

**Sistemi di welfare: un'analisi comparata di alcune specificità dei
paesi Italia, Svezia, Germania.**

di Pietro Mesturini

Lavoro svolto nell'ambito di un progetto formativo presso la direzione Politiche Sociali della
Regione Piemonte - Ottobre 2011

Consegna & Note dell'autore

Il *main aim* di questo paper è quello di fornire una panoramica circa alcune caratterizzazioni dei sistemi di welfare Italiano, Tedesco e Svedese.

La finalità è quella di produrre un documento che possa essere di utilità all'organizzazione regionale piemontese quale strumento di confronto e analisi: non si verterà quindi sulla totalità degli aspetti di welfare, ma bensì solo su alcune specificità che, nel caso italiano, sono trattate a livello regionale. Il lavoro avrà caratteristiche prevalentemente teoriche piuttosto che empiriche, in quanto è stato sviluppato per la maggior parte dal lato "bibliografico"; si è scelto in ogni caso di dedicare meno risorse possibili alla trattazione "teorica" dell'argomento quanto all'analisi pratica del caso specifico.

Per quanto riguarda i dati acquisiti c'è da segnalare un problema: la grande difficoltà, purtroppo molto spesso presente in lavori analoghi, nel reperire informazioni recenti ed ordinate; solo alcuni archivi di grande importanza come quello del ministero Svedese o del Missoc (a livello europeo) forniscono dati aggiornati all'ultimo anno (arrivando in alcuni casi addirittura ad includere un'analisi del primo semestre 2011). Analisi contrastive delle tendenze in atto a livello europeo (ad esempio per quanto riguarda la spesa nel "sociale"), sono invece lievemente retrodatate rispetto al presente, con dati spesso fermi al quadriennio 2003-2007 o, in alcuni casi, addirittura ad un lustro prima (1996-2000). Occorre pertanto tener conto (e l'autore è stato il primo a porsi il problema di "unificare" l'analisi sotto questo punto di vista) di questa discrepanza nel leggere il documento.

Molte sono state anche le fonti dirette "dal campo"; ci si è, infatti, avvalsi della collaborazione della dottoressa Carla Antonucci della rappresentanza Permanente d'Italia presso l'Unione Europea (Bruxelles), nonché del dott. Gianfranco Scarcali, dell'ufficio politiche sociali della Regione Piemonte, il quale si è assunto anche il compito di seguirmi come Tutor. Molti articoli recenti a firma di Economisti e Sociologi: sebbene non "codificati" secondo la forma richiesta dalla letteratura scientifica, costituiscono fonti la cui importanza non deve essere sottovalutata che ci consentono di dare uno sguardo più vicino al "reale" in essere piuttosto che al "teorico" magari non del tutto implementato.

Vista quindi l'originalità e la specificità del lavoro ogni suggerimento e ogni segnalazione saranno presi in considerazione e costituiranno elemento di revisione e integrazione dell'elaborato.

L'autore è liberamente contattabile all'indirizzo pietromestu@gmail.com

Indice Analitico

Consegna e note dell'autore

1. Specificazione dell'analisi

1.1 Tre Sistemi di Welfare a ConfrontoPag. 5

1.2 Crisi del welfare e tendenze a livello europeoPag. 8

2. Tre sistemi a confronto

2.1 Confronto “esterno”.....Pag.11

2.2 Confronto “Interno”

2.2.1 Il sistema ItaliaPag.14

2.2.2 Il sistema SveziaPag.15

2.2.3 Il sistema GermaniaPag.17

3. Analisi specifica delle politiche

3.1 Servizi per favorire la permanenza a domicilioPag. 20

3.1.1 SveziaPag.21

3.1.2 GermaniaPag.22

3.2 Servizi territoriali a carattere comunitario e servizi per la prima infanziaPag.23

3.2.1 SveziaPag.23

3.2.2 GermaniaPag.24

3.3 Servizi territoriali a carattere residenziale per la fragilità.

3.3.1 SveziaPag.24

3.3.2 GermaniaPag. 25

AppendicePag.26

BibliografiaPag.28

1. Specificazione dell'analisi

Il documento di partenza, che ha fornito il focus all'intero lavoro, è quello composto dal Coordinamento Tecnico della Commissione Politiche Sociali Interregionale del 26 luglio 2011, *Schema di Riferimento per La definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, prima fase: Macrolivelli di servizio*. Non si intende considerare il documento come un assoluto (esso difetta tutt'ora del riconoscimento e dell'implementazione da parte dell'organismo regionale e di quello statale), bensì sfruttarne l'ottima funzione "classificatoria" come criterio ordinativo dell'analisi. Le categorie da esso fornite sono (CSI pp 3-4):

- *Servizi per favorire la permanenza a domicilio;*
- *Servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale;*
- *Servizi territoriali a carattere comunitario e servizi per la prima infanzia;*
- *Servizi territoriali a carattere residenziale per la fragilità;*

Nella prima parte del documento erano prese in considerazione anche le "misure di inclusione sociale al sostegno del reddito": si è scelto di non includerle in questo paper, in quanto servizi erogati a livello di SSN e non specificatamente regionali.

Nei paesi analizzati, ovviamente, non si è ritrovata la stessa classificazione (nemmeno era tra le nostre aspettative) si è quindi spesso dovuto "estrapolare" da altre categorie la parte di nostro interesse (ad esempio le misure per favorire l'assistenza domiciliare Svedesi sono tratte dalla più generale normativa sulla "long-term care" e dall' "Health Care Act" dello stesso paese).

Due sono state quindi le linee specifiche di analisi utilizzate:

- **Contrastiva** : ovvero tramite un confronto diretto della struttura di un sottosistema di welfare, puntualizzarne le differenze ed analizzarle;
- **Analitica**: abbandonare il confronto, laddove la situazione nazionale e/o l'impianto del sistema non consentano una base comune di accostamento : se si violasse quest'accorgimento, l'analisi risultante peccherebbe di veridicità. In questo caso, uno sviluppo indipendente delle tematiche appare come una linea compositiva migliore.

Ogni confronto è accompagnato da un commento di carattere sia "oggettivo " che "soggettivo" (basato quindi sui dati ma non trascurante l'opinione dell'autore) che mira a fornire un quadro più chiaro della situazione in analisi proponendo le principali linee di discussione (in letteratura e in rete) che lo riguardano quale spunto per comprenderne il funzionamento.

I.1 Tre Sistemi di Welfare a Confronto

Dai ragionamenti appena esposti, appare chiaro come già nella fase iniziale di analisi (scegliere i sistemi di welfare da analizzare) ci si sia dovuti scontrare con il tema dell'estrema peculiarità delle singole situazioni nazionali. Si necessitava quindi di un criterio secondo il quale procedere, in maniera da ottenere una terna "appropriata" e particolarmente interessante da analizzare.

Si è quindi proceduto ad una ricerca bibliografica mirata, in poche parole a rispondere alla domanda: -Cosa caratterizza un sistema di welfare consentendone la distinzione da un altro?-

Nel tempo, molti studi si sono orientati sul tentare una "classificazione" al fine di superare questa barriera.

Un primo filone di studi, che fa capo a R. M. Titmuss, si sviluppa negli anni '70; tale lavoro focalizza la classificazione dei sistemi di welfare sostanzialmente intorno a due punti:

- il ruolo e il tipo di intervento statale nella regolazione
- un definizione per criteri dei requisiti di accesso a tale intervento.

Si configurano quindi, riguardo all'intervento statale, modelli definiti come "Residuali" (l'intervento è solo laddove il mercato e le famiglie non riescono a soddisfare un bisogno), "Meritocratico- Occupazionali" (Lo stato agisce complementariamente al mercato, fornendo prestazioni a chi partecipa al mercato del lavoro), "Ridistributivi" (Lo stato garantisce direttamente la pressione sociale in maniera universalistica).

In momenti di analisi successivi, differenti sono state le variabili introdotte nel tentativo di classificazione: in particolare sono rappresentativi gli studi di Esping Andresen, che spostano il focus sulle relazioni tra le politiche dello stato, le famiglie e il mercato (l'intervento statale non è più il *main focus*). In particolare sono due gli interrogativi che stanno alla base di questo lavoro [Madama, Ferrera 2006]:

- In che misura le politiche sociali hanno intervenuto sulle differenze di reddito e di classe tra i lavoratori di fronte ai rischi sociali?
- Come hanno influito sulla dipendenza dei lavoratori dal mercato di Lavoro?

Andresen distingue quindi tra:

- **Regime di welfare Liberale:** con pratiche di assicurazione sociale ben circoscritte (I diritti sociali derivano dalla dimostrazione dello stato di bisogno) i cui principali destinatari sono i cd "poveri meritevoli" (teoria della *less eligibility*). Il servizio è rivolto solamente a chi è povero di risorse, ecco perché il modello è detto anche di welfare "residuale": la fascia di destinatari può essere molto ristretta. Per gli altri

individui (la maggior parte della società) Il ricorso al mercato è incoraggiato attraverso una regolazione scarsa: ne risulta che vi è una forte dipendenza dei cittadini/ lavoratori dal mercato. Il mercato “fallisce” solamente quando l’incontro tra domanda e offerta non avviene (non è sufficiente il reddito dell’individuo o il servizio è eccessivamente costoso) lasciando spazio a programmi appositamente creati per le categorie più bisognose. Vi è, quindi, un forte dualismo tra cittadini bisognosi e non (tipicamente si riscontrano modelli simili nei paesi anglosassoni).

- **Regime di Welfare Conservatore/ Corporativo:** La prestazione/ erogazione è collegata ai contributi/ retribuzioni dei lavoratori, stato riduce il suo ruolo, in favore di una posizione sussidiaria, che lo vede intervenire soltanto laddove altri attori non riescono a soddisfare i bisogni degli individui. La presenza del mercato è attenuata ma non eliminata. (tipico negli stati dell’ Europa Continentale)

- **Regime di welfare Social Democratico:** I destinatari sono tutti i cittadini, attraverso un sistema di prestazioni universalistiche finanziate dalla fiscalità generale (principalmente) . Principio base è l’uguaglianza tra i cittadini, coniugata ad una minima dipendenza dal mercato. (Tipico dei paesi Nordici)

La Classificazione di Andersen, è sicuramente una delle più mature e ancora oggi nel definire il welfare si fa spesso riferimento a queste tre direttrici. Vi sono però altri lavori come quello di [Ferrera, 1996] in particolare, che appare incentrato su una logica molto più “europeista” sia nel determinare le variabili di classificazione sia poi nell’effettivamente riflettere la situazione delle varie nazioni. Ferrera si muove secondo quattro variabili [Ferrera, 1996, Madama, Ferrera 2006]:

- Regole di accesso al sistema
- Formule di prestazione
- Formule di finanziamento
- Assetti organizzativo-gestionali

Distinguendo:

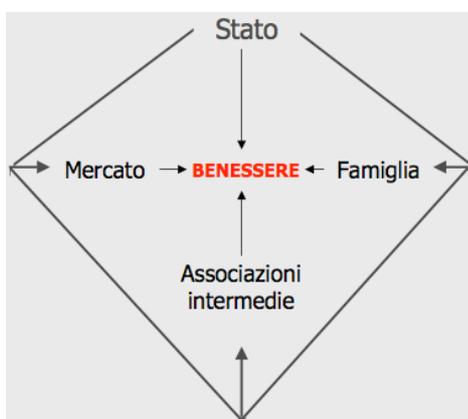
- **Paesi scandinavi:** la cui eleggibilità (copertura) universale viene coperta con prestazioni fisse di importo generoso, “erogate automaticamente all’occorrenza dei rischi” e finanziate dal gettito fiscale. Lo stato ne è il diretto responsabile.

- **Paesi anglosassoni** (UK, Irl) : la cui copertura è universale solo per la sanità, molto inclusiva negli altri casi. La “condizione di bisogno” viene verificata più spesso e le somme erogate sono fisse. Mentre la sanità è finanziata dal gettito fiscale, le prestazioni in denaro sono coperte dai contributi sociali. L’amministrazione pubblica ne è la completa responsabile.
- **Paesi dell’Europa centrale** (Ger, Bel, Ol, Lux, Aus, Swi, Fra) dove la copertura è selettiva (legata alla posizione lavorativa) e le prestazioni proporzionali al reddito (quindi anche molto diverse per gruppi sociali differenti). Qui alcune associazioni quali i sindacati partecipano in maniera attiva al governo delle prestazioni di categoria, conservando quindi una maggior autonomia in un sistema che è finanziato dai contributi sociali.
- **Paesi dell’Europa meridionale** (Ita, Gre, Esp, Port) che condividono una eleggibilità universale per il sanitario e selettiva per altri servizi (questo è esattamente il caso regionale che sta al centro del nostro lavoro). Le prestazioni sono particolaristiche e finanziate con contribuzione sociale (con gettito fiscale per quanto riguarda la sanità); il ruolo delle parti sociali nella fase di “contrattazione” con lo stato è molto grande.

Risulta facile comprendere come l’analisi di Ferrera sia la più adatta alla nostra trattazione, essa infatti: riscontra specificità “europee” , propone adeguate direttrici di classificazione e facilita il confronto.

Ci muoveremo dunque lungo questa classificazione cercando di descrivere le specificità di tre sottosistemi : quello Italiano, Svedese e Tedesco, secondo i parametri del cd. “welfare mix”.

Nella definizione di [Ferrera, 2006] il welfare è: *Un insieme di politiche pubbliche connesse al*



*processo di modernizzazione tramite le quali lo **stato** fornisce ai propri **cittadini** protezione contro rischi e bisogni prestabiliti sotto forma di assistenza, a assicurazione o sicurezza sociale introducendo specifici diritti sociali nonché specifici doveri di contribuzione finanziaria.”*

Esso è concepito come mix delle attività di: Stato, Mercato, Famiglia, Associazioni Intermedie, i 4 “grandi fornitori” di servizi che operano “All’interno di un quadro complesso di aspetti legali e organizzativi, in base a differenti logiche di integrazione sociale”.

Fig.1: il cd. “Diamante del welfare” perno della concezione di “welfare mix”, Ferrera 2006.

1.2 Crisi del welfare e tendenze a livello europeo.

Dopo aver ordinato secondo un criterio “classificatore” le differenti aree che andremo ad esplorare, è necessario contestualizzarle riguardo a quelli che sono i cambiamenti che interessano “strutturalmente” il sistema di welfare, nel suo complesso. Ormai da molti anni l’Europa si è ritrovata a dover riscrivere e ricalibrare i sistemi di protezione sociale; differenti sono i motivi all’origine di questo, in primis un enorme “ridefinizione delle aspettative” alla base degli stessi.

Dagli anni 70 ad oggi, infatti sono venuti meno molte delle caratteristiche del sistema economico sulle quali lo stato sociale era stato costruito. La crescita economica è sicuramente il parametro più lampante. In Appendice la Fig.1 ne è riporta l’andamento per i periodi dal ’60 al ’95 la Fig. 2 dal 2004 al 2010: non più di quaranta anni fa, tassi nell’ordine del 4-5 % erano all’ordine del giorno per il nostro paese. L’economia poteva contare su una crescita più o meno costante e su un indebitamento che fino all’Exploit degli anni ’80 non aveva mai superato il 60-65% del PIL. La situazione, come ben noto, si è nel tempo invertita: il nostro paese deve fare fronte ad una crescita molto bassa (tassi addirittura negativi, con l’avvento della crisi) coniugata ad un rapporto

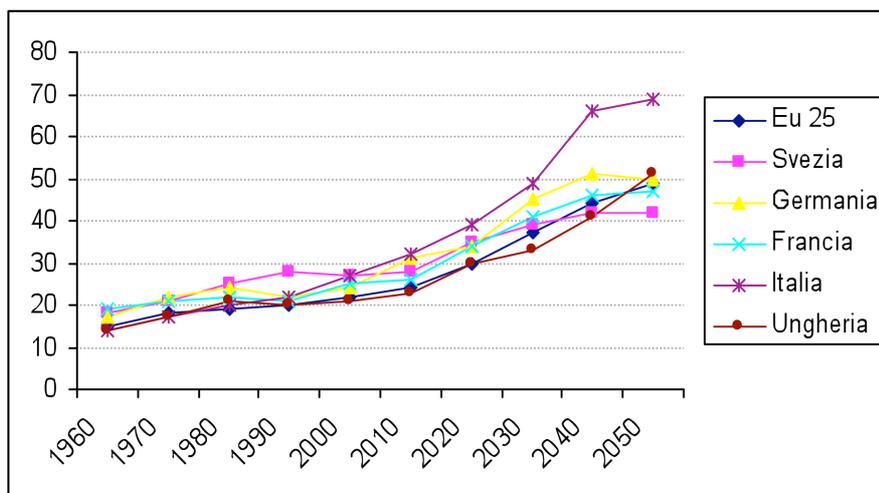


Fig.2:persone ultrasessantacinquenni sul totale delle persone con età compresa tra i 15 e i 64 anni, dati e proiezioni , Fonte:ONU, elaborazione dell'autore.

indebitamento/PIL sempre maggiore (poco più del doppio rispetto a quaranta anni fa). La teoria economica su questo punto è chiara: un paese con debito strutturalmente alto e un basso tasso di crescita risulta “intrappolato” in un complesso meccanismo di generazione di aspettative future che porta ad un indebitamento sempre

maggior nel tempo, se non si interviene a correggere la crescita (per maggiori approfondimenti si veda l’analisi di Solow ed il suo modello sulla crescita economica). In questo contesto fortemente penalizzante , il welfare si trova, all’opposto, ad aver bisogno di risorse sempre maggiori:

L’evidenza empirica conferma la nostra intuizione.

La fig.2 fa comprendere quanto il “peso” delle categorie più bisognose dello stato sociale (in questo caso gli ultrasessantacinquenni) sia andato negli anni aumentando a ritmi anche molto alti. Si veda allo stesso proposito il grafico sull’andamento della fecondità (figura 3 in appendice) il quale

pone l'accento sul costante invecchiamento della popolazione lato speculare del problema appena esposto.

Un cambiamento che possiamo senza dubbio definire anch'esso "strutturale" è quello riguardante le divisioni di genere all'interno del nucleo familiare nonché la composizione dello stesso. Famosa è l'espressione "cinquant' anni fa le famiglie possedevano cinque figli e un solo televisore, oggi, cinque televisori e un solo figlio": non potrebbe esserci frase migliore per far comprendere l'evoluzione di questo tema. Oggi il "nucleo tipo" (caso IT) è composto da due individui con 1,31 Figli per coppia. Un a famiglia su due ha anziani (> 75 anni) a carico, situazione

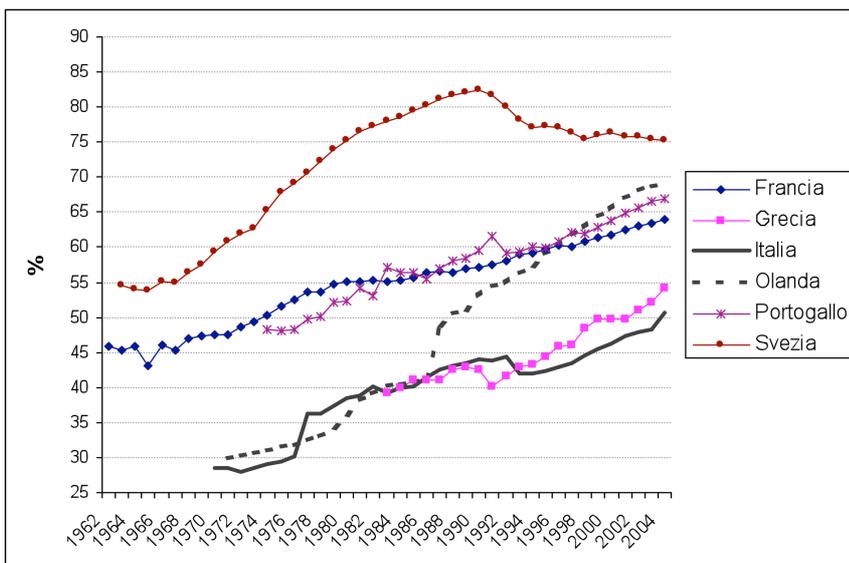


Figura 3: La partecipazione femminile al mercato del lavoro (15-64 anni), 1960-2004 fonte: OCSE

cheben diversa dal confronto anche solo con un trentennio fa. In secundis, l'insieme di tematiche relative all'emancipazione femminile ha, nel corso degli anni, modificato la capacità del nucleo familiare di far fronte alle necessità sociali, ovvero la sua capacità di "erogare" prestazioni di carattere "welfaristico" laddove occorra. La fig 3 ci mostra come, nel corso di poco più di 40 anni

possiamo parlare di "ridefinizione totale dei rapporti di genere" all'interno del nucleo familiare : se prima la figura femminile era "storicamente" legata alle mansioni domestiche (tra cui quelle di cd. "protezione sociale, quali la cura degli anziani) ora l'esigenza è di "conciliare" la vita professionale con le funzioni di protezione sociale piuttosto che anteporre le seconde alla prima.

Questo lungo ragionamento ci porta a capire quella che è una peculiarità non indifferente dei sistemi di welfare che ci troviamo oggi ad analizzare: essi sono il risultato di una "ricalibrazione" che è conseguenza diretta di esigenze legate alla modifica delle "fondamenta" sulle quali erano costruiti.

Risulta importante sottolineare come questo intervento di riscrittura dei sistemi non sia stato uniforme per ogni stato. Alcuni sistemi di welfare presentavano strutture più o meno solide che quindi sono state in grado di assorbire con maggiore/minore incidenza questi shock.

Sebbene l'analisi di questo fenomeno non costituisca il focus di questa trattazione, è utile prenderla in considerazione per apprezzare in maniera ancora maggiore le differenze tra i vari sistemi di welfare: in particolare la loro duttilità. In fig 4 Riportiamo una brevissima analisi comparata di alcune risposte a “shock” di questo tipo [Madama, ferrera, 2006].

Trasformazioni	Risposte di policy	Modello sud-europeo	Modello socialdemocratico
- Maggiore instabilità familiare e diminuzione delle dimensioni medie dei nuclei - Crescita della partecipazione femminile al mercato del lavoro retribuito	1. Sviluppo della rete dei servizi sociali di cura	modesto	alto
	2. Sostegno al reddito per far fronte alle responsabilità familiari	modesto/ inesistente	alto
	3. Politiche di conciliazione dei tempi	modesto	alto

Figura 4: Fonte: Ferrera, Madama,2006

Risulta lampante come la maggiore duttilità (in termini di riallocazione delle risorse, sistemi di finanziamento, ridefinizione delle politiche etc..) del sistema socialdemocratico (paesi nordici) rispetto a quello sud europeo ha portato ad una risposta più veloce e più estesa ad un problema di ridefinizione delle “prerogative” del sistema di welfare (in questo caso la sopracitata modifica della dimensione media dei nuclei familiari e l’emancipazione lavorativa femminile). Nell’analisi contrastiva il tema dell’adattabilità di questi sistemi risulterà centrale, non dobbiamo infatti dimenticare (e le aree di “proiezione” dei grafici lo riportano alla mente) che tali “ tendenze” a livello europeo sono ancora in corso.

2. Tre sistemi a Confronto

Tenteremo ora una schematizzazione dei tre sistemi presi a confronto, Italia , Svezia, Germania, al fine di consentire una lampante individuazione delle differenze. Dapprima procederemo con un confronto esterno, in conformità a dati statistici, allo scopo di fornire un corretto quadro d'insieme; nella seconda parte procederemo ad una comparazione del vero e proprio sistema di welfare delle tre nazioni.

2.1 Confronto “esterno”

Dapprima procederemo con un confronto esterno, in conformità a dati statistici, allo scopo di fornire un corretto quadro d'insieme; nella seconda parte procederemo ad una comparazione del vero e proprio sistema di welfare delle tre nazioni.

Nel selezionare i dati per il confronto esterno la *ratio* seguita è stata sostanzialmente quella di:

- concentrarsi sulle variabili esterne che più propriamente hanno influito sul sistema di Welfare di ciascun paese;
- evidenziare alcune peculiarità introduttive alla trattazione dello stato sociale.

Un primo punto di analisi riguarda la cosiddetta “saturazione del territorio”. Si è scelto di indicare la densità abitativa, quale parametro più semplice ed efficace per confrontare le situazioni nazionali. Italia e Germania condividono parametri simili (nell'ordine dei 200 ab/km²), una situazione intuibile essendo entrambi paesi dell'Europa cd “continentale” (i geografi perdoneranno la “semplificazione” della posizione Italiana, propriamente detta “Mediterranea”, effettuata dall'autore tenendo conto della peninsularità del Paese) e non presentando particolari criticità del territorio. La Svezia costituisce un capitolo a parte: la sua particolare collocazione (alte longitudini) e costituzione la caratterizzano in maniera determinante. Bassa densità abitativa e grande presenza di piccole comunità locali sono gli elementi principali. Non stupisce quindi la particolare struttura del sistema di welfare Svedese, un sistema che prevede grandissima vicinanza alle realtà locali e, di conseguenza, grande “specificazione” delle competenze. In Italia e Germania, che allo stesso modo, hanno sistemi oggi molto “specifici” e vicini alle realtà locali dei cittadini, si riscontrano difetti sistematici di organizzazione e assegnazione delle competenze che influiscono sull'efficacia dei sistemi nel loro complesso. Quest'affermazione merita però di esser ulteriormente specificata tenendo conto dell'influenza determinante di un altro parametro: la cultura nazionale. La Svezia è un paese che , storicamente, ha sempre presentato realtà locali estremamente influenti (la struttura del territorio ne ha quasi “obbligato” la costituzione), caratterizzate da un grande senso di appartenenza da parte degli individui.

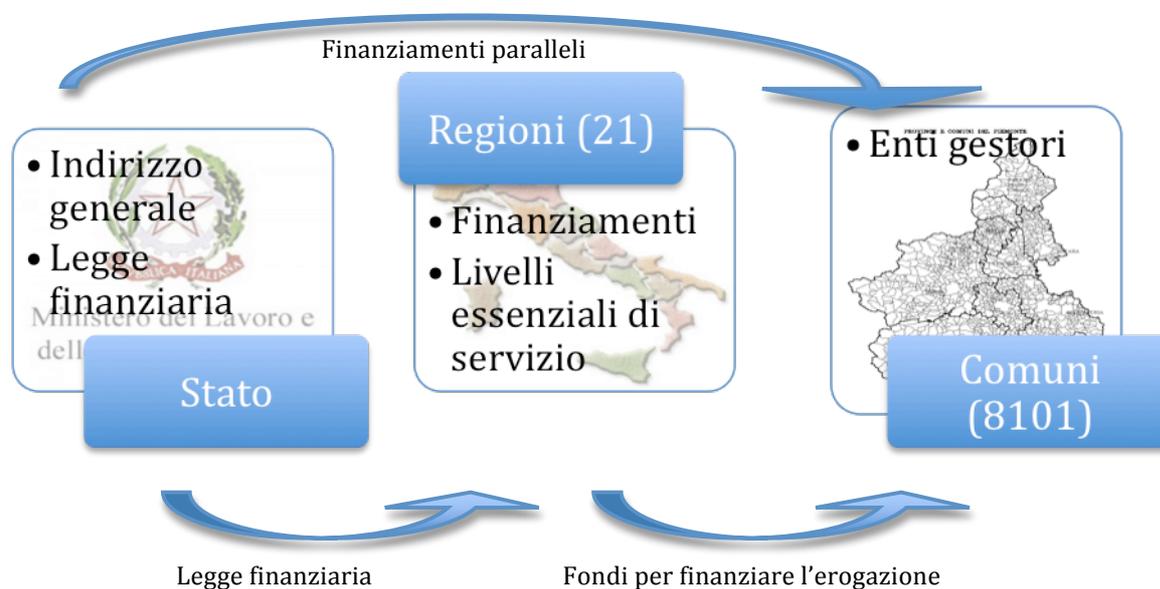
Parametri	ITALIA	SVEZIA	GERMANIA
Popolazione (milioni)	60.705.000	9.082.995	81.772.000
Superficie (km ²)	301.340	449.964	357.123,50
Densità Abitativa (ab/km ²)	201,45	21,9	229
Over 65	12,3 Milioni (stima 2011)	1,87 Milioni	17 Milioni
Over 65/ Popolazione	20,3% popolazione (Istat 2011)	19% popolazione (WHO, 2005)	20% popolazione (west 2011)
Benefici del welfare ('70-'95) Scala logaritmica di rendimenti in € attualizzati in relazione agli anni			
Reddito Netto Minimo per persona (stima su EU-15, 2000)	203	351	396

L'avvento della modernità ha certo scalfito queste "istituzioni" (il grande "esodo" verso le città ha colpito anche la Svezia) ma in misura molto minore rispetto ad altri paesi. Possiamo dire che, tuttora, in Svezia, queste comunità conservano una fortissima identità. Un paese che trova nelle sue realtà locali un'identità forte e pienamente acquisita è un paese che parte avvantaggiato: esso sarà più efficace nell'indirizzare le risorse, nell'affrontare le criticità e nel capire dove e come siano strutturati i "clienti" del suo sistema di welfare.

Un ulteriore punto di riflessione viene dall'analisi dei cosiddetti "Benefici del welfare". [De Giorgi, Pelizzari, 2006] nella loro ricerca hanno estrapolato, per ogni paese europeo, una funzione relativa ai "benefit" derivanti dal welfare, come a voler calcolare quale fosse il cd "extra gettito" che l'assistenza sociale portava ai cittadini. Il grafico copre un ampio orizzonte temporale (1970-1995) consentendoci di dare un giudizio anche sull'implementazione dei sistemi di welfare nei paesi considerati. Svezia e Germania presentano grafici simili; la Svezia in particolare presenta un andamento di crescita estremamente regolare, e fin dal 1975 il suo livello di benefit erogati è in linea con una quantità "moderna". La Germania si assesta sullo stesso livello medio, con qualche maggiore discontinuità ma con un andamento anche in questo caso orientato alla crescita costante. Il caso Italiano è quello che presenta le maggiori differenze; due sono i parametri che colpiscono subito l'osservatore: la forte discontinuità e il livello medio piuttosto basso negli anni. Il sistema Italiano è infatti di costituzione successiva a quelli trattati e la sua modernizzazione rimane tuttora materia delicata e in divenire. Osservando inoltre il reddito netto minimo per persona, più basso del 30% in Ita rispetto a Ger e Swe, ci si aspetterebbe una sorta di "compensazione" dal lato welfaristico del differenziale economico riscontrato: ma questo non avviene. Puntualizzeremo ora alcuni aspetti di similarità tra le situazioni dei tre paesi. In primis non esistono grosse differenze tra il numero di over-65 presenti nei territori nazionali. Ciò non deve far pensare che quest'uniformità si estenda anche a tutto il territorio europeo; Italia, Germania e Svezia sono infatti tra i paesi europei con la più alta percentuale di persone anziane.

2.2 Confronto “Interno”

2.2.1 Il sistema Italia



Il sistema italiano è stato caratterizzato negli ultimi anni da un forte decentramento amministrativo (riforma titolo V della costituzione) che ha portato ad una ri-allocazione di una buona parte delle competenze al di fuori dell'ambito prettamente "statale" secondo il cosiddetto *principio di sussidiarietà*. In particolare la potestà legislativa è ora equiparata tra stato e regioni, le quali ne beneficiano appunto in maniera "residuale" ovvero intervengono in ogni disciplina di cui lo stato non sia espressamente incaricato. La funzione amministrativa rimane invece in mano ai comuni (art. 118). Finanziariamente il testo riconosce anche un grado molto alto di autonomia finanziaria sia a Comuni che Province che Città metropolitane. Non appare esplicitato però, se per gli enti non regionali si tratti di un differente tipo di autonomia. In questo caso la dottrina suggerisce per gli enti non regionali, un'autonomia diversa, detta di tipo "regolamentare" e, in ogni caso, discendente dalla potestà legislativa regionale.

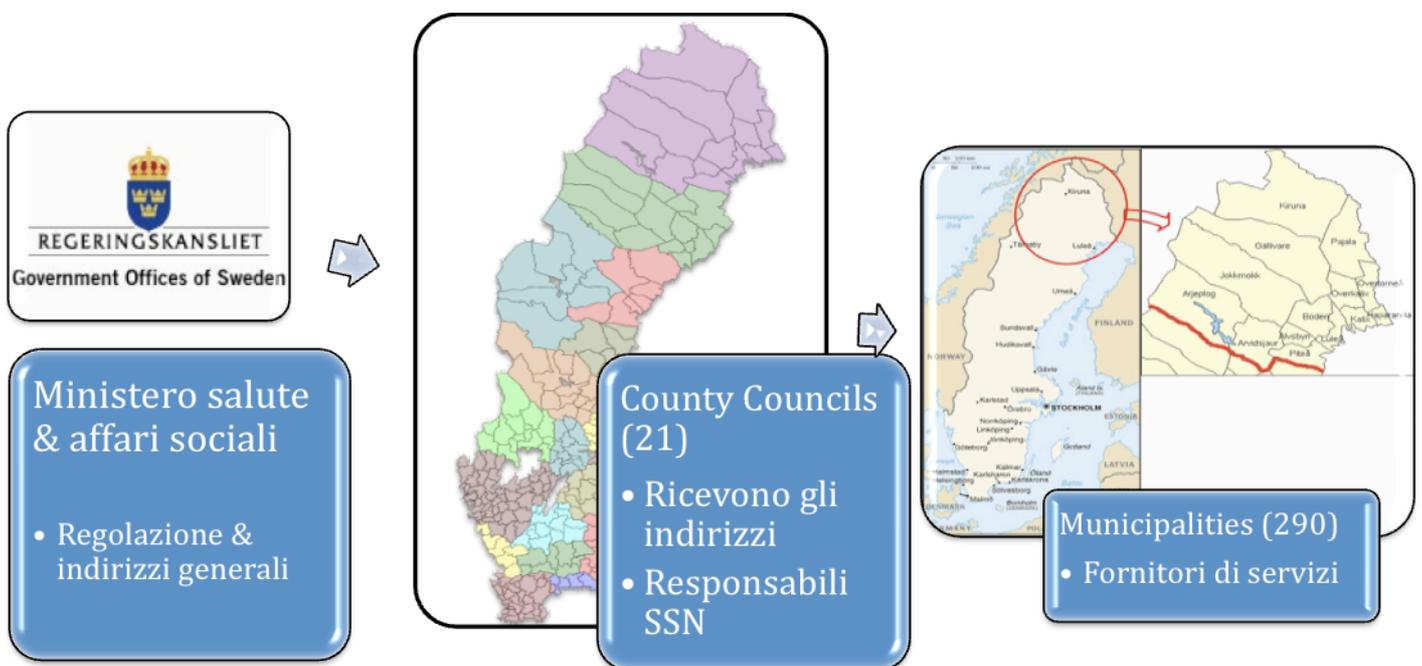
La situazione attuale quindi pone la Regione in una posizione centrale come organo dotato di grande autonomia e potere, vero punto di interfaccia tra lo "Stato" e il territorio.

Relativamente al welfare, non si può che confermare questa visione: è infatti la Regione, a fare da interfaccia alle disposizioni statali e alla loro applicazione. In essa sono concentrate funzioni di diverso tipo: finanziariamente, riceve i fondi dalle manovre economiche statali e li distribuisce, opportunamente collocati per progetto, agli enti locali. Ciononostante esistono canali "paralleli" di decisione. Essa non è però sempre la protagonista, a volte viene bypassata in favore dei livelli inferiori di governo, a volte è lo stato stesso a "Finanziare" direttamente una certa politica,

attraverso un canale “parallelo” a quello regionale (ne sono un esempio alcune politiche riguardanti gli anziani autosufficienti). Nel verificarsi di queste fattispecie, appare opportuno segnalare quella che è vista come una “difficoltà” di coordinazione tra i due livelli esaminati: non sono ben chiare né le procedure né le fonti di legittimità attraverso sulle quali si basa questo parallelismo. Risultato di ciò può essere una forte difficoltà a coordinare le politiche e a garantire al cittadino certezze riguardo a tempi e modalità di accesso.

Per quanto riguarda la garanzia circa i servizi, in Italia non esiste alcun tipo di *Authority* con poteri di vigilanza e sanzione. Il cittadino deve rivolgersi alla giustizia amministrativa (TAR) e inoltrare procedimento in quella sede.

2.2.2 Il sistema Svezia



All’opinione comune noto come uno dei sistemi più “equi” ed “efficienti”, il sistema di welfare svedese, pur presentando una struttura di carattere “classico” (sottosistemi distaccati dallo stato centrale che erogano servizi) , ospita al suo interno una particolare divisione delle competenze che costituisce uno dei punti cardine della sua maggiore efficienza.

Il governo dispone le direttive generali e di indirizzo attraverso il Ministero della Salute e degli affari sociali. I County councils ricevono le direttive generali e, attraverso i loro *administrative boards* (21 anch’essi), le specificano ulteriormente al fine di fornire alle Municipalities (290) linee

guida da seguire nell'erogazione dei servizi. I county councils ricoprono anche la funzione di responsabili dei servizi del SSN (erogazione del servizio a livello municipality, responsabilità a livello Council) e rispondono direttamente al cittadino per lesione dei suoi diritti. Esistono poi casi in cui questa responsabilità è in carico al livello Municipality. Nella parte successiva del paper, si avrà cura di specificare per ogni politica analizzata, a quale livello questa faccia capo.

Il sistema è a sua volta inquadrato in uno scenario che vede l'importantissima funzione di vigilanza (potremmo azzardare il termine "authority") portata avanti dal "National Board of health and welfare" nonché da gruppi di interesse tra i più influenti e meglio organizzati presenti sulla scena europea.

La partecipazione di questi ultimi non è limitata solo alla tutela degli interessi ma anche e soprattutto nella definizione del livello di servizio.

L'aspetto del finanziamento merita un ulteriore approfondimento. La Svezia può contare, su un solido gettito fiscale che costituisce il principale canale finanziatore del proprio welfare. Non è noto a tutti che anche il sistema fiscale svedese ha attraversato, fino a tempi tutto sommato recenti, diverse crisi di fondamentale importanza che ne hanno determinato la forma attuale. Da menzionare la crisi del 1991 conseguente all'approvazione della riforma fiscale dello stesso anno. La tassazione progressiva venne rimossa e il sistema riprogettato in modo da consentire un prelievo decisamente minore a fronte di una spesa anch'essa ridotta [Steinmo]: un esempio la riduzione delle aliquote "top" dall'80 al 50% e una semplificazione estesa a tal punto che l'85% dei pagatori non doveva corrispondere nessun ritorno. Tale era lo snellimento amministrativo che il governo stesso provvedeva a calcolare l'importo da esigere e a spedirlo al contribuente: a quest'ultimo era richiesto solo di confermare/ smentire la presenza di extra-gettiti. Calarono anche le aliquote per le imprese, dal 57 al 30%. Sebbene apparentemente positiva, questa riforma è da molti analisti vista come l'inizio della fine del welfare state. Non solo è stata introdotta sebbene strutturalmente sotto-finanziata (in buona parte per responsabilità politica) ma anche in un momento di crescita non positiva. Il collasso nel mercato delle proprietà seguì di lì a poco: in un paese dove il tasso di disoccupazione non aveva mai superato il 4% dal dopoguerra ci si trovava a fare i conti improvvisamente con una disoccupazione a "doppia cifra".

A fronte di queste esigenze rimaneva comunque ineluttabile l'obbligo, da parte del governo, a fare fronte agli impegni di welfare (assegni famiglia, housing support ecc.): il risultato fu un incremento abnorme della spesa pubblica con punte di disavanzo di budget intorno al 13% del PIL. [Steinmo] La svolta dovette attendere fino al '94 con l'ascesa del Social Democratic Party. Senza introdurre tagli al welfare (che avrebbero peggiorato la situazione soprattutto per i più poveri) Il progetto di rientro si concentrò sul ritocco delle aliquote per i più ricchi e sulla riduzione della tassazione sui

beni di prima necessità (in primis la tassa sul cibo). L'agenda politica ebbe successo e, un po' come gli USA con la politica fiscale Clinton, la resurrezione economica venne raggiunta.

Viene ora spontaneo domandarsi come il popolo svedese potesse non ribellarsi al fatto che le entrate fiscali arrivassero al 60% del PIL. Diversi studi furono condotti e l'outcome fu abbastanza lineare: sebbene tutti i cittadini fossero d'accordo nel ritenere alte le tasse, pochi avrebbero accettato, come trade-off, una riduzione dei benefici. La generosità percepita del sistema di welfare compensava di gran lunga il malcontento generato dalla pressione fiscale.

Anche modernamente la Svezia ha continua ad utilizzare il surplus generato dall'economia per ridurre il proprio indebitamento netto e potenziare lo stato sociale piuttosto che per ridurre le aliquote fiscali.

2.2.3 Il sistema Germania



Figura 5 suddivisione statale della Germania: Fonte: en.wiki.com

Il sistema tedesco si pone in buona misura “a parte” rispetto a quelli Italiano e Svedese.

In fig 5, è facilmente osservabile la complicata suddivisione dello stesso. Come si può notare il pilastro di partenza è il governo centrale, ovviamente di carattere federale. Organo centrale è il *Bundestag* ovvero il parlamento federale (622 membri). Esso è responsabile della nomina del cancelliere, dell'approvazione delle leggi e ha poteri di verifica delle attività governative.

Affiancato al *Bundestag*, ma di analoga se non superiore importanza, vi è il *Bundesrat* ovvero il consiglio federale. Esso è costituito da rappresentanti di ogni Lander e amministra il potere legislativo. Sebbene le sue decisioni riguardino l'ordinamento federale in generale (non quindi

l'ordinamento specifico di ogni Lander, il quale necessiterà di "recepire" le norme emanate a livello centrale) la sua importanza è fondamentale quale organo che ripartisce la sovranità tra lo stato centrale e gli stati periferici. Il suo potere è di carattere legislativo ma come dichiarato dalla Corte costituzionale Federale: " *solo relativamente a specifiche competenze*". Non si tratta quindi di una "seconda camera" affiancata al Bundestag ma bensì di un organo a parte i cui funzionari non sono eletti dal popolo ma da ogni singolo Lander che gli invia quali rappresentanti nella tutela degli interessi generali della repubblica federale. Appare chiaro poi come da questi si discerneranno interessi particolari specifici di ogni singolo Lander.

Tornando alla divisione amministrativa, al di sotto dei Lander si individuano i *Distretti governativi (Regierungsbezirk)*. Essi esistono solo nei Land più grandi (Baden-Württemberg, Baviera, Assia, Renania Settentrionale-Vestfalia e Sassonia) dove una ulteriore divisione amministrativa, prima dei livelli ulteriormente inferiori, trova necessità di applicazione.

Tutti i Land (ad eccezione delle città stato di Berlino, Brema, Amburgo) sono invece suddivisi in Circondari (o distretti) rurali (323). A questi si affiancano le Città Extracircondariali (117) e i circondari urbani. Si tratta di città così importanti da svolgere, oltre alle funzioni comunali, anche quelle circondariali. I Comuni (*Gemeinde*) costituiscono l'unità amministrativa più piccola (12.320). A livello di welfare segnaliamo alcune peculiarità del modello tedesco:

- **La ripartizione delle competenze:** quasi totalmente collocate a livello di Lander ed in particolare a livello di distretto.
- **L'altissima spesa per il sociale :** circa il 50% del budget statale (di 319,5 mld euro).

. A livello centrale sono governate le politiche di indirizzo quali recepimento di indicazioni europee e budgeting generale. Ogni unità di suddivisione del territorio ha poi un ampissimo margine discrezionale nel determinare quantità, entità e qualità dei servizi sociali.

Possiamo quindi dire, con approssimazione, che la Germania non è fatta di un solo sistema di welfare ma da un unione di diversi. L'interesse nella salvaguardia delle competenze specifiche di ogni Lander è tale che, addirittura a livello europeo, la Germania è spesso molto rigida per quanto la determinazione di politiche nazionali: si cita a tal proposito il famoso ricorso tedesco alla corte di giustizia europea per quanto riguarda i negoziati nel sociale.

Non sarebbe però opportuno concepire la Germania come un paese "frammentato" a livello di politiche: sebbene la divisione di competenze sia sempre tenuta in gran conto, i vantaggi di politiche armonizzate a livello nazionale sono ben apprezzati e spesso implementati: nella trattazione delle singole politiche non abbiamo difficoltà, nella maggior parte dei casi, a fornire una linea comune.

3. Analisi specifica delle politiche

Si procederà ora ad analizzare indipendentemente ciascuna specifica politica. Nel compilare questa sezione si è dovuto tener conto di diversi accorgimenti (si rimanda all parte introduttiva per ulteriori chiarimenti):

- sebbene lo schema di classificazione secondo il quale viene svolto il confronto (elaborato dal Coordinamento tecnico della Commissione politiche Sociali Interregionale) sia organizzato (secondo i cd. “macrolivelli”), quasi mai si è riusciti a riscontrare analoga classificazione nell’analisi dei sistemi nazionali: si avrà cura di specificare, laddove possibile, da quale differente macro area sono state estrapolate le informazioni;
- il livello di afferenza delle politiche varia da stato a stato: per il caso italiano si sono ad esempio escluse dall’analisi, quelle afferenti al SSN (vista la connotazione “regionale “ del lavoro), un’esclusione che, ovviamente, non è stato possibile rispettare nell’analisi di altre strutture.
- Le informazioni sono spesso incomplete o non pubblicate: si è cercato di fare riferimento soprattutto alle fonti ufficiali e agli studi pubblicati onde assicurare un costrutto solido al paragone.
- Il macrolivello “ *Servizi per l’accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale*” è riportato nello specifico per ogni singola politica, non essendo stato possibile reperire informazioni a livello aggregato . Si avrà cura, laddove possibile, di specificare i requisiti di accesso, e il “Mean Test” necessario per accedere ai singoli servizi.

3.1 Servizi per favorire la permanenza a domicilio.

Nel corso degli ultimi anni, i cospicui cambiamenti demografici e sociali che tutti i paesi EU hanno affrontato, hanno focalizzato l’attenzione del welfare europeo sul concetto di “Ageing in place”: attraverso un serie di politiche coordinate è incoraggiata la possibilità di ricevere cure pur rimanendo nel proprio domicilio. L’ospedalizzazione non è più vista come l’unica forma di rimedio a tali esigenze, anzi l’uso ne viene scoraggiato sia sotto il profilo umano che economico. I dati parlano chiaro: la “long term care” domiciliare beneficia in media (dai OCSE 2008) del 38% della spesa, a fronte della copertura di due terzi degli utenti che necessitano di assistenza. Per contro, la spesa per ospedalizzazione ammonta al 62%, pur coprendo solo la parte rimanente di aventi diritto (1/3) . Un sistema di assistenza domiciliare accessibile e ben strutturato, a opinione dell’OMS, dovrebbe essere parte ormai integrante di tutti i sistemi sanitari nazionali.

A livello Europeo però, la situazione appare eterogenea: vi è infatti un gap nord-sud (in posizione virtuosa i paesi nordici, la Germania e l'Olanda) riguardo all' adeguamento a tale esigenza: sebbene quasi tutti abbiano incorporato quest'esigenza, solo pochi l'hanno inquadrata in un sistema normativo specifico.

Le modalità di erogazione sono tra le più variegate, da bonus diretti (ad esempio previsti benefit lavorativi per i familiari in carico dell'assistenza) a voucher che il cittadino può spendere dove meglio ritiene. Da segnalare il ruolo di grande importanza che l'assistenza familiare ricopre per le persone anziane o disabili (ADL); Italia & Spagna sono gli stati più virtuosi con rispettivamente 16,2 e 15,3 % di familiari che se ne incaricano. Il sostegno a queste pratiche risulta essere un punto centrale delle politiche di welfare europeo, con la maggior parte degli stati già schierati a favore di interventi di sostegno (in particolare il *cash for care*).

A livello di politiche Comunitarie merita menzione il problema dell'Integrazione delle stesse ovvero la capacità di garantire al cittadino una ben regolamentata assistenza Inter-statale. Risulta necessario codificare chiaramente quanti e quali siano i diritti del cittadino europeo in proposito. L'Unione Europea ha sempre inserito tra le sue priorità quest'esigenza, un esempio è stata l'istituzione del *Care and Management of Services for Older People in Europe Network (CARMEN)*. Operante dal 2001 al 2004 il CARMEN è stato un "network tematico" per la gestione dell'assistenza agli anziani nell'UE. Sono stati fatti diversi passi avanti ma la situazione corrente vede ancora un sistema integrato di assistenza come un lontano obiettivo. La molteplicità delle situazioni nazionali, la poliedricità delle politiche e la diversità dei sistemi costituiscono ostacoli di complicato superamento.

3.1.1 Svezia.

Normativa di riferimento è il Social Services Act (Socialtjänstlagen) del gennaio 2002.

Caratteristica primaria del sistema svedese è l'assenza del "mean test" ovvero della prova dei mezzi. Ogni persona accede a pieno titolo ad un regime di assistenza molto ampio che può presentare minime differenze a seconda delle condizioni locali di ogni County.

L'assistenza domiciliare di lungo periodo non è un sistema totalmente separato: si sviluppa in maniera parallela ad altri servizi proposti dalla Municipality a cui è in carico la responsabilità per il decision making, il financing e l'organizzazione del servizio. A discrezione di ciascuna possono quindi cambiare i connotati dello stesso: nell'espletarlo possono intervenire diversi attori: staff comunale, organizzazioni condivise tra municipalities, o organizzazioni no profit. La scelta è molto vasta e affidata al cittadino.

Ogni persona ha diritto a riceverla laddove non sia necessario ricovero ospedaliero. Solo per patologie particolari che richiedono assistenza diretta e molto specializzata è incoraggiato l'uso di politiche di "Special Housing".

3.1.2 Germania

Sono stati codificati nel 1995 nel cosiddetto "Social Code" (Sozialgesetzbuch) insieme ai servizi per la disoccupazione, incidenti sul lavoro e malattia. Per quanto riguarda lo specifico della permanenza domiciliare (definita, long-term home care) esistono due tipi di assicurazioni, *sociale* (SPV) e *privata* (PPV). Quasi tutta la popolazione è assicurata in uno di questi modi; l'assicurazione per l'assistenza è infatti collegata a quella (più conosciuta) per malattia: chi possiede l'una possiede anche l'altra. La differenza sta nel fatto che il periodo di "qualificazione" per avere accesso all'assistenza di lungo periodo si concretizza in un periodo pre-assicurativo di due anni, per l'assicurazione malattia non c'è periodo di qualificazione. Per i bambini è sufficiente che il periodo sia completato dai genitori.

Accesso e Valutazione: Per quanto riguarda l'accesso vero e proprio è sufficiente essere sottoposti ad un esame medico con referto positivo in questo senso. Il servizio è attivato a coloro che sono diagnosticati con periodi di bisogno superiori a 6 mesi, non sono previsti limiti di età. Lo staff incaricato delle valutazioni è costituito da medici il cui lavoro è svolto stretta cooperazione con specialisti di assistenza di lungo periodo (infermieri pediatrici per i bambini).

Sono valutate differenti categorie di parametri: igiene personale, assistenza per nutrimento, mobilità, assistenza domestica che determinano l'inserimento in 3 categorie in base al grado di indipendenza della persona (I: assistenza una volta al giorno con supporto familiare; II: assistenza prolungata fino a 3 volte al giorno per bisogni basilari e non; III: assistenza giornaliera e notturna, molte volte al giorno , per ogni bisogno).

Benefits: consistono in una copertura totale di quelli che sono i bisogni del richiedente, purché egli non possa sostenerne parte dei costi o non riceva il servizio da altri (ex. Associazioni volontariato). Per l'assistenza domiciliare sono inoltre previsti rimborsi mensili (per la sola cura dei bisogni "Base") fino a 440€ (cat. I), 1040€ (Cat. 2), 1510€ (cat. 3) con casi speciali previsti fino a 1918€.

Ratio della norma è comunque quella di incoraggiare una vita il più possibile indipendente, ecco perché sono previsti anche rimborsi "ausiliari" qualora il cittadino scelga di dotarsi autonomamente di un aiuto esterno (fino a 31 euro/giorno) con importi base pari a 225 – 430 e 685 euro mensili per le tre categorie rispettivamente.

3.2 Servizi territoriali a carattere comunitario e servizi per la prima infanzia.

Saranno prese in considerazione due categorie di fruitori:

- Minori 0-24 mesi: servizi per la prima infanzia e asili nido;
- Minori adolescenti / giovani/ anziani e disabili:

3.2.1 Svezia

In linea con la definizione “Omnicomprendiva” del suo welfare, la Svezia delega a livello Municipality la facoltà di introdurre misure per l’infanzia. Tutto è codificato nel *Municipal Childcare Allowance Act* un documento che concede al cittadino, qualora venga ratificato dalla Municipality di appartenenza, di ottenere una serie di benefici per la crescita e la cura del bambino.

La situazione è quindi eterogenea e diversa per ogni divisione territoriale, ma linee comuni possono essere individuate in:

- Asili nido gratuiti. Tutti i residenti hanno diritto a questa agevolazione che rientra nella fattispecie più ampia della gratuità dell’intera istruzione scolastica (fino all’università). La Svezia provvede anche alle esigenze degli emigrati all’estero, collaborando strettamente con le proprie ambasciate per fornire questo tipo di assistenza. Da citare il caso dell’agenzia Ifad (International fund for agricultural development) la quale, in collaborazione con le ambasciate svedese e italiana a Roma ha aperto un asilo nido per gli emigrati svedesi. A livello nazionale *“Le strutture svedesi sono finanziate per il 90% dalla Stato e offrono ai genitori la possibilità di pagare rette più basse nel caso in cui papà e mamma collaborino alla gestione dell’asilo, non nei panni degli insegnanti ma in amministrazione, nella pulizia e nella manutenzione degli edifici, nell’acquisto delle forniture.” (M.L.Colledani).*
- Alta percentuale dell’impiego delle neo-mamme (intorno al 78%, dati EU)
- Parallela possibilità di cura a casa e attivazione del corrispondente child care bonus. Il bonus è attivo da zero a tre anni fino ad un tetto massimo di €312 al mese per bambino.
-

Per quanto riguarda la fascia adolescenziale, la Svezia prevede tutta un serie di centri culturali e di aggregazione diurna, che però non rientrano nello schema dello stato sociale essendo in gran parte gestiti in maniera volontaria. Le uniche fattispecie finanziate dallo stato (oltre alle classiche, quali biblioteche, centri studio etc...) sono i cd “centri di cultura”.

Lo stesso discorso vale per la fascia di età più avanzata, non sono previste fattispecie specifiche dipendenti dagli schemi di welfare.

3.2.2 Germania

La Germania presenta anch'essa una forma di sostegno alle famiglie per l'educazione del neonato. Invece di garantire un bonus "diretto" la famiglia riceverà un' esenzione dalle tasse per quanto concerne la cura del neonato. Il benefit fa riferimento alla normativa "*Federal act on parental allowance and parental leave*" nonché al "*Federal Child Benefit Act*": sono previsti esenzioni mensili da 184€ (uno e due figli) a 190€ (tre) e 215€ (4 figli).

Per quanto riguarda le strutture per l'infanzia c'è da segnalare il grosso deficit Tedesco. La Germania è in grado di far fronte solo a circa il 18% della domanda, uno standard davvero esiguo anche a confronto di altri paesi EU non molto virtuosi. Il servizio asili nido è in carico agli enti locali, i quali lamentano l'insufficienza delle risorse assegnateli. Il governo Merkel ha varato nel 2007 un piano di riforma del sistema per portare l'offerta al 35% della richiesta entro il 2013 (ca. 750mila posti). Lo storno di risorse per finanziare l'impresa dovrebbe essere scaricato in larga parte su altre voci del welfare in particolare gli assegni famiglia. Il sistema di educazione d'infanzia tedesco risulta quindi al momento sotto-strutturato e in profonda crisi. Per l'accesso è fondamentale il requisito di residenza stabile e le graduatorie di accesso sono stilate in base al reddito.

3.3 Servizi territoriali a carattere residenziale per la fragilità.

Analizzeremo questo macrolivello sotto

3.3.1 Svezia

Il recupero e la riabilitazione delle persone affette da patologie di fragilità è centrale nel welfare svedese. La *ratio* alla base del sistema è quella di permettere ed incoraggiare u effettiva riabilitazione della persona, al fine di un reinserimento della stessa nella società.

Per rispettare questa linea guida sono state progettate diverse fattispecie di intervento; nel tentativo di classificarle si suggerisce di ripartirle in questo modo:

- Ospedaliere
- "Home care Initiatives"

Il sistema Svedese, come già accennato nei capitoli precedenti tende a privilegiare la cura parentale direttamente in famiglia. Ciò è portato avanti anche con incentivi molto alti, mirati a coprire ogni tipo di esigenza (si veda il paragrafo sull'assistenza domiciliare) fino all'assunzione di personale specializzato.

Le cure ospedaliere in Svezia sono riservate (ma il termine giusto è “consigliate”, proprio per restare in linea con il fatto che l’assistenza domiciliare è privilegiata rispetto a quella ospedaliera) a persone con patologie gravi e sono totalmente o quasi finanziate dallo stato.

In particolare è il SSN Svedese a provvedere alle politiche di budgeting relative a questo tipo di strutture: il sistema svedese quindi appare integrato a livello nazionale sotto questo punto di vista: tutte le strutture sono collegate al SSN, unica eccezione quelle a carattere volontario.

Il sistema sociale prevede libera scelta del medico e della struttura di assistenza, prevede un finanziamento totale delle cure (fino a 65 anni anche a domicilio) e consente di cumulare i benefit con altri derivanti, ad esempio, dall’assicurazione invalidità lavoro.

3.3.2 Germania

Il sistema tedesco prevede anch’esso una serie completa di benefit, finanziati dalle contribuzioni e dal regime fiscale in unione a quello assicurativo. In Germania l’assicurazione sociale è infatti obbligatoria.

Le persone con gravi disabilità sono curate in strutture specializzate e a carico del SSN. Il sistema tedesco pone particolare attenzione al re-inserimento nella vita comune attraverso programmi di riabilitazione specifici, completamente gratuiti per il cittadino (se il cittadino è ancora lavoratore sono addirittura previsti contributi per il reinserimento lavorativo). Anche in questo caso il benefit è cumulabile con altri, in modo da garantire un livello di benessere della persona pari quasi a quello precedente alla malattia.

Appendice

Fig. I.

Tabella 6.1. Tassi[†] di crescita medi annui del Pil reale

	60/73	73/79	79/89	89/95
Stati Uniti	4,0	2,6	2,4	1,9
Canada	5,4	4,2	3,1	1,2
Giappone	9,7	3,5	3,8	1,9
Australia	5,2	2,8	3,3	2,5
Nuova Zelanda	4,0	0,7	1,9	2,3
Austria	4,9	3,0	2,1	2,3
Belgio	4,9	2,3	1,9	1,6
Danimarca	4,3	1,9	1,8	1,9
Finlandia	5,0	2,1	3,7	-0,6
Francia	5,4	2,7	2,1	1,3
Germania [‡]	4,3	2,4	2,0	2,0
Grecia	7,7	3,7	1,8	1,3
Irlanda	4,4	4,9	3,1	6,2
Italia	5,3	3,5	2,4	1,3
Norvegia	4,3	4,8	2,7	3,4
Olanda	4,8	2,6	1,9	2,4
Portogallo	6,9	2,9	2,9	1,9
Regno Unito	3,1	1,5	2,4	1,0
Spagna	7,3	2,3	2,8	1,7
Svizzera	4,4	-0,4	2,3	0,4
Svezia	4,1	1,8	2,0	0,6

[†]: valori percentuali.

[‡]: sino al 1991 RFT.

Fonte: OECD, *Historical Statistics*, 1997.

Figura 2: andamento della crescita dei Principali PIL area euro + UK,
Fonte: elaborazione dell'autore su dati ISTAT, Wikipedia.org.

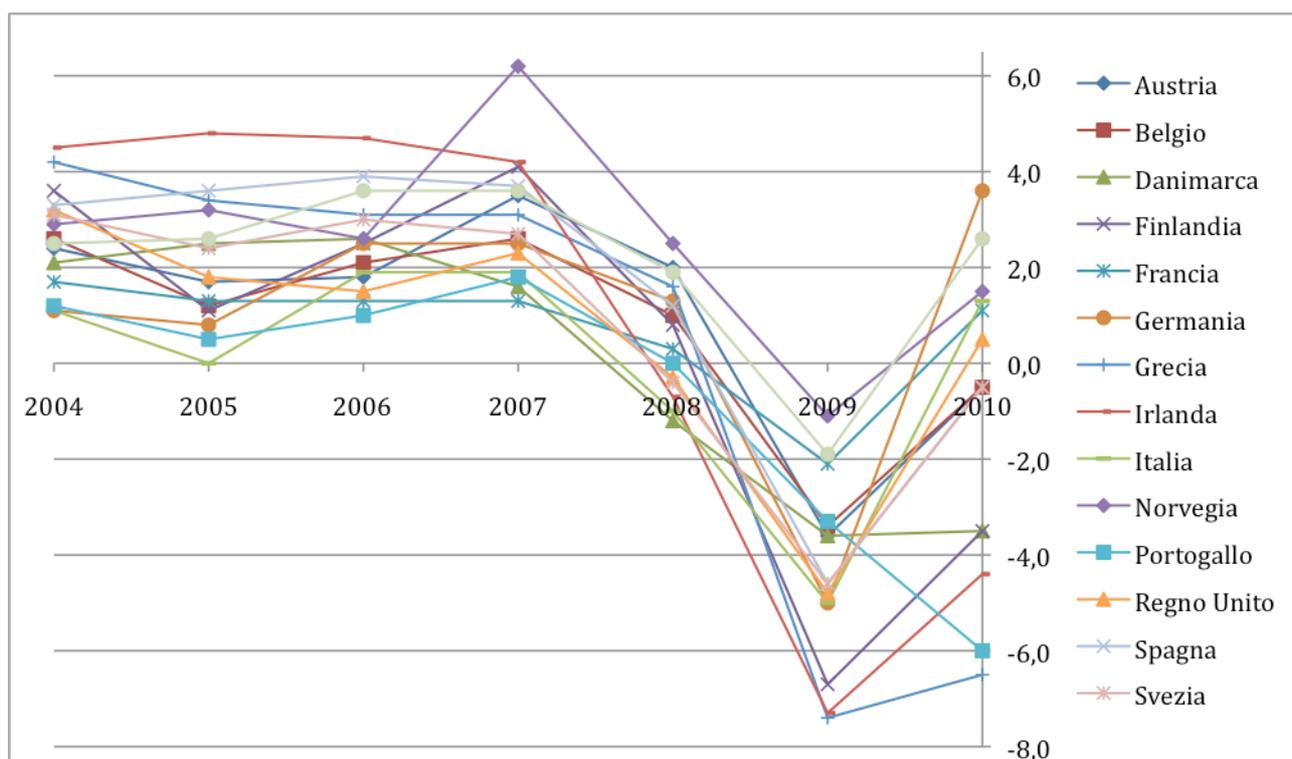
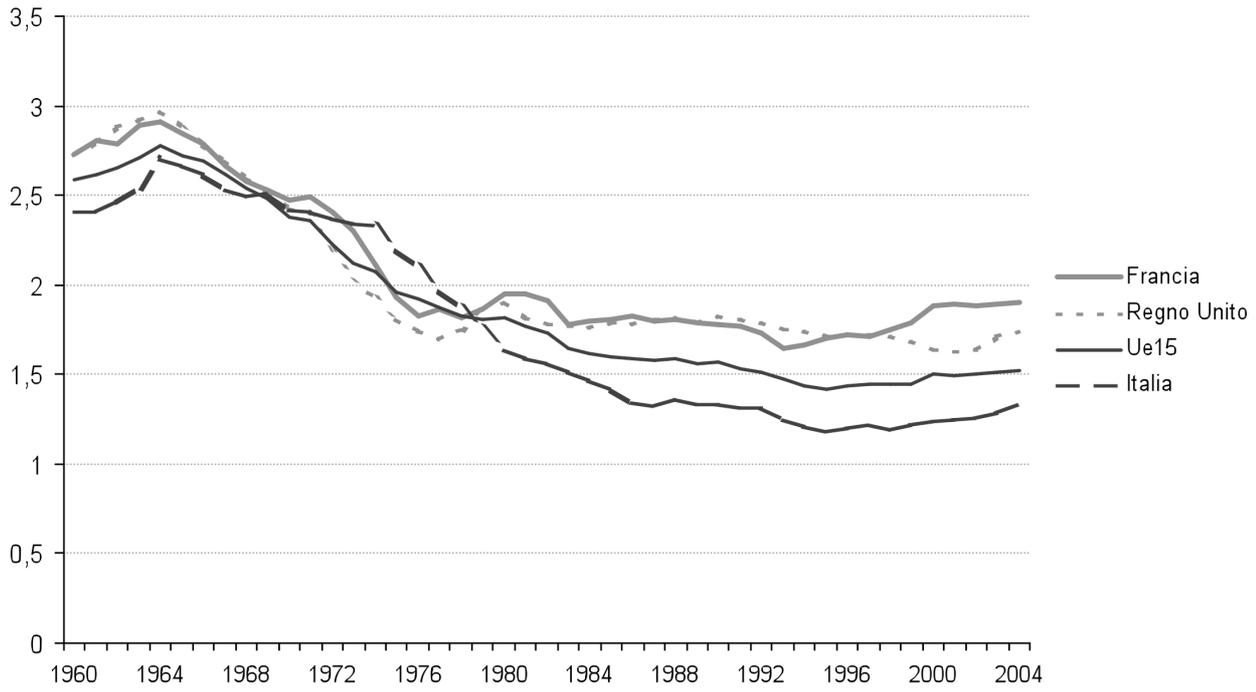


Fig.3: Tasso di fecondità Fonte Eurostatz.



Bibliografia

Risorse Internet:

- Governo svedese <http://www.sweden.gov.se/sb/d/4114>
- Organizzazione servizi health:
- <http://www.edscuola.it/archivio/handicap/europa.pdf>
- http://www.tco.se/FileOrganizer/TCOs%20webbplats/Publikationer/Tryckt%20material/den_svenska_modellen_IT.pdf
- Comparativa welfare systems:
http://www.inps.it/Doc/ci_internet/pubblica/guida/italiano/gpita02.htm
- Numeri sul welfare Tedesco:
<http://vastano.blogautore.espresso.repubblica.it/2010/09/30/numeri-e-cifre-del-welfare-in-germania/>
- <http://www.ilsole24ore.com/art/SoleOnLine4/dossier/Economia%20e%20Lavoro/2009/mam-2009/mamme-lavoro/svezia-mamme-lavoro.shtml?uuid=a70b2da4-46c8-11de-bf39-bf88fbec73a5&DocRulesView=Libero>
- Asili nido in Germania: <http://www.west-info.eu/it/2-asili-nido-germania-vs-danimarca/>
- http://dptea.luiss.edu/dptea/files/wp_luisslab_zoli.pdf

Testi & Papers:

- G cazzola, **Lavoro e welfare: giovani versus anziani**, Rubbettino 2004.
- C. De vincenti, a cura di: **Gli anziani in europa: sistemi sociali e modelli di welfare a confronto** , Laterza 2000
- T.Boeri, R. PErotti: **Meno pensioni, più welfare**, il mulino 2002
- F.Bova, **dizionario del nuovo welfare**, Maggioli 2006
- M Coluzzi, S.Palmieri, **Welfare a confronto**, Ediesse 2001
- F. Oleari, L. Patacchia, L. Spizzichino, **Il welfare in Europa: elementi per un confronto**, Fondazione Zancan.

- S Steinmo, **Globalization and taxation: Challenge to Swedish welfare state**
- A. Barrett, B Maitre, **Immigrant welfare receipt across Europe**, IZA 2011.
- M. Pellizzari, G. De giorgi, **Welfare magnets in Europe and the cost of harmonized social assistance**. 2006.
- H. Thorsten, **Attitudes Towards the Welfare State in Europe: Starting Point or Obstacle on the road to a social Union?**, EWW Working Papers.
- I. Madama, M. Ferrera, **Modelli di welfare & Integrazione in Europa**, Corso donne, politiche ed integrazione, università di Milano 2006.
- Y. Kazepov, M. Arlotti, E. Barberis, B. da Roit, S. Sabatinelli, **Rescaling Social Welfare Policies in Italy**, National report by European Centre for social welfare policy and research, 2006.
- Ferrera M., **The southern model of welfare in Social Europe**. In Journal of European social policy, 6, 6, 17-37, 1996.
- Coordinamento tecnico della Commissione politiche Sociali Interregionale del 26 luglio 2011, **Schema di Riferimento per La definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali, prima fase: Macrolivelli di servizio**, luglio 2011.
- C. Borzaga, L. Fazzi, **Manuale di politica sociale**, Franco Angeli, Milano, 2005
- **Health and long-term care in the European Union, Special Eurobarometer (2007)**, European Commission
- Da Roit B, Le Bihan B., **Similar and Yet So Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies** (2010), The Milbank Quarterly
- **Home-based long term care**, (2000), World Health Organization
- Ministero dell'interno, **rapporto nazionale 2003 sull'attuazione del federalismo**.