove, connesse da un lato alla necessità di definire corredi adeguati di tutela alle nuove forme di occupazione flessibile e, dall'altro lato, all'esigenza di sostenere l'inserimento e accrescere l'occupabilità dei lavoratori, soprattutto quelli più deboli. Secondo la prospettiva della *flexsecurity* e, più in generale, del *social investment state* (Ferrera 2010), in vari Paesi (ma non ancora in Italia) le politiche sociali hanno cominciato ad assumere un carattere promozionale piuttosto che risarcitorio, e il loro raggio d'azione è andato espandendosi a tutta la fase (che comincia nella prima infanzia) in cui si formano competenze relazionali e capitale umano.

Un terzo fattore di cambiamento ha riguardato infine la famiglia e le relazioni di genere. Mentre nelle società industriali del dopoguerra le famiglie tradizionali con un unico percettore di reddito maschio e una moglie casalinga costituivano la maggioranza, la nuova epoca postindustriale è caratterizzata da una maggiore pluralità di forme di nuclei familiari: con due percettori di reddito, monogenitoriali, unioni di fatto e così via (Saraceno, a cura di, 2008). La dimensione media dei nuclei è diminuita, a causa sia della minore fertilità sia del maggior numero di famiglie unipersonali sia infine per il drastico calo dei nuclei multigenerazionali. Parallelamente all'incremento di divorzi e separazioni, questi cambiamenti indicano una generale «precarizzazione» delle relazioni sociali nelle società europee, con conseguenze importanti sul piano della vulnerabilità economica e dell'inclusione. In Italia tali dinamiche sono state rallentate e contenute dalla sindrome del familismo, ma al prezzo di sottoporre la famiglia a uno stress economico e sociale crescente e sempre più difficile da sostenere. Un'altra tendenza in atto dagli anni Ottanta è l'aumento della partecipazione femminile al mercato del lavoro, in buona parte connesso alla espansione dei servizi. Se questa tendenza ha favorito l'espansione dei nuclei a doppio reddito, economicamente più sicuri, essa ha anche creato nuove tensioni e speso

un sovraccarico di funzioni all'interno delle famiglie, con pesanti ripercussioni sulle donne e in particolare sulle madri lavoratrici (Del Boca, Rosina 2009). Nei vari sistemi di protezione sociale è così emersa una nuova domanda di sostegno collettivo alla famiglia, di strumenti capaci di attutire gli squilibri fra attività lavorativa e vita privata, di schemi e programmi che siano insieme *child-friendly* e *mother-friendly* (Esping Andersen, a cura di, 2001). In assenza di simili politiche non solo le donne che lavorano sono sottoposte a pesanti penalizzazioni in termini di tempo, fatica, carriera, retribuzioni e così via, ma spesso sono «costrette» a non entrare neppure nel mercato del lavoro: la sindrome del nostro Paese, ove i tassi di occupazione femminile sono aumentati assai più lentamente che negli altri Paesi a dispetto delle preferenze rivelate dalle donne italiane (Ferrera 2008).

Sotto la pressione di tutte queste trasformazioni, a partire dagli anni Novanta i welfare state europei hanno avviato un faticoso percorso di riadattamento istituzionale, sforzandosi di ricalibrare i pesi della protezione sociale fra vecchi e nuovi rischi e di rafforzare il sostegno nei confronti dei gruppi sociali più colpiti dalla transizione post-fordista (Taylor-Gooby, a cura di, 2004). Le sfide di riadattamento istituzionale o *ricalibratura* hanno assunto profili diversi nei diversi Paesi, in relazione a molti fattori: dalla specifica pressione esercitata dalle trasformazioni appena elencate alla severità dei vincoli di bilancio, dalle condizioni dell'economia (nel quadro complessivo di crescente apertura internazionale) alle caratteristiche del contesto politico e istituzionale, ivi inclusa la struttura interna dello stato sociale (Hemerijck 2012). Nei Paesi a impronta prevalentemente bismarckiana dell'Europa continentale e meridionale quest'ultimo elemento ha giocato un ruolo particolarmente ostativo alla ricalibratura per effetto di spiazzamento dei programmi di spesa consolidati e della loro inerzia espansiva anche in condizioni di crescente austerità di bilancio (Palier 2010).

È quasi superfluo sottolineare come in questo nuovo contesto il welfare all'italiana sia risultato fortemente disattrezzato nel rispondere alla nuova costellazione di rischi e bisogni e marcatamente impacciato nell'imboccare il sentiero della ricalibratura. Come già accennato, il sistema ha potuto reggere essenzialmente grazie al familismo. Ma il ruolo vicario della famiglia come am-

mortizzatore degli squilibri funzionali e distributivi, come camera di compensazione fra redditi e opportunità di garantiti e non garantiti, di anziani e giovani, di uomini e donne ha incontrato limiti crescenti di efficienza sociale. Le famiglie italiane hanno assicurato sussistenza e assistenza ai propri componenti e sono riuscite a soddisfare le molteplici esigenze di cura non coperte dal sistema pubblico. Ma lo hanno potuto fare solo «localmente»: le persone con bisogni hanno potuto contare sulla protezione dei loro familiari solo restando in loro prossimità. Ciò è vero per gli anziani fragili (la cui cura è stata in parte delegata alle cosiddette «badanti», sotto la sorveglianza di mogli, figlie, nuore e nipoti) e soprattutto per i giovani (Schizzerotto, Trivellato, Sartor, a cura di, 2011). Per questi ultimi la dipendenza dalla famiglia è diventata un ostacolo all'autonomia e alla mobilità e – nella misura in cui quest'ultima è oggi indispensabile per trovare occupazione – un ostacolo alla disponibilità al lavoro. Le famiglie si sono mobilitate per creare contatti (di nuovo, prevalentemente locali) ma non hanno potuto fare nulla per accrescere l'occupabilità dei giovani: per questo ci vogliono seria formazione e seri servizi per l'impiego (oltre che un po' di *workfare*).

Lo svolgimento di tutta una serie di funzioni improprie ha poi finito per spingere il familismo nostrano verso forme di adattamento perverso e quasi autolesionista. Sotto il fardello di pressioni scaricato su di loro dalla doppia distorsione del welfare all'italiana (e del mercato del lavoro) le famiglie hanno teso a reagire secondo le strategie di soddisfacimento «locale» che sono per loro naturali. Pensiamo ad esempio alla ricerca frenetica di ogni possibile aggancio al comparto dell'occupazione garantita per il tramite di almeno uno dei suoi componenti: un obiettivo più che comprensibile, ma che ha di fatto trasformato anche gli outsider (in particolare i giovani) in sostenitori dello *status quo* distributivo, così rendendo più difficile il cambiamento istituzionale. Oppure pensiamo allo sfruttamento di ogni possibile nicchia nel sommerso, che ha raggiunto in Italia un'incidenza pari a quasi il 20% del PIL. Di nuovo, oltre a non risolvere i problemi di reddito e sicurezza sociale, questa strategia di *exit* istituzionale ha avuto come effetto quello di scoraggiare possibili iniziative di *voice* intese a cambiare gli assetti regolativi esistenti. Uno dei più gravi effetti perversi dello «stiramento» familista italiano è sta-

to infine il drastico mutamento dei comportamenti riproduttivi: dilazionamento temporale della formazione di nuovi nuclei familiari, calo della natalità e così via (Saraceno, Naldini 2011). Un mutamento comportamentale che, contribuendo all'ulteriore invecchiamento della popolazione, ha retroagito significativamente sulle cause di partenza, finendo per rinforzarle. Nella misura in cui queste strategie sono state il riflesso di scelte involontarie dovute a una carenza strutturale di opportunità, esse possono davvero essere interpretate come evidente manifestazione di un aggiustamento perverso, di una sorta di «spirale di disadattamento» che ha bloccato la società italiana e che purtroppo non è ancora stata pienamente neutralizzata.

3. Una ricalibratura incompiuta

Sarebbe ingeneroso non riconoscere ai *policy makers* italiani di aver preso contezza a partire dagli anni Ottanta delle trasformazioni appena illustrate e della necessità di ricalibrare il modello di welfare. Già nel corso di quel decennio l'agenda politica iniziò a ri-orientarsi verso il contenimento delle dinamiche di spesa e l'introduzione di riforme «strutturali» capaci di frenare le pensioni, da un lato, e di cambiare gli ammortizzatori sociali dall'altro lato. Nel contempo, consapevoli delle tante manchevolezze in questo settore, molte regioni iniziarono a potenziare i programmi di sostegno alle famiglie, puntando non solo sui trasferimenti ma soprattutto sui servizi (Madama 2010). La vera svolta avvenne però solo negli anni Novanta. A partire dal 1992 iniziò infatti una nuova fase di sviluppo caratterizzata da importanti riforme un po' in tutti i comparti della spesa sociale: di taglio «sottrattivo» nel settore delle pensioni e di taglio «additivo» invece nel settore della disoccupazione, della famiglia e dell'assistenza. Gli snodi decisionali più salienti sono riportati nella tabella 7.2. Senza poter qui entrare nel merito di ciascun provvedimento, possiamo nondimeno osservare una generale tendenza «ricalibrativa». Con il I Governo dell'Ulivo, guidato da Prodi, la doppia distorsione fu ufficialmente riconosciuta come la radice del malfunzionamento dello stato sociale italiano e dunque come il principale bersaglio di ogni strategia riformista. Una delle più chiare for-

mulazioni di questa diagnosi si trova nella *Relazione finale* della Commissione Onofri, nominata nel 1997 per valutare le compatibilità macro-economiche della spesa sociale: i due obiettivi da conseguire per il riequilibrio del welfare dovevano essere

da un lato la riduzione delle risorse destinate ad assicurare, tramite la previdenza pubblica, alle classi di reddito medie un reddito simile sul lavoro e in pensione (il rischio economico della vecchiaia iper-tutelato) 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 (Commissione per l'analisi delle compatibilità macro-economiche della spesa sociale, *Relazione finale*, 1997, p. 11).

La Commissione Onofri presentò un ampio ventaglio di proposte per i settori delle pensioni, degli ammortizzatori sociali, della sanità, della famiglia, dei servizi sociali e del contrasto alla povertà. Tutti i settori analizzati dalla Commissione Onofri sono stati oggetto di cambiamenti: almeno sulla carta, il profilo del welfare all'italiana è diventato gradualmente un po' più europeo. Se il punto di riferimento valutativo è l'inizio degli anni Novanta, il bilancio non appare negativo e dunque sorge spontanea la domanda: quali fattori hanno consentito l'avvio di un significativo ciclo di riforme, volte a recidere almeno alcune delle «radici» problematiche di cui ci siamo occupati in questo volume?

Tabella. 7.2. *Principali snodi decisionali, 1990-2011*

Anni	Pensioni	Disoccupazione	Famiglia/assistenza
Novanta	1992: riforma Amato	1991: indennità di mobilità 1993-94: innalzamento indennità	1998: Reddito minimo d'inserimento (sperimentale), assegno al terzo figlio, assegno maternità assistenziale
	1993: riforma Ciampi		
	1995: riforma Dini		
	1997: riforma Prodi		
Duemila	2004: riforma Maroni-Tremonti	2000: innalzamento indennità	2000: riforma dell'assistenza
	2007: riforma Damiano	2005: innalzamento indennità	2007: piano nidi e Fondo non autosufficienza
	2009-10: riforma Sacconi	2007: innalzamento indennità	2008: carta acquisti
	2011: riforma Fornero	2009: CIG in deroga	
		2012: riforma Fornero	

Fonte: elaborazione dell'autore.

Non è ovviamente possibile fornire qui una risposta sistematica (già proposta in Ferrera, Gualmini 1999; Jessoula 2009; Ferrera, a cura di, 2012). Possiamo però almeno ricordare schematicamente le principali cause della svolta. Innanzitutto vanno tenute presenti le crescenti pressioni funzionali descritte nel paragrafo precedente, acuite dal vincolo esterno imposto dal Trattato di Maastricht e più in generale dalla globalizzazione dei mercati finanziari. In secondo luogo, le riforme sono state in parte prece-dute e sicuramente accompagnate da incisive trasformazioni della cultura politica, soprattutto sul terreno specifico della politica sociale. Dopo il crollo del muro di Berlino, sinistra e sindacati si sono liberati definitivamente del retaggio anti-sistema, diventando «riformisti». Anche in base agli stimoli e ai nuovi orientamenti dell'Unione europea si è poi diffuso in Italia un nuovo «discorso» favorevole alla ricalibratura, riflesso in alcune metafore che hanno avuto molto successo nel dibattito pubblico: «più ai figli, meno ai padri», «meno pensioni, più welfare», «dai risarcimenti alle opportunità» e altre ancora (Rossi 1997; Boeri, Perotti 2002; Paci 2007). Questo nuovo discorso ha svolto un'importante funzione non solo nel legittimare pubblicamente le riforme ma anche nel cementare l'asse Governo-sindacati. Un ruolo determinante per la svolta è però venuto dal repentino mutamento del quadro politico-istituzionale sia interno che esterno.

Il mutamento interno ha riguardato gli assetti, i soggetti e gli equilibri politici della Prima Repubblica e ha aperto la strada alla Seconda. Lo scandalo di Tangentopoli provocò nel 1992 un'improvvisa delegittimazione del regime di «partitocrazia distributiva» responsabile degli squilibri del nostro welfare e creò un terreno favorevole al coinvolgimento di «tecnici» in ruoli ministeriali e persino di Governi tecnici *tout court* (come il Governo Dini, che varò l'importante riforma pensionistica del 1995). Le elezioni del 1994 causarono la scomparsa di quasi tutti i vecchi partiti, la nascita di Forza Italia, nonché un ricambio massiccio del personale politico e in parte anche della dirigenza statale. La *conventio ad excludendum* venne superata e il sistema partitico abbandonò la meccanica tripolare per adottarne una bipolare: imperfetta e pasticciata, ma comunque capace di bloccare i meccanismi più perniciosi del pluralismo polarizzato, in particolare la radicalizzazione ideologica, la politica di scavalco, l'irresponsabilità fiscale. Le elezioni del 1996 portarono al Governo la prima coalizione di centro-sinistra estesa ai (post-)comunisti, che, come si è detto, mise esplicitamente in agenda il superamento della doppia distorsione. Con enfasi e risultati diversi, questo obiettivo è stato fatto proprio dai Governi di centro-destra e centro-sinistra che si sono alternati negli anni Duemila.

Il mutamento del quadro istituzionale esterno ha riguardato l'Unione europea. Come è noto, il Trattato di Maastricht impegnava i Paesi membri a risanare le proprie finanze pubbliche sulla base di precisi parametri quantitativi. Il processo europeo di convergenza e la fissazione di una data certa (1998) per l'avvio dell'Unione economica e monetaria agirono come robusto vincolo esterno per le scelte di *policy* dei Governi italiani negli anni Novanta, stimolando il cambiamento istituzionale. I Governi Amato, Ciampi, Dini e Prodi vararono così riforme incisive, anche se politicamente impopolari. Il rischio di «restare fuori dall'Europa» creò un clima d'urgenza e alterò in modo significativo le convenienze di tutti gli attori politici e sociali. Gli stessi sindacati capirono ad esempio che senza una credibile riforma delle pensioni l'Italia non sarebbe stata ammessa nell'UEM e che questa esclusione avrebbe comportato per lavoratori e pensionati esiti «sottrattivi» molto peggiori sul piano del potere d'acquisto. Una figura simile alla 7.1 (aggiornata alla riforma del 1997) fu

esibita ripetutamente dal ministro del Tesoro Ciampi in vari incontri europei avvenuti fra il 1996 e il 1997 per convincere i suoi partner a fidarsi del risanamento italiano e in particolare delle riforme pensionistiche già varate. Come abbiamo scritto altrove (Ferrera, Gualmini 1999), non solo il welfare, ma l'intero sistema-paese fu davvero «salvato dall'Europa» negli anni Novanta: l'ingresso nell'euro ha senza dubbio rappresentato una svolta storica per il nostro modello economico e sociale.

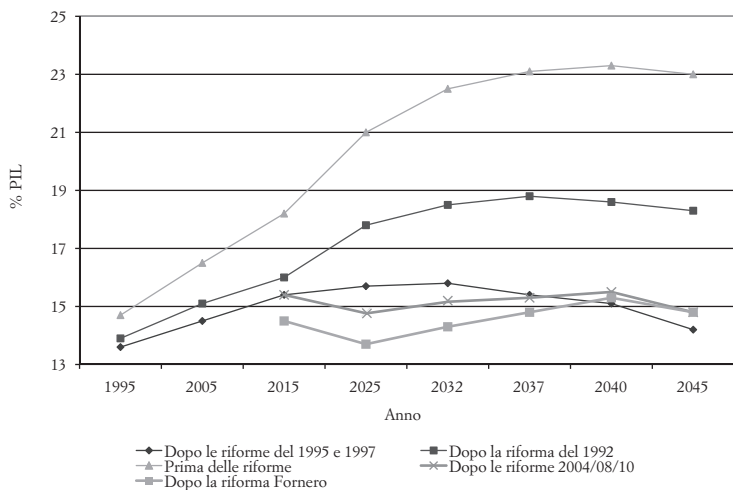
L'argomento del «salvataggio» e della svolta dovrebbe trovare riscontri non solo sul piano legislativo (le riforme varate, *supra*, tabella 7.2) ma anche su quello quantitativo. Sotto questo secondo profilo l'impatto effettivo del ciclo di riforme iniziato nel 1992 è stato tuttavia piuttosto modesto. Se guardiamo alla composizione interna della spesa, notiamo che l'incidenza delle pensioni (vecchiaia e superstiti) è diminuita solo di 4 punti percentuali fra il 1995 e il 2009, quella per famiglia e minori è aumentata di solo un punto e mezzo, quella per gli ammortizzatori sociali è rimasta quasi inalterata (*infra*, tabella 7.3). La distanza dall'Europa è ancora elevata, la distorsione funzionale resta ben visibile. Se però guardiamo alla figura 7.1, il bilancio diventa un po' più ottimistico e la tesi del salvataggio risulta confermata, almeno in senso controfattuale. Se non ci fossero state le riforme, nel 2015 ci saremmo trovati con una spesa pensionistica pari al 18% del PIL (dopo le riforme: 14,5% circa), mentre nel 2040 quasi un quarto del PIL sarebbe andato alle pensioni: un valore chiaramente impensabile, che avrebbe spinto l'intera spesa pubblica ben al di sopra del 50%, con conseguenze incalcolabili su deficit, debito e crescita. Il welfare all'italiana era in realtà una bomba a orologeria: senza il salvataggio, il Paese sarebbe scivolato verso una bancarotta di tipo sudamericano.

Tabella 7.3. Spesa sociale per funzione (% spesa sociale totale), Italia - UE 15, 1995-2009

	1995		2000		2005		2009	
	UE 15	Italia	UE 15	Italia	UE 15	Italia	UE 15	Italia
Famiglia/ minori	7,6	3,1	7,9	3,7	7,6	4,2	7,7	4,7
Disoccupazione	7,9	2,9	5,8	1,6	5,9	1,9	5,9	2,7
Vecchiaia e superstiti	42,4	61,0	44,5	60,8	43,7	58,3	42,8	57,3

Fonte: Eurostat online database.

Figura 7.1. Proiezioni della spesa pensionistica in rapporto al PIL, prima e dopo le riforme



Fonte: elaborazione dell'autore da Ministero dell'economia e delle finanze, *Relazione generale sulla situazione economica del paese*, anni vari.

Anche sul piano distributivo l'impatto delle riforme è stato limitato. La situazione è migliorata rispetto all'acme di polarizzazione dei primi anni Novanta illustrato nel capitolo introduttivo (*supra*, tabella 1.2). Ciò vale soprattutto per la tutela «media» in caso di disoccupazione: le riforme dell'ultimo quindicennio han-

no gradualmente aumentato il tasso di rimpiazzo dell'indennità ordinaria fino al 60% della retribuzione (primi sei mesi), allineandolo agli standard europei³⁵⁶. Nel settore delle prestazioni familiari l'introduzione dell'assegno al terzo figlio nel 1999, scollegato dallo status assicurativo e occupazionale dei genitori, ha a sua volta inaugurato una tutela deliberatamente dedicata a tutti i minori, realizzando almeno in parte l'opzione universalista scartata dal CNEL nel progetto del 1963. Accanto a queste piccole luci, sono tuttavia rimaste molte delle vecchie ombre. Le misure sottrattive in campo pensionistico hanno risparmiato gli insider e scaricato l'aggiustamento sulle generazioni future (Schizzerotto, Trivellato, Sartor, a cura di, 2011). La precarizzazione del mercato del lavoro ha reso poco efficace il potenziamento dello schema assicurativo contro la disoccupazione: molti lavoratori con contratti atipici non maturano i requisiti per accedere alle prestazioni (Berton, Richiardi, Sacchi 2009). La cassa integrazione ha continuato a essere l'ammortizzatore sociale per eccellenza a tutela degli insider. La pur ambiziosa riforma dell'assistenza varata nel 2001 è per molti aspetti rimasta lettera morta, soprattutto sul versante dei servizi, delle politiche di conciliazione, del contrasto alla povertà e all'esclusione sociale (Madama 2010).

Qualsiasi valutazione deve poggiare su un *benchmark*, un riferimento di paragone. Se il *benchmark* è l'Italia dei primi anni Novanta, oppure ciò che essa sarebbe diventata in assenza di riforme, ebbene il bilancio dell'ultimo ventennio non è affatto negativo: confermiamo insomma ciò che abbiamo già detto sopra. Se il *benchmark* diventa però l'Europa (ad esempio, gli obiettivi di Lisbona o quelli più recentemente definiti dalla strategia EU-2020), oppure anche solo le proposte formulate nel 1997 dalla Commissione Onofri, il bilancio resta deludente. Come ha sostenuto Brandolini nell'*Introduzione* a un accurato studio svolto in occasione del decennale della Commissione, «dopo dieci anni le [sue] indicazioni risultano largamente disattese» (Brandolini 2008, p. 15).

La crisi scoppiata proprio nel 2008 ha sferrato un duro colpo

³⁵⁶ La durata della prestazione (massimo 12 mesi, con tasso degressivo dopo i primi 6) resta però più breve di quella degli altri Paesi continentali.

all'economia e alla società italiane, mettendo nuovamente in luce le persistenti carenze strutturali del nostro modello di welfare. Come nel 1995, l'emergenza finanziaria ha provocato pesanti turbolenze politiche e la formazione di un nuovo Governo di tecnici, guidato da Mario Monti. Alla fine del 2011 è stata varata una nuova riforma delle pensioni che ha corretto le numerose anomalie distributive ancora esistenti e ulteriormente contenuto le dinamiche di spesa nei prossimi decenni (cfr., *supra*, figura 7.1). Nell'estate del 2012 è stata inoltre approvata un'ambiziosa riforma del mercato del lavoro, che ha fra l'altro modificato l'architettura istituzionale del sistema di ammortizzatori sociali. Di nuovo, il «vincolo esterno» ha agito come leva di Archimede per forzare lo *status quo*. Se con la riforma Fornero la ricalibratura «sottrattiva» può dirsi definitivamente raggiunta in campo pensionistico, molto resta da fare in termini di miglioramento e rafforzamento della protezione nei confronti di rischi e bisogni ancora scoperti, in modo da ri-orientare la protezione sociale verso il modello della *flexicurity* (non interamente fatto proprio dalla riforma del lavoro), dell'investimento sociale, dell'inclusione attiva. Solo così sarà possibile creare finalmente quel circolo virtuoso fra welfare, crescita e competitività che sta alla base del modello sociale europeo e che è già una realtà in molti dei Paesi con cui normalmente (e giustamente) ci confrontiamo.

**Francesco
Taroni**
*Presentazione di
Elio Guzzanti*

POLITICHE SANITARIE IN ITALIA

*Il futuro del SSN
in una prospettiva storica*

 Il Pensiero Scientifico Editore



Francesco Taroni

Dipartimento Medicina e Sanità Pubblica
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università di Bologna



Prima edizione: settembre 2011

© 2011 Il Pensiero Scientifico Editore

Via San Giovanni Valdarno 8, 00138 Roma

Tel. (+39) 06 862821 - Fax: (+39) 06 86282250

pensiero@pensiero.it - www.pensiero.it

www.facebook.com/PensieroScientifico

Tutti i diritti sono riservati per tutti i Paesi

Stampato in Italia dalla Tipolitografia Quattroventi s.n.c.


Via A. del Castagno 196, 00144 Roma

Progetto grafico e copertina: Studio Rosa Pantone s.n.c., Roma

Illustrazione di copertina: Alberto Burri, *Sestante 16*, 1982-1983

Coordinamento redazionale: Alessio Malta

ISBN 978-88-490-0378-9



PROLOGO

GLI SCOPI E L'OGGETTO

Questo libro tenta di ricostruire un resoconto plausibile del profilo politico ed intellettuale delle politiche sanitarie in Italia dal secondo dopoguerra all'inizio del nuovo secolo. Esso considera quindi l'emergere delle loro idee, i conflitti che esprimono ed hanno alimentato, i processi attraverso cui si sono imposte nell'agenda politica e sono state tradotte in legge o, viceversa, rigettate nonché le forme in cui sono state attuate, o non attuate, sullo sfondo dell'evoluzione delle altre istituzioni del welfare e del più generale contesto sociale, economico e politico del paese.

Oltre mezzo secolo è un arco lunghissimo se misurato col tempo della medicina. Lo dimostrano la densità e la portata degli eventi della tavola dei "momenti decisivi" della pratica medica (Le Fanu, 1999), delle scoperte scientifiche e delle innovazioni tecnologiche ed organizzative in ambito sanitario (Fuchs e Sox, 2001; Hardy e Tansey, 2006) (Tabella 1); l'entità dei cambiamenti nel profilo di salute della popolazione che ha visto aumentare la sua aspettativa di vita di oltre 20 anni (Tabella 2) ed ha modificato profondamente la sua patocenosi (Grmek, 1969) attraversando varie transizioni epidemiologiche (Omran, 1971), inclusa quella fondamentale del passaggio dalle patologie da privazione a quelle dell'eccesso (Le Grand, 2008) che in Italia ha spesso intrecciato le malattie della miseria con le malattie del progresso.

La profonda trasformazione delle basi materiali oggetto delle politiche sanitarie dal dopoguerra ad oggi ha modificato la qualità dei temi su cui si è esercitato il governo dei sistemi sanitari, passato dai problemi della crescita dell'offerta e dell'espansione dell'accesso ai servizi sanitari durante l'"età dell'oro" dei sistemi di welfare terminata con le crisi del petrolio degli anni '70 (Klein, 2003) a quelli del controllo dell'eccesso, rivolti al contenimento dei consumi e della spesa tipici dei tempi moderni (Cooter e Pickstone, 2003). In questo lungo arco di tempo, anche le politiche sanitarie italiane hanno dovuto affrontare le conse-

TABELLA 1 - PRINCIPALI PROGRESSI, DISASTRI E CONTROVERSIE NELLA RICERCA, NELLA PRATICA MEDICA E NELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA, 1940-2000

ANNI '40	
Penicillina*	Rapporto Beveridge
Streptomina	RCT streptomina in GB
CAF e tetraciline	Codice di Norimberga
Cortisone*	Istituzione del NHS in GB
Anestesia generale	Rigetto Progetto Truman (USA)
Radioterapia	Approvazione Hill-Burton Act (USA)
Dialisi renale	
Impianto di lente per cataratta ⁺	
Pap Test per cancro cervice uterina	
ANNI '50	
Clorpromazina*	DSM-I
Streptomina e PAS per tbc*	Fumo e cancro del polmone*
Ultrasonografia	Terapia intensiva
Microscopio operatorio Zeiss	Interventi a cuore aperto*
Endoscopio flessibile Hopkins	Macchina cuore-polmone
Doppia elica del DNA	Fattore VIII emofilia
Vaccino antipolio Salk	
Incidente della Cutter ^o	
ANNI '60	
Pillola contraccettiva	Talidomide ^o
Vaccino antipolio Sabin	Mammografia
Levodopa per malattia di Parkinson	Dichiarazione di Helsinki
Azatioprina	Belmont Report (USA)
Protesi d'anca Charnley**	Medicare/Medicaid negli USA
Trapianto di rene e di cuore	Terapia Intensiva Coronarica ^o
Bypass coronarico ⁺ °	Prevenzione ictus*
Librium/benzodiazepine	Diagnosi prenatale sindrome di Down

segue

TABELLA 1 - Segue

ANNI '70	
Anti H ₂ (cimetidina) ⁺	Trapianto di midollo
β-bloccanti (propranololo)	Angioplastica coronarica ⁺
Anticorpi monoclonali	Terapia intensiva neonatale
TAC ⁺	Eradicazione del vaiolo
Fertilizzazione in vitro [*]	Dichiarazione di Alma Ata (OMS)
Ciclosporina	Istituzione del SSN (Italia)
Vaccino epatite B	Rivelazione di Tuskegee (USA) [°]
Cura per alcune neoplasie infantili [*]	
ANNI '80	
RMN ⁺	Helicobacter e ulcera peptica [*]
Chirurgia laparoscopica	HRT per menopausa [°]
Trombolisi per IMA	Insulina genetica
Antidepressivi, SSRI e non ⁺	Test di screening per infezione da HIV
PCR	AIDS-gate in Francia [°]
ANNI '90	
Terapia tripla per HIV	Disastro di Bristol (GB) [°]
ACE-inibitori ⁺	Human Genome Project
Statine ⁺	Pecora Dolly
Viagra per impotenza	

[°] Disastri e controversie.

^{*} “Momenti decisivi” sec. Le Fanu.

⁺ “Innovazioni significative” sec. Fuchs e Sox.

guenze della circolarità delle relazioni fra la domanda di espansione della copertura assicurativa della popolazione e l'aumento dell'efficacia, della complessità e del costo dell'assistenza sanitaria che ha caratterizzato i sistemi sanitari di tutti i paesi occidentali secondo il classico “quadrilemma” di Weisbrod (Weisbrod, 1991). Anche in Italia lo sviluppo della pratica medica, la diffusione delle tecnologie e la modernizzazione dei servizi, a cominciare dagli ospedali, sono stati finanziati con l'espansione della copertura assicurativa della popolazione, passata da circa 16 ad oltre 50 milioni di persone, con una spesa lievitata dai 4 miliardi di lire del 1945 agli oltre 100 del 1950 per superare i 5000 nel 1974, anno di formale scioglimento delle mutue. La copertura divenuta universale con

TABELLA 2 - ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA IN ITALIA E IN ALCUNI PAESI, 1940-2000 (ANNI)

	1940	1960	1980	2000
Italia	57,6	69,2	74,0	79,1
Stati Uniti	62,9	69,8	73,7	76,6
Gran Bretagna	61,2	71,2	73,8	77,8
Francia	49,5	70,4	74,2	78,8

TABELLA 3 - ESPANSIONE DELLA COPERTURA E DELLA SPESA, 1950-1974

ANNO ^x	POPOLAZIONE		SPESA ^o
	TOTALE [*]	% ⁺	
1950	22,6	45,9	129
1955	39,0	80,4	164
1960	43,3	88,1	441
1965	45,9	88,4	1171
1970	49,9	92,1	2405
1974	53,8	97,3	5341

^xo anno più prossimo; ^{*} milioni di persone; ⁺ rispetto alla popolazione residente; ^o miliardi di lire

l'istituzione del SSN nel 1978 ha visto poi crescere la sua spesa fino agli oltre 100 miliardi di euro attuali (Tabella 3). L'aspirazione universalistica dei sistemi sanitari non si è tuttavia espressa soltanto come crescita della copertura "assicurativa" della popolazione. La domanda di una qualche forma di copertura da parte di un soggetto terzo per rendere individualmente sostenibili consumi sempre più elevati di prestazioni sempre più complesse e costose, sostenuta dalle preferenze espresse dalla popolazione verso prestazioni sanitarie sempre più efficaci, si è associata alla diffusione della consapevolezza che il diritto all'accesso agli strumenti per la tutela della salute è un diritto universale della persona, anche oltre il diritto di cittadinanza, con significative ricadute sulla dignità del singolo e sulla equità collettiva (Beauchamp, 1976). L'espansione dell'oggetto e l'aumento dei costi complessivi di sistema hanno giustificato l'emergere di politiche sanitarie "selettive" volte non più ad espandere l'accesso e a qualificare l'offerta ma a comprimere i consumi e a contenere la spesa sanitaria pubblica, non raramente contrapposte a politiche per la salute che intervengono sui suoi

TABELLA 4 - LE DATE DELLA SANITÀ ITALIANA

1943	Istituzione dell'Ente Mutualità Fascista – Istituto per l'Assistenza di Malattia ai Lavoratori
1945	Alto Commissariato Igiene e Sanità Pubblica (Acis)
1947	Trasformazione EMF in Istituto Nazionale Assicurazione Malattia (INAM)
1948	Commissione per la riforma della Previdenza Sociale (Comm. D'Aragona)
1958	Ministero della Sanità
1958	Piccola Riforma dell'INAM
1964	Piano Giolitti
1968	Riforma ospedaliera Mariotti (L. 132/68)
1978	Istituzione del Servizio sanitario nazionale (L. 833/78)
1992	Riforma Amato-De Lorenzo (d.lgs. 502/92)
1993	Riforma Ciampi-Garavaglia (d.lgs. 517/93)
1999	Riforma D'Alema-Bindi (d.lgs. 229/99)
2001	Riforma Titolo V Costituzione

determinanti più “distali”, a fini di giustizia sociale che esorbitano anche dal già vasto ambito della salute (Ruger, 2004).

Anche per l'impossibilità di affrontare adeguatamente un ambito tanto ampio e diverso, questo libro limita il suo oggetto ad un'interpretazione restrittiva del concetto di politica sanitaria rispetto a quello più ampio delle politiche per la salute, con l'obiettivo di descrivere il profilo di lungo periodo dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria in Italia, concentrandosi in particolare sui suoi aspetti politici ed istituzionali. L'analisi è organizzata attorno agli otto punti di snodo fondamentali di questo profilo (Tabella 4).

La riproposizione nel 1947 dell'Ente Mutualità Fascista costituito dal regime nel 1943, trasformato in Istituto Nazionale Assicurazione Malattie (INAM) nel 1947, e il rigetto l'anno successivo delle mozioni timidamente riformiste della Commissione D'Aragona, come indici di continuità dello Stato e della mancata nascita di un sistema sanitario universalistico secondo i principi del Rapporto Beveridge penetrati anche in Italia; come strumenti per l'espansione del regime mutualistico degli anni '50, in armonia con le basi particolaristico-clientelari della fase nascente del sistema nazionale di welfare che non venne intaccato neppure dalla tanto attesa istituzione del Ministero della Sanità nel 1958, cui l'INAM rispose con una autocratica autoriforma entrata in vigore l'anno successivo. Le speranze riposte dai primi governi di Centro-sinistra degli anni '60 in ambiziosi programmi di riforma “di struttura”, come i Piani Giolitti e Pieraccini, che costituirono una sorta di officina per l'istituzione di un Servizio sanitario nazionale (SSN), in competizione con le proposte di semplice riordino amministrativo elaborate dall'interno dello stesso sistema mutualistico. La riforma

ospedaliera Mariotti del 1968, condizione necessaria per la modernizzazione del sistema ospedaliero ma, a differenza del Canada, non sufficiente per giungere all'agognata istituzione del SSN, che fu realizzata solo dieci anni dopo a seguito della crisi finanziaria e di legittimità del regime mutualistico e grazie all'istituzione delle Regioni, in un contesto politico eccezionale ed in controtendenza rispetto alla situazione economica e alla politica internazionale. La pressoché immediata ricerca di una "riforma della riforma" continuata per tutti gli anni '80 che portò alla radicale controriforma tentata nel 1992 ed il suo parziale riaggiustamento del 1993 che eliminava gli elementi di privatizzazione del finanziamento e manteneva intatti gli elementi di aziendalizzazione delle USL e di regionalizzazione del sistema, oggetto dell'ultima grande riforma nazionale del 1999. Infine, la modifica del Titolo V della Costituzione entrata in vigore a seguito del referendum confermativo nel 2001 che, attribuendo alle Regioni competenza sull'organizzazione e sul funzionamento del SSN, ha segnato la fine dei grandi disegni di riforma a livello nazionale, lasciando il campo esclusivamente alle leggi regionali di organizzazione. Questi eventi, o non-eventi, la cui salienza si è talora rivelata soltanto a posteriori, scandiscono implicitamente una periodizzazione delle diverse fasi delle politiche sanitarie in Italia illustrata dalla Tabella 5.

Al profilo diacronico delle politiche sanitarie italiane il libro affianca un'analisi comparativa delle similarità e delle differenze con cui altri paesi hanno affrontato problemi analoghi, anche per evidenziare fenomeni di migrazione delle idee e di apprendimento sociale (Rose, 1993). L'analisi comparativa dei sistemi sanitari, di Italia, Gran Bretagna e Canada in particolare, offre interessanti prospettive di studio in quanto, a dispetto della diversità degli assetti politico-istituzionali dello Stato, della capacità amministrativa delle burocrazie nazionali e locali e delle tradizioni culturali, questi sistemi presentano numerose analogie nel passaggio da forme di assicurazione che garantivano comunque una copertura pressoché completa alla popolazione a servizi sanitari nazionali su base universalistica e finanziati dalla fiscalità generale, o da una combinazione di

TABELLA 5 - I MOMENTI DELLE POLITICHE SANITARIE IN ITALIA

1943-1948	Inerzie e continuità istituzionali
1949-1961	L'ordine mutualistico
1962-1964	L'illusione riformista
1965-1973	Alla ricerca del SSN; l'ascesa delle Regioni
1974-1977	Una riforma difficile da evitare
1978-1991	Riforma e controriforme
1992-1999	Regionalizzazione e aziendalizzazione del SSN
2000-	Aspettando il federalismo?

fiscalità provinciale e di trasferimenti nazionali. In particolare, il confronto con un paese come la Gran Bretagna, che ha adottato un sistema sanitario servito da modello per il SSN trent'anni dopo, può contribuire all'analisi della non-nascita del SSN nell'immediato dopoguerra e delle ragioni della sua difficile e tardiva istituzione e pressoché immediata negazione, fra cui possono essere rintracciati anche molti dei motivi delle sue difficoltà di attuazione. Il confronto con un paese di federalismo maturo come il Canada può invece illuminare aspetti del regionalismo sanitario italiano e della sua possibile evoluzione verso una qualche forma di federalismo.

Analisi di eventi di tale complessità in un arco di tempo tanto lungo sono intrinsecamente interdisciplinari in quanto attingono necessariamente agli strumenti ed ai metodi di una varietà di discipline e sub-discipline, in ragione della stretta interdipendenza fra le condizioni di salute o di non-salute della popolazione, la distribuzione dei loro determinanti sociali e i processi di formulazione delle politiche per favorirne o contrastarne gli effetti attraverso le varie forme di intervento collettivo, incluso quello dello Stato. Questa interdipendenza rende le politiche sanitarie ed i sistemi sanitari in cui si esprimono contemporaneamente lo specchio della società e l'immagine dello Stato (Rosenberg, 2007). L'antica tradizione della Medicina Sociale aveva saputo combinare l'attenzione alla distribuzione delle condizioni di salute nella popolazione e dei suoi determinanti con l'analisi degli aspetti legislativi, e quindi anche politici e istituzionali, degli interventi collettivi necessari per contrastarne gli effetti negativi, prevenendoli o alleviandone l'impatto sulle condizioni sociali ed economiche, a livello individuale e collettivo. Arnaldo Cherubini, medico sociale della scuola senese, è stato autore di una serie di opere che hanno delineato una storia dell'assistenza sanitaria in Italia dalla metà del XVIII secolo alla fine degli anni '60, alla soglia della formulazione delle prime proposte organiche di riforma del sistema mutualistico per l'istituzione del SSN (cfr. ad esempio: Cherubini, 1958; Cherubini, 1977; Cherubini, 1980; Cherubini e Piva, 1998). Le sue analisi hanno modernamente affiancato alla comparazione fra fasi diverse di sviluppo del sistema assistenziale italiano il confronto con altri paesi, come Francia ed Inghilterra, che nel corso della loro storia sanitaria hanno affrontato scelte analoghe o hanno al contrario perseguito strade in direzione opposta. Rinnovare l'attenzione dedicata dalla Medicina Sociale italiana all'analisi dei sistemi sanitari come fenomeno culturale, politico ed istituzionale è uno degli obiettivi di questo contributo. In tempi moderni, l'allargamento e l'approfondimento della base conoscitiva e degli strumenti di indagine delle singole discipline rendono particolarmente ardui simili progetti, sollecitando l'indulgenza del lettore. Non c'è tuttavia alcuna ambizione di produrre una storia comparabile all'impegno del lavoro monumentale di Charles Webster sul NHS inglese (Webster, 1988; per una versione breve, vedi anche Webster, 1998), all'analisi di economia politica del NHS di Klein, ora giunta alla quinta edizione (Klein, 2006), o a quella ad impronta più spiccatamente sociologica di Paul Starr sull'assistenza sanitaria negli Stati Uniti (Starr, 1982; per un'ampia discussione a 20 anni di distanza, cfr. il numero monogra-

fico del *Journal of Health Politics, Policy and Law* di agosto 2004). Anche per l'assenza di una storiografia come quella che si è sviluppata attorno al National Health Service britannico (Gorsky, 2008), non si tratta neppure propriamente di un libro di storia dell'assistenza sanitaria in Italia quanto piuttosto di un appello a che gli storici tornino ad occuparsi della sanità e della salute in Italia. L'assenza di una storia della sanità in Italia focalizzata sui suoi aspetti politico-istituzionali, e quindi diversa dall'inevitabile riferimento all'enciclopedico approccio di Cosmacini (cfr. ad esempio Cosmacini, 1994) indipendentemente dai tradizionali appelli all'utilità della storia, costituisce un limite oggettivo al lavoro di coloro che, a vario titolo e a diversi livelli, sono oggi impegnati nel governo del SSN e nella gestione delle sue organizzazioni. La mancanza di una consapevolezza della continuità dei problemi e delle loro cesure li priva infatti di un importante strumento per valutare e quindi anche affrontare i problemi attuali, secondo l'indicazione di Virginia Berridge di imparare ad imparare dalla nostra stessa esperienza (Berridge, 2008) nel momento in cui persino il grande bazar transcontinentale delle idee che aveva alimentato la febbre delle "assurde utopie" (Klein, 1993) degli anni '90 sembra aver esaurito la sua riserva di mode, entusiasmi mal riposti e ridicole assurdità (Marmor, 2007).

LE DATE, LE CRISI E I NODI DEL SSN

Il profilo evolutivo del sistema sanitario italiano dai primi anni del secondo dopoguerra alla fine del secolo è presentato come l'alternarsi di relativamente lunghi periodi di stasi e di inerzia istituzionale a momenti di rapida e talora profonda trasformazione, realizzata approfittando di finestre di opportunità aperte in occasione di crisi o giunture critiche determinate dall'emergere di fattori endogeni e/o dall'intervento di fenomeni esogeni all'ambito sanitario, di origine nazionale o internazionale (Collier e Collier, 1991). Questo approccio aderisce ad un modello ormai classico emergente dalla letteratura politologica applicata all'analisi dei sistemi sanitari, già utilizzato anche per il SSN italiano (France e Taroni, 2005). La scelta di assumere come punti di riferimento attorno cui organizzare l'analisi le date delle principali riforme (o non riforme) che hanno interessato il sistema sanitario risponde alla ragionevole assunzione che queste segnalino momenti di crisi sufficientemente profondi da sovrastare le forze inerziali dominanti nelle fasi normali e da produrre cambiamenti istituzionali od organizzativi.

L'enfasi sui momenti di crisi del sistema non intende tuttavia negare mutamenti anche significativi nell'organizzazione e nel funzionamento del sistema sanitario attraverso lenti e talora inavvertiti processi di adattamento progressivo a nuovi contesti o a forze endogene. Particolarmente in settori altamente dinamici come la sanità, l'inerzia gestionale o legislativa può paradossalmente produrre grandi cambiamenti, spesso inapparenti per lunghi periodi di tempo, determinati dallo scarto che il non-cambiamento produce fra la norma vigente

ed il suo oggetto di applicazione. Questo fenomeno, denominato deriva (*drift* – Thelen, 2003), fa parte di una vasta serie di eventi che possono mutare la funzione delle istituzioni esistenti, direttamente (*conversion*) o sovrapponendovi quelle attribuite a organizzazioni di nuova istituzione (stratificazione o *layering*), provocando cambiamenti “sotterranei” anche profondi senza la necessità degli interventi legislativi che in genere accompagnano le riforme (Hacker, 2004).

L'enfasi sui cambiamenti che segnano cesure significative nel profilo delle politiche sanitarie italiane coesiste con il riconoscimento dell'esistenza di una robusta trama di continuità nei problemi che sono stati di volta in volta presi ad oggetto delle riforme. Alla ostinata persistenza di problemi peculiari a ciascun sistema sanitario fa riferimento la cinica considerazione di Klein secondo cui le frequenti rivoluzioni dis-organizzative, cui è stato sottoposto il NHS inglese in misura anche maggiore di quello italiano, non sono volte a risolvere nuovi problemi quanto a riconfigurare in forme sempre diverse quelli che lo affliggono fin dalla sua istituzione (Klein, 2000:23). Cinismo a parte, la presenza di nodi irrisolti rappresenta il lascito di lungo periodo dei compromessi negoziati in occasione delle brevi e relativamente rare occasioni di cambiamento, che determinano nuovi equilibri instabili su cui si esercitano i successivi tentativi di riforma.

Le “crisi” che intervengono a modificare i precari equilibri risultanti dal bilanciamento fra le forze esogene ed endogene di resistenza e di cambiamento sono spesso seguite da assestamenti precoci (definiti *aftermath* da Collier e Collier per differenziarli dagli effetti di più lungo periodo), successivamente ai quali si instaura una nuova condizione di equilibrio la cui stabilità è rinforzata dai ritorni positivi (*positive-feedback* – Pierson, 2000) per i soggetti e le istituzioni che traggono vantaggio dal nuovo assetto raggiunto. Il nuovo stato stazionario del sistema determina effetti di lungo periodo (definiti *legacy* da Collier e Collier) in cui le scelte politiche sono dominate dalla sua logica interna che condiziona gli sviluppi futuri, opponendo resistenze ad ulteriori cambiamenti, prefigurando percorsi obbligati e stabilendo vincoli che costituiscono i nodi fondamentali del sistema da cui si dipana la sua continuità (Pierson, 2003). Per questo motivo, il cambiamento nei grandi sistemi sanitari è spesso lento e generalmente inapparente, più simile allo scivolamento dei ghiacciai che all'irrompere delle valanghe, dando l'impressione agli osservatori di una loro inamovibilità o irreformabilità dall'interno (Wilsford, 1994). Per il medesimo motivo, le politiche di restrizione (*retrenchment*) sono necessariamente diverse da quelle della fase di espansione in quanto devono confrontarsi con le resistenze ed i poteri di veto dei soggetti sociali e delle istituzioni che hanno consolidato le loro posizioni nella fase espansiva (Pierson, 1996; Pierson, 1994).

La tesi che si intende suggerire evocando sommariamente le principali acquisizioni delle analisi di ispirazione istituzionalista è che esiste una sostanziale continuità fra i periodi di stabilità ed i momenti di crisi del sistema sanitario che deriva dal nesso dinamico che intercorre fra nodi del passato e problemi del presente. L'analisi della continuità e l'esplorazione dei temi ricorrenti nelle po-

litiche sanitarie aiutano a comprendere le ragioni del profilo evolutivo delle diverse componenti dello “Stato Sanitario” (Moran, 1999; Moran, 2000) in Italia e delle scelte politiche ed istituzionali via via adottate. In particolare, i principali nodi che caratterizzano lo svolgersi del sistema sanitario italiano combinano elementi già emersi precedentemente all’istituzione del SSN con le ambiguità della sua legge istitutiva del 1978 ed i problemi irrisolti della sua principale riforma del 1992 che, malgrado gli aggiustamenti immediati e la sistematica revisione subita nel 1999, hanno comportato lasciti di lungo periodo (le “eredità” di Collier e Collier) tutt’ora presenti ed attivi. Il nodo più significativo, evidenziato dalle più recenti evoluzioni istituzionali verso una qualche forma federale della Repubblica, è riconducibile al carattere nazionale del SSN intrinseco al suo universalismo egualitario opposto al governo regionale ed alla gestione locale richiesti dalla rispondenza alle preferenze e alle aspettative della popolazione destinataria specifica delle sue unità elementari di intervento, le Unità sanitarie locali. Analogamente, attorno alla questione della natura giuridica ed istituzionale delle Unità sanitarie locali ritornata al centro del discorso recente sulla aziendalizzazione, incluso quello della loro apparentemente paradossale ripoliticizzazione, si era già concentrato il dibattito pre-riforma, che aveva considerato anche le ragioni del loro riferimento regionale e della gestione comunale. Risalgono addirittura ai primi anni del secondo dopoguerra (per limitarsi solo al periodo qui coperto) i rilievi sui limiti alla modernizzazione imposti dalla difesa dell’autonomia delle istituzioni ospedaliere, riproposta in tempi recenti in termini di scorporo degli ospedali dalle USL. L’ultimo nodo, non certo per importanza, è la tendenza periodicamente riemergente nella sanità italiana ad imprimere una torsione “selettiva” (Onofri, 2008) o “condizionata” (Ferrera, 1995) alla globalità di copertura promessa dall’universalismo egualitario della legge istitutiva del SSN, che risale tuttavia agli albori del periodo mutualistico quando la politica dell’esclusione del “piccolo rischio” predicata da Petrilli (Petrilli, 1953) o la prova dei mezzi richiesta da Savoini (Savoini, 1955) lasciavano più chiaramente trasparire l’irrisolta questione della distinzione fra previdenza e assistenza già emersa nell’Assemblea Costituente.

PROBLEMI DI METODO

I temi della continuità e del cambiamento e delle loro reciproche e dinamiche inter-relazioni costituiscono uno dei problemi classici dell’analisi delle istituzioni (per una revisione, cfr. ad esempio Clemens e Cook, 1999) e rappresentano un punto fondamentale anche nell’analisi dell’evoluzione dei sistemi sanitari. La natura cumulativa del processo di elaborazione delle politiche sanitarie è qualificata da Rosenberg come *structured contingency* o accidentalità strutturata, un ossimoro che indica come le politiche sanitarie combinino la continuità di norme storicamente configurate che agiscono da vincoli al contesto con l’accidentalità dei risultati del processo negoziale fra gli interessi localmente e temporalmente

coinvolti (Rosenberg, 2007:202). Analogamente, l'analisi empirica ha esaminato gli intrecci dei vincoli imposti dalla coerenza interna degli assetti e delle norme che disciplinano il funzionamento delle istituzioni sanitarie, la "logica" del sistema nella terminologia adottata da Tuohy nel suo testo fondamentale *Accidental logics* (Tuohy, 1999), con la natura contingente, occasionale e in taluni casi addirittura apparentemente fortuita degli eventi che intervengono a turbare la stabilità del sistema (la "accidentalità" secondo Tuohy).

Riconoscere un periodo di crisi e l'apertura di una finestra di opportunità può spiegare perché ad un certo momento è intervenuto un cambiamento ma non dice nulla riguardo alla forma e all'entità che questo è destinato ad assumere. Il classico modello di Kingdon per analizzare la dinamica del cambiamento nelle politiche pubbliche (Kingdon, 1995) assume che il processo decisionale non corrisponda ad una scelta razionale di ottimizzazione dei benefici fra tutte le alternative possibili ma, attingendo al modello decisionale della *garbage can* (March et al., 1972), configura le scelte politiche come la ricerca fra tutte le soluzioni già disponibili di quella che può essere meglio rappresentata come la più conforme alla configurazione del problema che domina al momento l'agenda politica. L'appaiamento (*matching*) fra il problema e la soluzione scelta nel repertorio delle disponibilità viene realizzato nell'arena della politica per l'intervento attivo di "imprenditori politici" individuali o collettivi, portatori di specifiche preferenze e/o interessi per talune soluzioni rispetto ad altre.

Il livello di cambiamento recato al sistema può essere graduato distinguendo le riforme che comportano una modifica dei suoi principi fondamentali da quelle che si limitano a modificare i criteri di funzionamento per ripristinare l'equilibrio rotto su nuove relazioni fra gli attori fondamentali o per volgere il sistema a nuovi obiettivi o, ancora più semplicemente, ad introdurre nuovi strumenti o a modificare quelli già esistenti per migliorarne il funzionamento. Questo approccio interpretativo è coerente con la classificazione dell'intensità del cambiamento nelle politiche pubbliche elaborato da Hall e già applicata al SSN (France e Taroni, 2005) che misura la profondità del cambiamento secondo tre livelli descrescenti, in cui cambiamenti di 3° ordine comportano modifiche nei principi e/o negli obiettivi generali del sistema mentre quelli di 1° e di 2° ordine si limitano a modificare il contesto organizzativo o, rispettivamente, a introdurre nuovi strumenti per perseguire gli obiettivi o attuare i principi preesistenti (Hall, 1993). Cambiamenti di 3° ordine sono rari nell'ambito delle politiche sanitarie e, nel caso italiano, sono riconoscibili nell'abbandono del sistema mutualistico operato con la legge 833/78 che con l'istituzione del SSN introduceva nuovi principi e obiettivi generali di sistema. La riforma operata dal d.lgs. 502/92 avrebbe determinato un cambiamento di 3° ordine per la rottura operata dalla privatizzazione del finanziamento pubblico rispetto ai principi del SSN se non fosse stato per l'intervento del decreto correttivo del 1993, che ha realizzato un cambiamento di 2° ordine in quanto ha confermato i nuovi strumenti istituzionali dell'aziendalizzazione della gestione e della regionalizzazione del sistema per perseguire i principi e gli obiettivi formalmente riconfermati del SSN. Le

proposte di riforma per il superamento del sistema mutualistico con l'istituzione di un sistema sanitario nazionale iniziate con il progetto della CGIL degli anni '50 e continuate con i programmi del Centro-sinistra degli anni '60 possono invece essere interpretate come variazioni di un unico modello generale su cui hanno di volta in volta operato gli aggiustamenti tatticamente ritenuti opportuni nella particolare contingenza storica per massimizzare il consenso o minimizzare l'opposizione.

L'utilizzabilità empirica di questi criteri nell'analisi dell'evoluzione del sistema sanitario italiano incontra tuttavia difficoltà di ordine concettuale ed empirico. Il problema concettuale origina dal fatto che i principi fondamentali del SSN devono essere dedotti di volta in volta, mantenendo distinti i tre diversi piani dei principi e dei valori (ad esempio, il suo grado di solidarietà fra territori e fra persone), il modello politico-istituzionale (ad esempio, la forma di finanziamento e l'assetto proprietario delle strutture) ed i criteri di organizzazione e di funzionamento (ad esempio, il sistema di remunerazione dei produttori). Risulta quindi empiricamente difficile determinare se riforme presentate come "adeguamenti" o "aggiornamenti" della struttura e/o degli strumenti possano essere qualificate come "violazioni" dei principi ovvero se cambiamenti in uno dei livelli su cui si articola il sistema possano a loro volta portare a cambiamenti qualificabili come di 3° ordine. Ad esempio, l'ampia riclassificazione del prontuario terapeutico del SSN che ha escluso un cospicuo numero di farmaci dalla copertura del SSN in quanto non efficaci o gravati da un prezzo troppo alto ha costituito un significativo cambiamento culturale nelle politiche del farmaco (Garattini, 1995) pur configurandosi in sé come un semplice cambiamento di 1° ordine relativo agli strumenti del sistema. La riclassificazione ha anche determinato un significativo aumento della spesa privata che potrebbe indurre ad interpretarla come un processo di "privatizzazione strisciante" del finanziamento dell'assistenza sanitaria, causa potenziale di un cambiamento di 3° ordine per violazione del principio della globalità della copertura e del suo finanziamento pubblico attraverso la fiscalità. Più in generale, i livelli dei valori, delle forme organizzative e degli strumenti operativi sono concettualmente distinti ma non separati per cui cambiamenti in uno qualsiasi di essi può determinare significative variazioni anche in livelli sovraordinati. Ad esempio, la privatizzazione della gestione di strutture di proprietà pubblica può condurre all'emergere di fonti private di finanziamento alternative al finanziamento pubblico che possono erodere i principi generali della globalità di copertura e del finanziamento pubblico delle prestazioni a carico del SSN (Taroni, 2008).

Quanto infine alla forma del cambiamento, Tuhoj ha analizzato le principali differenze nelle tre fondamentali strategie utilizzate in ambito sanitario, distinguendo le riforme in improvvise o "big bang", incrementali o pianificate secondo percorsi predefiniti (*blueprint*), evidenziandone le conseguenze rispetto al favore incontrato presso l'opinione pubblica, reazioni dei movimenti a sostegno o contro gli obiettivi proposti ed efficacia nell'attuazione del cambiamento programmato (Tuhoj, 1999). Riforme introdotte rapidamente, senza la consulta-

zione preliminare dei soggetti interessati sono in genere qualificate come “big bang”, sottolineando l’inizio improvviso e il carattere imperativo, non consensuale del cambiamento (Klein, 1995). Strategie di questo tipo comportano generalmente cambiamenti rapidi, radicali e generalizzati nel ruolo e nella funzione di alcuni dei soggetti centrali del sistema, sulla base di obiettivi precisi individuati da un ristretto nucleo di esperti a stretto contatto con i decisori politici interessati, spesso senza un programma dettagliato di intervento. Il modello di riferimento per questo tipo di riforme è rappresentato dalla riforma Thatcher del NHS inglese del 1989 che introdusse la “grande idea” della separazione della funzione di acquisto da quella di produzione di servizi sanitari (il cosiddetto *purchaser-providers split*) elaborata in breve tempo ed in assoluta riservatezza da una ristretta cerchia di persone, fra cui la stessa Thatcher (Timmins, 1995). Uno schema analogo è stato seguito per l’approvazione della riforma del 1993 in Nuova Zelanda (Guald, 2000) e, per quanto riguarda l’Italia, può per alcuni aspetti trovare un corrispettivo nella pronta elaborazione e nella rapida approvazione attraverso un decreto legislativo della riforma Amato-De Lorenzo del 1992. Queste strategie sono caratteristiche di imperiosi mandati politici (Keeler, 1993) in regimi maggioritari e con una forte concentrazione del potere nell’esecutivo (Walsh, 2000) senza che altri organi (ad esempio, il Congresso negli Stati Uniti – Steinmo e Watts, 1995) o livelli di governo subnazionale (ad esempio, in Canada o in Germania – France, 2008) possano esercitare un potere di veto o comunque interferire sulla sua approvazione. La rapidità con cui questa strategia indica gli obiettivi di cambiamento comporta alcuni vantaggi e due seri ed ineliminabili inconvenienti, insiti nel modo della sua elaborazione. L’assenza di una descrizione dettagliata del programma di riforma riduce la possibilità per l’opposizione di organizzare risposte pronte ed efficaci ed offre ampie possibilità di riaggiustare il programma originario. Tuttavia la concentrazione del potere su un ristretto numero di persone focalizza necessariamente anche il biasimo ed il risentimento per il suo fallimento o per i suoi cattivi risultati (Weaver, 1986) e la espone al rischio di un rapido rigetto. Un esempio classico è la riforma Amato-De Lorenzo, approvata in pochi mesi riutilizzando materiali elaborati nel corso dei tentativi di riforma degli anni ‘80 (un classico esempio del modello di Kingdon) attraverso un’inusuale concentrazione di poteri sull’esecutivo (in armonia con la teoria di Walsh) che provocò tuttavia una immediata e violenta controreazione, tale da portare ad una modifica immediata dei suoi aspetti più controversi con un decreto correttivo.

Le strategie di riforma che adottano approcci incrementali (Lindblom, 1959; Lindblom, 1979) offrono risposte pragmatiche e puntuali a problemi che non richiedono in genere cambiamenti radicali e possono essere concordati in aggiustamenti consensuali che tendono a “sfangarsela” (*muddling through*) dal problema. Strategie di questo tipo presentano evidenti vantaggi dal punto di vista della fattibilità e della accettabilità, in quanto sono caratterizzate da una serie di piccoli cambiamenti non necessariamente coordinati né pianificati, che determinano aggiustamenti al margine del ruolo e della funzione di un numero

limitato dei soggetti istituzionali del sistema esistente. Questa strategia è stata tradizionalmente seguita per la transizione progressiva nell'arco di un lungo periodo da sistemi di assicurazione sociale ai sistemi universalistici dei paesi scandinavi (Cutler, 2002) e venne ripetutamente proposta in Italia in alternativa alla istituzione del SSN per un riordino del settore mutualistico, uniformando la disciplina ed, eventualmente, accorpando gli enti.

La strategia di riforma denominata "blueprint" (Harrison e Wood, 1999) è invece caratterizzata dalla elaborazione di un documento programmatico estremamente dettagliato destinato a guidare anche la fase di attuazione, che combina in genere una esplicita definizione degli obiettivi finali che si intendono raggiungere con l'indicazione delle tappe che dovranno essere percorse. Questo modello richiede una lunga preparazione, comporta ampie consultazioni e tenta di combinare il gradualismo delle strategie incrementalì con la decisione e l'assertività delle riforme "bing-bang", ma può comunque determinare forti opposizioni in occasione dell'attuazione delle sue diverse tappe in quanto, se anche il pacchetto complessivo di interventi che è stato elaborato può essere bilanciato rispetto ai diversi gruppi di interesse, questo non garantisce che lo siano anche le singole tappe separatamente attuate.

LE FONTI

L'analisi utilizza principalmente documenti originali dell'epoca, adottando come punto di vista interpretativo le motivazioni e le ragioni pubblicamente addotte dai principali attori dell'arena di politica sanitaria pertinente al problema di volta in volta esaminato. Questo approccio rifugge da propositi valutativi dei risultati ottenuti e degli obiettivi raggiunti e permette di mantenere gli eventi di volta in volta considerati nel contesto in cui si sono verificati, entro il panorama delle alternative possibili e dei vincoli esistenti, così come erano percepiti dai soggetti del momento e non alla luce delle conoscenze e delle possibilità emerse successivamente (Newell, 2004). Se i documenti ufficiali, i libri, le riviste ed i giornali dell'epoca non permettono di cogliere le posizioni e le impressioni più personali e riservate dei protagonisti quali potrebbero ricavarsi da documenti interni, corrispondenze private o note ad uso personale, essi contribuiscono quanto meno a ricostruire la storia del SSN così come i protagonisti hanno ritenuto di doverla presentare agli altri e, in qualche modo, anche a se stessi (Bevir e Rhodes, 2002).

La fonte principale fino alla fine del periodo mutualistico è costituita dagli articoli pubblicati sulle numerose riviste ufficiali dei vari Enti, fra cui *I Problemi della Sicurezza Sociale* per l'INAM, *La Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali* per l'INAIL, *Previdenza Sociale* per l'INPS, continuazione di *Le Assicurazioni Sociali* del periodo fascista (Giorgi, 2003). Queste riviste ospitano occasionalmente analisi da parte di esperti esterni più o meno indipendenti rispetto alle politiche dell'ente e talora, soprattutto per la *Rivista degli Infortuni*,

articoli a carattere scientifico. Più spesso, e particolarmente per quanto riguarda le riviste dell'INAM e dell'INPS, esse contengono rendiconti statistici sull'attività dell'ente estremamente ricchi e dettagliati anche rispetto agli standard più moderni e dedicano ampio spazio alle prese di posizione dei loro presidenti e dei direttori generali sui provvedimenti governativi e sulle iniziative di maggior rilievo degli altri attori del sistema sanitario. Analogamente, gli articoli del quindicinale *Il Medico d'Italia*, organo della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici, e della sua rivista mensile ad impronta più tecnico-professionale *Federazione Medica* sono la tribuna principale delle prese di posizione della medicina ufficiale organizzata. Fra le riviste delle organizzazioni sindacali, *L'Assistenza Sociale*, organo delle Confederazioni Fasciste dei Lavoratori diretta dai più alti gerarchi, da Rossoni a Cianetti a Augusto De Marsanich, rappresenta una fonte importante per le politiche sociali del regime fino ai suoi ultimi mesi. La rivista della CGIL *Rassegna Sindacale* (integralmente disponibile on line (www.rassegnasindacale.it)) ha seguito il dibattito politico sull'evoluzione del sistema sanitario fin dai primi anni '50. Disponibili on line sono anche l'intera documentazione sui lavori dell'Assemblea Costituente e i "resoconti sommari" dei dibattiti parlamentari che costituiscono una risorsa preziosa di informazioni sul dibattito politico fra i partiti, sull'interpretazione dei testi legislativi e, attraverso le interrogazioni parlamentari, sulla quotidianità della vita politica e sociale del paese. Sui primi anni del dopoguerra, *Cronache Sociali*, la rivista del gruppo della Democrazia Cristiana che faceva riferimento a Dossetti (disponibile sia in forma cartacea che on line) riporta spesso analisi non convenzionali dei principali problemi sanitari e previdenziali dei primi anni del dopoguerra. Fra le pubblicazioni tecnico-scientifiche, la rivista tecnica dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica (Acis) *Annali della Sanità Pubblica* (che continuava il *Notiziario dell'Amministrazione Sanitaria* pubblicato durante il regime dalla Direzione Generale Sanità del Ministero dell'Interno), *I Rendiconti dell'Istituto Superiore di Sanità* e la rivista *Difesa Sociale* dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale con i suoi frequenti supplementi, parzialmente disponibili anche on line, che attraversa gli anni del regime fino ai giorni nostri, sono le fonti più utili, assieme, fra le pubblicazioni igienistiche, a *Igiene e Sanità Pubblica*, una rivista dedicata quasi integralmente nei primi anni del dopoguerra a sostenere le battaglie per l'istituzione del Ministero della Sanità e la riforma della sanità pubblica ingaggiate da un gruppo di igienisti attivo soprattutto nei servizi, a livello comunale e provinciale.

Fra le fonti cosiddette secondarie, numerosi sono i riferimenti obbligati che hanno influenzato molte interpretazioni, anche al di là delle citazioni dirette nel testo. Per la parte generale, riferimenti fondamentali sono i volumi dedicati alla storia dell'Italia moderna da Ginsborg, Crainz e Lanaro, i saggi raccolti nella "Storia dell'Italia Repubblicana", e i volumi a cura di Stuart Woolf, soprattutto per gli anni del dopoguerra (Woolf, 1974) e per una visione "dal di fuori" dell'anomalia italiana (Woolf, 2007). Per la parte economica, il volume di Bull e Newell (2005) e le storie di Graziani (1998), Sapelli (2008) e Zamagni (1990),

mentre Salvati dedica un'attenzione selettiva alle "occasioni mancate" del trentennio compreso fra il 1960 e gli anni '90, con una periodizzazione che, assieme a quella di Graziani, è indispensabile per inquadrare le politiche sanitarie nel contesto economico e finanziario nazionale ed internazionale (Salvati, 2000). I due volumi di fonti curati da Silei raccolgono invece i documenti fondamentali sulla storia dell'assistenza sanitaria in Italia dal dopoguerra ad oggi, assieme ad alcuni saggi di inquadramento dei diversi periodi storici (Silei, 2004), mentre Sepe descrive l'evoluzione delle principali istituzioni previdenziali e sanitarie italiane dall'unità all'inizio del secolo (Sepe, 1999). Varie pubblicazioni del Centro Studi del Ministero della Sanità hanno raccolto i documenti sulla istituzione del SSN a partire dalla proposta Giovanardi fino ai disegni di legge del 1978 (Ministero della Sanità, Centro Studi 1977). Fra i testi dedicati al sistema di welfare e all'assistenza sanitaria, oltre alle Storie di Cosmacini e al resoconto di Luzzi (Luzzi, 2004), la Storia della previdenza sociale di Arnaldo Cherubini è un classico che si arresta agli anni '60, come la storia del sistema italiano di welfare di Ugo Ascoli (Ascoli, 1984) e, naturalmente, i due volumi di Ferrera (Ferrera, 1984; Ferrera, 1993). Un classico è diventato il libro di Severino Delogu focalizzato sulle politiche sanitarie dei governi di Centrosinistra degli anni '60 (Delogu, 1967), assieme ai diversi volumi che raccolgono articoli scritti per la stampa quotidiana e specializzata da Giovanni Berlinguer. Notizie utili su vari aspetti specifici del SSN sono nei saggi di Mapelli (Mapelli, 1999) e nel più aggiornato volume di Maino (Maino, 2001), mentre il contributo più recente di Toth ha un'impronta decisamente comparativa a livello internazionale (Toth, 2009). Vicarelli ha offerto diversi contributi ad una storia sociale del SSN, di cui il saggio pubblicato nella Storia dell'Italia Repubblicana costituisce l'esempio più prezioso (Vicarelli, 1997), mentre Balduzzi ha curato varie raccolte di saggi ad impronta giuridica (Balduzzi, 2005) e in prospettiva multidisciplinare (Balduzzi, 2009). Alcune opere con diversi punti di vista sono selettivamente focalizzate su aspetti specifici della salute e dell'assistenza sanitaria dal secondo dopoguerra ad oggi che non verranno qui considerati con la dovuta attenzione e a cui quindi si rinvia. Fra i tanti, i lavori più recenti sono la storia della salute "da privilegio a diritto" (Berlinguer, 2011) e quella di "manicomi e psichiatri" italiani del Novecento di Valeria Babini (Babini, 2009), assieme alle malattie da lavoro nell'ultimo secolo (Carnevale e Baldasseroni, 1999) e all'analisi dell'assistenza primaria e della medicina generale (Guzzanti, 2009), oltre naturalmente all'indispensabile storia della professione medica in Italia di Maria Malatesta (Malatesta, 2006), ora arricchita anche di un atlante (Malatesta, 2009).