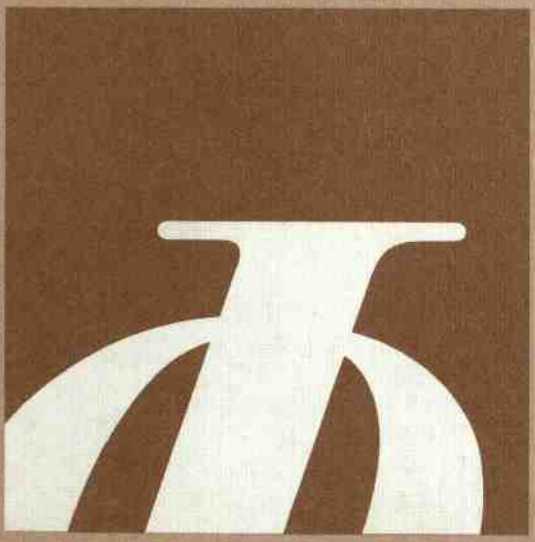
Fondazione G. Agnelli Quaderno 35/1979

CENSIS

Nuovi orientamenti di politica sociale in Gran Bretagna, Svezia e Francia



edizioni della fondazione

La Fondazione Giovanni Agnelli intende favorire un approccio innovativo alla ricerca, che superi il momento puramente analitico/descrittivo e di "denuncia", per assumere contenuti direttamente propositivi, utili a fornire stimoli e suggerimenti non solo al dibattito culturale ma anche a chi ha responsabilità operative.

La collana dei "quaderni" è uno degli strumenti con cui si intende favorire il dibattito e fornire agli operatori un contributo di informazione e di stimolo.

Vi trovano spazio ricerche, saggi, estratti di volumi più ampi, resoconti di convegni, relazioni, suggerimenti di intervento operativo, proposte sperimentali.

I "quaderni" vogliono essere, cioè, oltre che un canale di divulgazione, uno strumento di lavoro per seminari, incontri, convegni.

Le opinioni espresse non riflettono necessariamente quelle della Fondazione ed impegnano, naturalmente, solo gli autori.

Via Ormea 37 - 10125 Torino
308627

CENSIS

Nuovi orientamenti di politica sociale in Gran Bretagna, Svezia e Francia

Fondazione
Giovanni Agnelli

SOMMARIO

INTRODUZIONE

Questa ricerca nasce dall'interesse a verificare la situazione attuale della politica sociale in alcuni paesi europei che presentino caratteristiche di sviluppo abbastanza simili alle nostre o la cui esperienza in materia di intervento sociale potrebbe costituire un contributo alla interpretazione ed alla soluzione dei problemi esistenti oggi su questo terreno.

Per ciascuno dei paesi presi in considerazione, la ricerca si propone di:

– descrivere la quantità e la qualità dei servizi sociali promossi;

– indicare le implicazioni e le conseguenze che ne derivano a livello economico, soprattutto nel momento attuale di crisi;

– individuare la aree di disfunzione;

– cercare di cogliere il grado di soddisfazione dei bisogni emergenti;

– verificare le eventuali sperimentazioni in atto, tendenti a realizzare un maggiore adeguamento della qualità delle politiche sociali alla natura dei bisogni.

La ricerca si innesta su un primo studio teorico, condotto dal CENSIS per conto della Fondazione Agnelli, relativo all'evoluzione della politica del Welfare State. In esso si era cercato di porre in evidenza la situazione di crisi di questo modello, sulla base delle seguenti considerazioni:

– la crescente insopportabilità dei costi sociali, dovuta alle minori risorse per la crisi economica ed alla domanda sempre crescente; da qui l'esigenza di un contenere la spesa sociale e di responsabilizzare la domanda;

– l'inadeguatezza delle modalità attraverso le quali i bisogni sociali della popolazione vengono soddisfatti, a causa della rigidità della macchina burocratica a ciò delegata, del suo centralismo e verticismo e delle varie logiche settoriali che si sono costituite;

– l'esigenza di procedere ad una progressiva attenuazione dell'apparato istituzionale burocratico al fine di coinvolgere direttamente gli individui nelle decisioni sulle modalità di soddisfazione dei propri bisogni e lasciando allo Stato un ruolo garantista e di controllo.

Partendo da queste considerazioni, il CENSIS aveva elaborato un modello teorico-interpretativo che consentisse di individuare alcuni pos-

sibili canali di sbocco dell'attuale crisi della politica sociale; l'attuazione era concentrata su possibili settori di intervento nel lungo periodo, la natura delle procedure e gli assetti istituzionali di riferimento di una nuova politica sociale.
Le presenti incertezze in campo sociale, il graduale attenuarsi dei valori tradizionali di riferimento, così come le strozzature e la pressione economica che provengono dalla difficile congiuntura, sarebbero altrettanti elementi costitutivi di una fase di transizione, di verifica e di sperimentazione durante la quale si vanno radicando i fermenti ed i germi di una importante svolta storica nelle politiche di Welfare.
Era dunque importante stabilire quale fondamento e portata avesse una tale impegnativa ipotesi, attraverso una attenta verifica dell'attuale fase di evoluzione delle politiche sociali in altri paesi europei vicini al nostro per tipo di problemi, o che comunque – per consolidamento e ricchezza di esperienza in questo campo – possano dare indicazioni probanti sulle reali possibilità di un'inversione di tendenza nel tradizionale modello del Welfare State.
I paesi presi in esame sono stati: la Gran Bretagna, la Svezia e la Francia.
La Gran Bretagna è il paese più ricco di tradizioni nel Welfare e la estensione dell'intervento pubblico, soprattutto in campo sanitario, è tra i più cospicui nel mondo. Inoltre in questo paese la crisi economica presenta aspetti e livelli di gravità simili a quelli dell'Italia.
La Svezia è generalmente considerata il modello più avanzato, anzi la perla del Welfare State. In questo paese, come vedremo, i segni della crisi sono stati assai più tardivi, eppure i primi sintomi di inadeguatezza del modello di politica sociale risalgono a più di un decennio.
La Francia, infine, presenta somiglianze con l'Italia non solo sul piano istituzionale e culturale, ma anche per quanto riguarda gli schieramenti e gli equilibri politici e sindacali. Essa costituisce perciò un esempio interessante soprattutto per quel che riguarda il nodo delle possibili compatibilità tra crisi economica ed esigenze di consolidamento delle strutture dei servizi sociali.
Per ognuno di questi paesi, si è proceduto ad una sommaria analisi storica retrospettiva, destinata ad evidenziare gli sviluppi e le peculiarità culturali che hanno inciso sull'attuale conformazione delle strutture di Welfare. Se, infatti, il Welfare State costituisce oggi un modello di riferimento generalmente riconosciuto esistono tuttavia altrettante "vie nazionali al Welfare State" che sono direttamente conseguenti alla matrice culturale, all'evoluzione storica ed alle condizioni geografiche dei singoli paesi. Questa considerazione dovrà essere te-

nuta presente anche nelle parti propositive di questo genere di ricerche e quindi nelle conclusioni di verifica dell'ipotesi specifica di questo lavoro.
Dopo l'analisi retrospettiva, sono state esaminate le norme e l'apparato istituzionale che regolano i tre settori chiave della politica sociale, vale a dire la sicurezza sociale, la sanità e l'istruzione.
L'approccio, oltre che descrittivo, è stato volutamente critico per cercare di verificare l'effettiva adeguatezza delle risposte in beni sociali alla natura dei bisogni e delle aspirazioni.
Quando necessario, sono state inserite considerazioni relative alle politiche del lavoro, all'alternanza studio-lavoro ed ai problemi del territorio.
Una particolare attenzione è stata poi riservata all'innovazione ed alla sperimentazione sociale, anche se con tutti i limiti di giudizio e di analisi che questo terreno necessariamente comportava.
Infine hanno fatto da sfondo costante all'analisi descrittiva le preoccupazioni relative all'effettiva agibilità di un programma di politica sociale che realizzi concretamente, ed in un raggio quanto più vasto possibile di popolazione, i valori dell'eguaglianza e della partecipazione.
La ricerca è stata svolta sul campo, con interviste a testimoni privilegiati, nonché attraverso la raccolta di una documentazione specializzata.
Tra i personaggi intervistati l'attenzione è stata rivolta in particolare a: responsabili politici e funzionari tecnici dei settori; esponenti politici e sindacali; centri studi universitari e politici; studiosi nel campo della politica sociale; sociologi ed economisti; operatori sociali.

La ricerca sull'evoluzione delle politiche sociali in Francia, Inghilterra e Svezia che presentiamo in questo Quaderno, benché aggiornata al 1977, mantiene oggi tutta la sua attualità per almeno due ordini di motivazioni:

– si tratta di uno studio circoscritto alla verifica degli effetti della crisi economica del 1973 sugli orientamenti della politica sociale ed in particolare rispetto ai valori di riferimento che erano stati alla base della definizione del modello scandinavo del Welfare State.

– i risultati di questa verifica, evidenziando un grado elevato di autonomia della crisi di modello del Welfare State dal ciclo economico congiunturale, risultano prefigurativi rispetto al dibattito sociale e politico

che caratterizzerà verosimilmente l'intervento di politica sociale nel nostro paese, e non solo nel nostro, nei prossimi anni.

Una conferma della validità di queste motivazioni è venuta del resto recentemente dal decimo Simposio del Consiglio Internazionale dell'Azione Sociale che verteva sul tema "Nuovi orientamenti delle politiche sociali: esame critico delle esperienze scandinave" e che si è tenuto a Kristiansaud in Norvegia dal 19 al 24 agosto 1979.
Nel corso di questo convegno i rappresentanti dei diversi paesi, ed in particolare quelli dei paesi che hanno battezzato il modello del Welfare State, si sono interrogati sulla validità delle attuali politiche sociali rispetto alla nuova natura dei bisogni ed hanno constatato la necessità di introdurre importanti modifiche soprattutto nel senso di un recupero della dimensione umana nell'intervento sociale.

GRAN BRETAGNA

EVOLUZIONE STORICA

Lo sforzo politico per l'istituzione dei servizi sociali per tutti è stato assai intenso in Inghilterra. Nel 1945, con l'arrivo dei laboristi al governo in un momento pieno di speranze e di illusioni, il rapporto Beveridge fu posto alla base delle iniziative di politica sociale. Tuttavia già il precedente governo di coalizione, nel 1944, aveva promulgato un Education Act che istituiva una scuola secondaria obbligatoria fino a 15 anni, divisa in "Grammar School" (o classica), "Secondary Technical" e "Secondary Modern".
Nel 1946, il National Health Service Act istituiva un Servizio Nazionale Sanitario la cui struttura, con alcune modifiche, è rimasta inalterata fino al 1974.
Un'altra legge fondamentale fu quella relativa all'assicurazione nazionale per gli infortuni sul lavoro.
Le prime grosse critiche, dopo il dibattito che era avvenuto per l'introduzione di queste leggi, apparvero nel 1952 in un articolo del *The Times,* intitolato "Crisis of Welfare State", ed in un pamphlet di due deputati conservatori (Jan Macleod ed Enoch Powell) dal titolo *The Social Service - Needs and Means.* In esso si affermava che il Welfare, con i suoi pagamenti uguali e i suoi servizi standard, non andava incontro realmente alle persone particolarmente bisognose, le quali avrebbero dovuto chiedere un'ulteriore prestazione, sulla base di un esame delle loro risorse. Pertanto per economizzare e per andare incontro alle esigenze effettive di costoro, sarebbe stato opportuno reintrodurre totalmente il "Means test" (cioè un controllo sulle risorse individuali) sia per i servizi sanitari, che per la sicurezza sociale.
Il sociologo Titmuss e i laburisti si opposero a questa proposta, obiettando che così si sarebbe ritornati alla umiliante "Poor Law". Parecchi esponenti liberali e conservatori erano tuttavia favorevoli ad introdurre pagamenti per alcuni servizi, come l'istruzione e la sanità.
Passato il periodo dell'austerità ed entrati in un'era di prosperità, il Welfare System cominciò ad essere attaccato in quanto troppo costoso

e tutto sommato inadeguato in un momento in cui si pensava che la povertà fosse stata quasi totalmente debellata.
Ma quando ebbero inizio le trattative per l'ingresso della Gran Bretagna nel Mercato Comune e si fecero analisi comparate con gli altri paesi sulla spesa sociale, ci si accorse che la parte del PNL dedicata ad essa dall'Inghilterra era tra le più basse. Tuttavia con l'incremento di ricchezza registrato tra la fine degli anni '50 e l'inizio degli anni '60, si cominciò a spendere di più. Nel gennaio del '62 il Governo annunciò la spesa di 500 milioni di sterline in ospedali e decise la costruzione di sette Università. Fu così ricostruito un consenso intorno al Welfare, anche se continuava il dibattito sugli strumenti e sulle disponibilità. La riscoperta di sacche di povertà verso la fine degli anni '60 in una società ormai ricca, fece prendere coscienza delle disuguaglianze ancora notevoli e della mancata realizzazione di certi obiettivi.
Nel 1966 fu promulgato il Supplementary Benefit Act, che si proponeva di colmare le lacune delle vecchie leggi attraverso sussidi supplementari in relazione ai redditi ed alle indennità di disoccupazione, di malattia e superstiti; questi assegni sono finalizzati ai bisogni "eccezonali" e sono basati su un principio selettivo.
Nel 1970 sono stati introdotti nuovi sussidi per assistere categorie speciali di bisognosi: vecchi senza diritto ad una pensione assicurativa nazionale; invalidi; percettori di bassi redditi. Nel 1971 è stata approvata la legge sul Family Income Supplement che prevede sussidi su base non contributiva per le famiglie al di sotto di un determinato reddito, e per i figli. Questi assegni vengono corrisposti soltanto per 52 settimane.
Sempre nel 1971 furono introdotte pensioni speciali per le vedove tra i 40 e i 50 anni di età. Venne inoltre introdotta una pensione di invalidità per chiunque avesse ricevuto sussidi di malattia per un periodo di sei mesi, con un'indennità aggiuntiva di invalidità per le persone che denunciavano malattie croniche cinque anni prima del collocamento in pensione. Un'altra indennità di assistenza fu riconosciuta alle persone affette da gravi infermità, tali da richiedere assistenza giorno e notte.
Nel 1974 entrava in vigore un'altra legge importante in campo sanitario – la National Health Service Reorganization Act – che istituiva gli uffici sanitari, destinati ad integrare tutti i vari tipi di assistenza sanitaria.
Nel 1975 fu approvato uno nuovo Social Security Act, che riorganizzava ed aumentava le pensioni sempre su base contributiva e in relazione al reddito.

Il Sex Discrimination Act approvato nel 1975, sanciva la fine di ogni tipo di discriminazione contro le donne: nell'occupazione, nell'istruzione, nella formazione professionale. Fu istituita una commissione "per l'eguaglianza delle opportunità". Queste misure erano la logica conseguenza dell'Equal Pay Act che, fin dal 1970, imponeva la stessa retribuzione per le medesime funzioni, sia per gli uomini che per le donne.
Nel 1976 un altro Supplementary Benefit Act incrementava il livello delle prestazioni anche nelle famiglie con un solo genitore e consolidava la legislazione preesistente. L'ultima legge sulla previdenza sociale è il Social Security Act, del 1977, che emenda un certo numero di aspetti della legge in questa materia.
Tutto ciò ha fatto sì che il tasso di crescita della spesa pubblica abbia registrato in Inghilterra, negli ultimi anni, un aumento impressionante della quota destinata alla previdenza sociale, soprattutto fra il 1973 ed il 1975 (v. tabelle 1 e 2).

PREVIDENZA SOCIALE

Gli attuali nodi del sistema

Se esaminiamo a fondo il sistema di previdenza sociale inglese, ci accorgiamo che, pur avendo Beveridge concepito il suo Piano come una assicurazione nazionale su base contributiva generale e obbligatoria, le scarse risorse finanziarie che fu possibile destinare all'assistenza nel dopoguerra non erano tali da assegnare a tutti indennità e prestazioni sufficienti, il che costrinse molti assicurati privi di risorse adeguate a ricorrere massicciamente all'esistenza pubblica.
Contrariamente a quanto avvenne in Svezia, dove le pressioni sindacali erano più forti, non venne introdotto un sistema di aggiustamento legato ai redditi, con prestazioni minime nazionali, ma furono istituiti vari programmi particolari "means-tested", per varie categorie, come abbiamo già visto nella parte storica. Questa impostazione viene da molti criticata per il fatto che, in definitiva i "means-tests" vengono ancora usati con criteri disparati, piuttosto umilianti per gli utenti e con notevoli costi per gli accertamenti burocratici.
Inoltre il concetto di "povertà" come qualcosa di assoluto, che era alla base del Piano Beveridge, viene gradualmente sostituito dal concetto

TAB. 1 – *Spesa pubblica: Analisi per categoria economica* – (milioni di £ e percent.)

	1961	1966	1971	1972	1973	1974	1975
Spesa in beni e servizi:							
– Spesa corrente	4.584	6.572	10.344	11.772	13.403	16.578	22.907
– Spesa capitale	1.842	3.208	4.628	4.760	5.879	7.576	9.687
TOTALE	6.426	9.780	14.972	16.532	19.282	24.154	32.594
Sovvenzioni correnti al settore personale	1.708	2.825	4.784	5.853	6.445	7.873	10.208
Altra spesa pubblica	2.185	2.712	4.571	4.990	6.589	9.903	11.663
TOTALE DELLA SPESA PUBBLICA (milioni di sterline) (compresi gli interessi sui debiti)	10.319	15.317	24.327	27.375	32.316	41.930	54.465
Valore pro-capite	195	280	437	490	577	748	971
Spesa in beni e servizi	26,3	29,2	30,2	29,8	29,7	32,3	34,6
come % del G.N.P. al costo dei fattori	7,5	8,8	10,0	10,8	10,3	10,4	10,7

Fonte: Central Statistical Office, *Social Trends 1976*.

segue TAB. 1 – *Spesa pubblica: Analisi per destinazione* – (milioni di £ e percentuali)

	1961	1971	1972	1973	1974	1975	percentuali 1961	percentuali 1975
Servizi sociali:								
– Previdenza sociale	1.628	4.309	5.119	5.531	6.837	8.918	15,8	16,4
– Sanità e servizi sociali personali	1.088	2.784	3.219	3.743	4.917	6.707	10,5	12,3
– Educazione	1.012	3.023	3.559	4.083	4.746	6.840	9,8	12,5
Edilizia ed ambiente:								
– Edilizia	555	1.240	1.463	2.394	4.118	4.291	5,4	7,9
– Ambiente	389	1.179	1.368	1.701	1.975	2.405	3,8	4,4
– Librerie, Musei, arti	34	117	137	171	220	289	0,3	0,5
– Giustizia e leggi	204	634	714	843	1.063	1.454	2,0	2,7
– Strade e illuminazione pubblica	276	846	936	1.085	1.176	1.502	2,7	2,8
– Trasporti e comunicazioni	526	1.010	1.021	1.360	1.942	2.495	5,1	4,5
– Industria e commercio	1.206	3.180	3.103	3.633	5.337	7.825	11,7	14,4
– Difesa e relaz. estero	1.859	3.164	3.495	4.065	4.800	5.876	18,0	10,8
– Altre spese	285	628	821	754	962	1.350	2,7	2,5
– Debiti interessi	1.257	2.213	2.420	2.953	3.837	4.513	12,2	8,3
TOTALI	10.319	24.327	27.375	32.316	41.930	54.465	100,0	100,0

Fonte: Central Statistical Office, *Social Trends 1976*.

TAB. 2 – *Spesa pubblica – Tasso d'incremento medio annuale* (percentuali)

	1951/61	1961/71	1971/73	1973/75
Servizi sociali	9,0	10,2	13,3	27,0
Sicurezza sociale	6,4	9,9	16,0	23,9
Sanità e servizi sociali person. educazione	9,8	11,6	16,2	29,4
Edilizia ed ambiente:				
– Edilizia	3,2	8,4	38,9	33,9
– Servizi ambientali	7,3	11,7	20,1	18,9
Librerie, Musei, Arti	10,1	13,2	20,9	30,0
Giustizia e leggi	9,6	12,0	15,3	31,3
Spesa pubblica totale	5,9	9,0	15,3	29,8

Fonte: Central Statistical Office, *Social Trends 1976*.

di "relative deprivation", cioè come situazione sociale di un gruppo o di una famiglia il cui livello di risorse è talmente inferiore a quello medio, da trasformarsi in un fattore di esclusione dai modelli medi e generalizzati di vita, costume ed attività. Ora Beveridge aveva già calcolato una "poverty line" bassa – dicono i critici – e le prestazioni concesse dal regime generale sono piuttosto basse: nel 1975 per la disoccupazione veniva corrisposto un sussidio pari al 17,2% del reddito (27,9% per la coppia). Le pensioni per il singolo ammontavano al 30% dei redditi (al 40% per la coppia). A questo bisogna aggiungere gli assegni familiari e le prestazioni supplementari, oltre ai vari schemi complementari. Le prestazioni supplementari, tuttavia, non tengono conto dell'inflazione, ed inoltre non sono percepite da tutte le persone che ne avrebbero diritto e ciò a causa della scarsa informazione esistente al riguardo.
I Child Poverty Action Groups e le Claimants Unions (associazioni di tutela degli utenti dei servizi sociali) hanno condotto numerose campagne per dare pubblicità a questa situazione.

Le proposte in discussione

Molti propongono quindi di alzare notevolmente il minimo base dell'assicurazione, in modo da ridurre il numero degli aventi diritto al Supplementary Benefit, estendendo però il campo degli interventi. In questo momento però appare assai difficile realizzare un programma del genere, data la contrazione delle risorse.
Ma vi sono anche critiche di segno opposto, che sono indubbiamente piuttosto fondate. Ossia non si tratterebbe tanto degli abusi e delle frodi – che tuttavia secondo alcuni calcoli, hanno rappresentato nel 1974 due milioni di sterline di perdite – quanto del fatto che l'aumento della spesa pubblica portato avanti dai laburisti, ha richiesto un considerevole aumento delle tasse e inserito circa un milione di nuovi contribuenti nell'ambito del sistema fiscale. Inoltre in certi casi vi è una disincentivazione a lavorare. Per esempio, alla fine del '76, un uomo sposato con due figli sotto gli undici anni ed un salario di £ 45 alla settimana, pagava £ 8 in income tax e contributi dell'assicurazione nazionale, e il suo potere di acquisto netto sarebbe stato £ 34,95 la settimana; disoccupato, avrebbe avuto £ 33,90 (tenendo inoltre conto sia degli assegni familiari, esenti da tasse, sia dei previsti abbuoni della tassa sul reddito).
Questo è uno degli esempi del noto fenomeno della "poverty-trap": se una famiglia supera il livello della povertà, le sue tasse aumentano del 150% (1973). Con l'aumento del reddito essa dovrà pagare un affitto maggiore, i pasti dei figli a scuola, più tasse sulla proprietà, col risultato di trovarsi in una situazione assai peggiore.
I conservatori, dato che tutte le pensioni sono tassate, vogliono rendere tassabili anche i benefici di carattere limitato nel tempo, come la indennità di disoccupazione, introducendo inoltre il "tax-credit scheme". Questo schema fu proposto nel 1972 in un Libro Verde e consiste nell'attribuire a tutti i lavoratori, ai pensionati, alle vedove, e tutti coloro che ricevono assegni per malattie e disoccupazione, e a quanti hanno smesso di lavorare anticipatamente per mettersi in pensione, "carte di credito" da usare come pagamento parziale di esenzioni fiscali. Nel caso in cui l'esenzione fosse inferiore al valore delle carte di credito, la differenza verrebbe rimborsata in denaro.
Tuttavia, nell'aprile del '77, il governo laburista ha introdotto per tre anni uno schema di assegni familiari simile a quello proposto dai conservatori, con la differenza che al posto delle esenzioni fiscali esso comporta benefici in denaro per le madri.
I laburisti sono contrari al "tax-credit scheme" anche per l'alto costo,

che si aggirerebbe sui 3.000 milioni di sterline. Resta comunque il problema di escludere i più poveri dalle competenze della Supplementary Benefit Commission, caricata da una enorme mole di lavoro, o alzando il livello base, come abbiamo visto, o riconoscendo assegni senza procedere all'accertamento dei redditi. Infine – sempre i laburisti – accusano questo piano di voler unicamente eliminare le sacche estreme di povertà, senza però impegnarsi in una effettiva redistribuzione del reddito attraverso il sistema fiscale.
Un ultimo progetto al centro del dibattito è quello dell'Istitute of Economic Affairs, un istituto di economisti liberisti di tendenza friedmaniana, che insistono per una riprivatizzazione dei servizi sociali. Essi propongono in sintesi: abolizione progressiva dei sussidi e benefici dell'attuale previdenza sociale e introduzione di una Reverse Tax (imposta negativa sul reddito); riduzione della Income Tax per tutti i redditi, specialmente per quanti hanno figli a carico; abolizione dei contributi all'assicurazione nazionale.
I redditi base sarebbero fissati (per il 1977) in £ 1.015 per una persona, 1.625 per una coppia, più £ 406 per ogni figlio. Al di sotto di questo livello non ci sarebbero tasse sul reddito ma ogni famiglia rientrante in questa categoria riceverebbe un'indennità pari a 7/10 della differenza fra il proprio reddito e quello "base". I redditi delle famiglie sarebbero cumulati ai fini sia della Reverse Tax che della Income Tax. Una famiglia in situazione di bisogno potrebbe domandare l'assistenza immediata, ma qualora nel giro di un anno i sussidi avessero superato il reddito base, l'assistenza sarebbe sospesa per il futuro. Agli anziani verrebbero concessi dei titoli dello Stato del valore di £ 7,50 in più a settimana. Questo schema dovrebbe essere introdotto gradualmente e la Reverse Tax potrebbe essere richiesta o in consegunza di lunghe malattie, ma gli interessati dovrebbero presentare certificati medici; o a causa di disoccupazione, nel qual caso i richiedenti verrebbero sottoposti ad esami sulla capacità di lavoro. Il costo di questo programma, ai livelli del '77, era previsto un 3,3 miliardi di sterline, più circa 2,5 miliardi per i titoli agli anziani.
Queste proposte, in definitiva, tenderebbero a restituire al consumatore dei servizi sociali il concetto di scelta e di responsabilità individuale, e ad eliminare la eccessiva burocrazia e la complessività dei programmi di assistenza attualmente in vigore.

TAB. 3 – *I tagli della spesa pubblica nel tempo*

Settori	Cambi sulle proposte dei 1975 per il 1978/79	Volume della spesa 1970/71	1975/76	1979/80	milioni di £ ai prezzi 1975 1979/80 1975/76 = 100
Difesa	– 198	4,531	4,538	4,541	100
Esteri (compresi contributi alla C.E.E.)	– 63	598	734	1,085	148
Agricoltura (compresi sussidi in cibi)	– 205	632	1,438	612	43
	+ 492	1,888	2,681	2,114	81
Capitale delle industrie nazionalizzate	– 324	2,669	3,358	2,907	87
Strade e trasporti	– 506	1,790	2,316	1,852	80
Giustizia	– 110	1,093	1,444	1,438	100
Educazione	– 618	5,073	6,104	5,995	98
	– 152	4,235	5,285	5,548	105
Sicurezza sociale	+ 39	7,200	9,463	9,963	105
Edilizia	– 365	2,827	4,018	4,090	102
Ambiente: altri	– 224	1,855	2,217	1,981	89
Altri servizi pubblici	+ 54	520	682	679	100
Servizi comuni	– 49	545	713	739	104
Irlanda del Nord	– 45	767	1,321	1,258	95
Spese del personale	– 140	—	—	– 130	
Totale programmi	– 2,414	36,223	46,372	44,672	96
Interessi sui debiti	+ 3,300	4,142	5,000	7,500	150
TOTALE	+ 886	40,635	51,172	53,322	104

Fonte: saggio inedito di H. Glennester.

L'impatto della crisi economica

Quali sono gli orientamenti attuali e quelli per il futuro? Nel 1976 (in febbraio, luglio e dicembre) sono stati decisi tagli della spesa per i servizi sociali, il che ha provocato aspri dibattiti. Tuttavia l'istruzione è l'unico settore in cui i piani hanno previsto tagli in senso assoluto (v. tab. 3).

Una delle frequenti critiche che vengono mosse al Welfare State in Inghilterra riguarda il numero eccessivo dei burocrati. Tuttavia, facendo un'analisi comparata dell'incidenza dei costi amministrativi e di altro tipo sul costo generale dei servizi sociali, vediamo che rispetto agli altri paesi della CEE l'Inghilterra è quasi sempre all'ultimo posto (v. tab. 4).

TAB. 4 – *Divisione della spesa sociale per tipo di programma: ordine delle nazioni per spese amministrative.*

1973

Categoria del programma	Francia %	Germania %	Italia %	U.K. %
Programmi generali:				
% della spesa totale	49,8	76,5	64,9	72,5
in ordine:				
– per costi amministrativi	1	3	2	3
– per costi amm.vi ed altri	2	3	1	4
Programmi speciali:				
% della spesa totale	15,6	4,5	23,6	0,6
in ordine:				
– per costi amministrativi	2	3	1	—
– per costi amm.vi ed altri	2	3	1	—
Programmi obbligatori:				
% della spesa totale	20,9	17,8	11,2	—
in ordine:				
– per costi amministrativi	3	1	2	—
– per costi amm.vi ed altri	3	1	2	—
Programmi complementari:				
% della spesa totale	9,9	1,2	0,3	26,9
in ordine:				
– per costi amministrativi	2	1	3	4
– per costi amm.vi ed altri	2	3	1	4

Fonte: Ufficio statistico della CEE, Social Accounts 1970/73, contenuto in Ricerca inedita Ford Foundation.

Gli anziani

Nell'opinione generale il fenomeno della vecchiaia appare sempre più determinante nell'aumento della spesa sociale, pur restando il problema di più difficile soluzione per le sue implicazioni umane. In Gran Bretagna esso appare particolarmente importante.

Quali sono i nuovi indirizzi nella politica degli anziani? Vediamo che si stanno sviluppando molto i "Personal Social Services", delegati di solito a operatori sociali (Social Workers) oppure ad associazioni volontarie che forniscono aiuto domestico, assistenza psicologica, pasti a domicilio.

Ogni anno, le cifre relative a questo tipo di assistenza indicano: circa 650.000 persone sono visitate, 44 milioni di pasti sono preparati e in gran parte portati a casa, 200.000 persone vengono aiutate con strumenti adatti a situazioni di invalidità, 300 centri di ritrovo e ricreazione per vecchi sono istituiti e gestiti dalle autortà locali. Lo slogan che riassume la concezione inglese in questo settore è "People before building", ossia si deve cercare di lasciare le persone anziane nelle loro abitazioni ed assisterle, non costruire case ed ospizi. I programmi che hanno questa finalità di assistenza alle varie categorie di persone in stato di dipendenza, sono stati incrementati dal Governo "good neighbour schemes".

Sono molto interessanti le nuove iniziative volontarie dei giovani per aiutare gli elementi più bisognosi della comunità. Le più importanti organizzazioni sono l'International Voluntary Service, e la Community Service Volunteers, parzialmente finanziate dal governo. Un'altra istituzione è la Young Volunteer Force Foundation, un ente indipendente che offre la propria consulenza alle varie organizzazioni operanti in questo campo sui metodi di offrire servizi alla comunità. Questi organismi si distinguono dalle tradizionali e non meno attive Società di Beneficenza, in quanto coinvolgono giovani di tutte le classi e sono il sintomo di un nuovo spirito di solidarietà.

I conservatori, dal canto loro, hanno proposto esenzioni fiscali per le famiglie che si occupano dei loro vecchi e li tengono a casa.

Tuttavia, nonostante questi sforzi, il problema non è ancora sufficientemente risolto: a parte la perdita economica al momento del pensionamento, nell'anziano si riscontra sempre più frequentemente in senso di inutilità, di frustrazione e qualche volta di solitudine.

Disoccupazione

Un altro problema molto importante, specialmente nell'Inghilterra di oggi, è quello della disoccupazione. L'assicurazione prevede il pagamento dell'indennità di disoccupazione, per qualsiasi periodo di interruzione del lavoro, per 312 giorni (eccetto i primi tre) dopo di che devono passare 13 settimane lavorative per avere nuovamente diritto all'indennità.
Varie misure sono state prese dal Governo nella politica del mercato del lavoro per risolvere questo problema. Una di queste è il TES (Temporary Employment Subsidy), introdotto nel '75 ed esteso con alcune modifiche fino al '78: si tratta di una forma di finanziamento prevista per le imprese che riescono a non mandare in cassa integrazione almeno 10 dipendenti.
Un altro sistema prevedeva un finanziamento di 5 sterline la settimana per ogni impresa che assumesse un giovane al termine degli studi. Questo provvedimento sembra però non aver ottenuto l'effetto desiderato; così nell'ottobre del '76 fu introdotto il Youth Employment Subsidy, cioè un finanziamento alle imprese pari a 10 sterline per ogni nuovo assunto sotto i 20 anni, purché fosse stato già disoccupato da più di 6 mesi. Inoltre, 230.000 giovani disoccupati avranno la possibilità di un'esperienza di lavoro e di formazione, grazie ad un programma dal costo di 160 milioni di sterline. Questi provvedimenti, annunciati nel giugno del '77 dal Ministro del Lavoro, avrebbero dovuto entrare in vigore a partire dal settembre 1978.

SANITÀ

Il Servizio Sanitario Nazionale (National Health Service) è uno degli istituti più controversi della politica inglese di Social Welfare (v. tabella 5).
Uno dei suoi aspetti più interessanti è la sua organizzazione e struttura, specialmente dopo la legge del 1974. Al centro si trova il Segretario di Stato per i Servizi Sociali, che agisce tramite il Ministero della Sanità e Previdenza Sociale. Il Segretario di Stato si avvale anche del Central Health Services Council, da lui nominato, composto dai rappresentanti delle professioni mediche e paramediche. Quattordici Uffici Sanitari Regionali attribuiscono le risorse agli Uffici Sanitari di Zona e si occupano anche delle ricerche e dell'insegnamento in campo uni-

TAB. 5 – *Indicatori sanitari – 1971*

	Media	Francia		Germania		Italia		U. K.	
	Valore dell'indicatore	Valore dell'indicatore	Diff. dalla media	Valore dell'indicatore	Diff. dalla media	Valore dell'indicatore	Diff. dalla media	Valore dell'indicatore	Diff. dalla media
Percentuale popolazione assistita	958	980	12,3	900	– 6,0	950	– 0,8	1000	+ 4,4
Dottori per 100.000 abitanti	153	120	– 21,7	204	+ 33,1	187	+ 22,0	102	– 33,4
Dottori per km²	30	11	– 62,7	50	+ 69,5	34	+ 15,3	23	– 22,0
Infermiere per 100.000 abitanti	262	270	+ 3,0	225	– 14,2	148	– 43,6	406	+ 54,8
Letti ospedale per 100.000 abitanti — pubblico	833	640	– 23,1	990	– 18,9	790	– 5,1	910	+ 9,3
Letti ospedale per 100.000 abitanti — privato	178	350	+ 97,2	90	– 49,3	220	+ 23,9	50	– 71,8
Letti ospedale per 100.000 abitanti — totale	1010	990	– 2,0	1080	+ 6,9	1010	—	960	– 5,0
Studenti-medici per 100.000 abitanti	803	50	– 37,7	57	– 29,0	180	+ 124,3	34	– 57,6

Fonte: Camera dei Deputati, *Modelli Italiani e Stranieri di Assistenza Sanitaria*, Roma, 1975, Appendice I, tavola VII.

versitario. Una delle funzioni più importanti degli Uffici Regionali consiste nel progettare e costruire nuovi edifici ed istituti. Vi sono poi 90 Uffici Sanitari di zona, la cui giurisdizione generalmente coincide con quella delle contee non metropolitane e ai distretti metropolitani, che hanno il compito di progettare, organizzare e gestire il Servizio Sanitario.

Infine abbiamo i Distretti Sanitari, ciascuno dei quali copre tra le 100.000 e le 500.000 persone, con un Ospedale. Inoltre, in Inghilterra e nel Galles esistono medici familiari indipendenti, individualmente legati a contratto a Comitati di medici familiari, che rispondono direttamente al Ministro del loro operato.

Una forma di controllo democratico è esercitata dai Community Health Councils; metà dei membri di tali Consigli è nominata dalle Amministrazioni locali, un terzo è nominato da Enti autonomi interessati al NHS, mentre gli altri sono a disposizione dei vari Uffici Sanitari Regionali. Questo organismo, istituito nel 1974, è l'espressione di vari progetti contrastanti. Un progetto laburista, presentato da Crossman, prevedeva una parziale elezione diretta e la delega di alcuni poteri amministrativi. Un progetto del partito conservatore, proposto da Keith Joseph che gli diede forma definitiva, assegnava ai Consigli – interamente basati su nomina, anche se da parte delle Autorità locali (escludendo cioè nomine elettive) – un ruolo unicamente consultivo, mentre le responsabilità sanitarie restavano alle strutture istituzionali superiori fino al Ministero e al Parlamento.

Dopo il cambio del Governo avvenuto nel 1974, i laburisti hanno cercato di emendare alcuni punti della legge conservatrice per assegnare maggiori poteri ai Consigli. Il risultato è stato però molto limitato, dato l'ambito generale di quella legge. Nei primi tempi si sono riscontrate notevoli differenze tra le varie zone, sia nella quantità di consultazioni richieste dalle Autorità Regionali sia nelle varie funzioni ed iniziative che i Consigli assumevano nel rappresentare gli interessi della Comunità.

Oltre ai Community Councils esiste anche un Commissario Nazionale che riceve reclami in materia sanitaria sia dai deputati, sia direttamente dal pubblico.

Molto importante nell'Assistenza Sanitaria è la figura del "Medico familiare", il quale conosce personalmente i propri pazienti e le loro famiglie. Il medico familiare può avere fino a 3500 pazienti. Egli si può stabilire dove vuole, salvo approvazione da parte del NHS attraverso il Medical Practices Committee; per contemperare le esigenze delle

varie zone del paese, la richiesta di destinazione avanzata da un medico può essere rifiutata se quell'area è già saturata. Il medico tuttavia può ricorrere contro tali decisioni.
Per quanto riguarda la remunerazione dei medici, nel 1966 è stata introdotta una innovazione: prima essa si basava solo sul numero dei pazienti di ciascun medico; ora vengono riconosciuti compensi extra per i pazienti oltre i 65 anni, per le spese inerenti alla pratica medica, per visite in ore straordinarie, per le spese di assistenza alla maternità. Altre forme di incentivazione sono previste per le aree disagiate o dov c'è scarsezza di medici.
Molti ospedali del NHS dispongono di letti privati, in camere singole o piccole corsie, che possono essere assegnati dietro pagamento dei servizi e del medico. Questo è uno dei punti più controversi del dibattito politico sulla sanità: nell'agosto del 1975 il Governo laburista aveva proposto la totale abolizione dei 4500 letti a pagamento negli ospedali, tenendo conto dei malumori e delle frizioni che si erano create nel personale sanitario. Dopo aspre reazioni della Associazione Medica Inglese, nel 1976 uscì una legge di compromesso – lo Health Services Act – che stabiliva l'abolizione di 1000 letti a pagamento nel giro di 6 mesi e l'abolizione progressiva degli altri man mano che ne fossero stati apprestati altrettanti sostitutivi in cliniche private. Veniva inoltre stabilita una maggiore unificazione delle liste di attesa (che prima erano scavalcate dai privati che andavano in letti a pagamento), nonché un sistema di autorizzazioni più rigorose per le nuove cliniche private con più di 75 letti.
Al di là della disponibilità dei 4500 letti all'origine della controversia, in realtà l'obiettivo finale dei laburisti è l'eliminazione della medicina privata, mentre i conservatori oltre al punto ideologico sulla "libertà di scelta", hanno messo in evidenza come il mantenimento di un sistema parzialmente privato abbia fruttato allo Stato 23 milioni di sterline nel 1976, e come molti medici avrebbero dovuto lavorare per il NHS a tempo pieno con un maggior costo di 13 milioni di sterline. In ogni caso i letti in questione sono occupati da privati solo per il 55% del tempo e, per il resto sono a disposizione del NHS. Le 1130 cliniche private dispongono invece di 27.000 letti. Ora questo settore di medicina privata, che comprende pure gli onorari dei dottori, viene pagata in gran parte attraverso società private di assicurazioni, come la grossa British United Provident Association, che coprono complessivamente 2,5 milioni di persone (1974).
In sostanza, in Inghilterra si è quindi verificato un fenomeno di "fuga verso il privato" nel settore sanitario e, negli ultimi anni, le società

di assicurazioni private hanno visto quadruplicare i loro assicurati, non tanto per la qualità dei servizi prestati, quanto a causa le lunghe attese per avere una visita medica, un letto in ospedale o un intervento chirurgico. A questo proposito alcuni pensano che una completa separazione dei servizi privati da quelli pubblici farebbe affluire i medici migliori e le migliori tecnologie verso le cliniche private, senza però far diminuire le code nei centri sanitari e negli ospedali del NHS. Gli organismi che stanno avendo la maggiore espansione sono i Centri Sanitari, dove lavorano adesso il 18% del personale sanitario (medici, infermieri, levatrici, ispettori sanitari, farmacisti e assistenti sociali). Anche questi organismi sono gestiti dalle autorità santarie nazionali e locali.

Dopo la riorganizzazione del '74, il settore dei "Personal Social Services", (cioè cure per la maternità, assistenza ambulatoriale, cure pediatriche, consultori, servizio medico scolastico) è stato integrato nel NHS.

Per quanto riguarda gli anziani il progresso della medicina geriatrica ha man mano ridotto il numero di coloro che possono essere assistiti solo in ospedale ed è stato stimato che almeno il 60% dei vecchi attualmente ospedalizzati potrebbero essere reintegrati nell'ambiente esterno. Ciò consentirebbe una notevole diminuzione dei costi nonché delle liste di attesa (nel 1975: 580.000 persone). Lo stesso discorso vale per i malati di mente: l'obiettivo prioritario è di poterli curare nelle loro case o in "case" specializzate, in ospedali normali e solo in ultima istanza in ospedali psichiatrici. Da tutto ciò derivano alle autorità locali maggiori responsabilità nel provvedere ai problemi residenziali.

Dal 1974 gli Uffici Sanitari e di Zona si sono assunti la responsabilità dei servizi sanitari per la maternità ed infanzia. Le donne incinte ricevono una assistenza continua per il 92% dei casi e, se decidono di partorire in ospedale, ne vengono rilasciate di solito dopo 6 giorni. Tuttavia le madri che preferiscono partorire a casa sono assistite da levatrici e da medici; dopo un determinato periodo subentra l'Assistenza Sanitaria che consiglia la madre circa le cure necessarie al neonato. Assistenti Sanitari sono anche disponibili presso i Consultori e i Centri di maternità ed infanzia.

Un'altra caratteristica del Servizio sanitario inglese è l'estensione del Servizio Sanitario Scolastico, che effettua visite periodiche agli scolari. Molto spesso le visite avvengono su segnalazione di genitori e di insegnanti, anche a scopo preventivo.

Per i bambini handicappati esistono scuole speciali e la decisione relativa alla destinazione a queste istituzioni spetta alle Amministrazioni locali.
Circa un milione di persone anziane sono handicappate abbastanza seriamente. Oltre ai vecchi, da un milione e un milione e mezzo di altre persone affette da malattie croniche o altre infermità, vengono assistite congiuntamente da servizi sanitari e sociali. Sempre che sia possibile, si cerca di prestare loro tale assistenza a casa o in speciali istituti per evitare il sovraffollamento ospedaliero.

La spesa sanitaria

Questa rappresenta il grande problema del momento, e non solo in Inghilterra. La spesa dedicata alla sanità e ai servizi sociali personali nel '75/'76 è di 7.022 milioni di £, cioè quasi 7 volte la spesa del '61-'62 (tab. 6).
Nel 1973 la quota del PNL dedicata alla Sanità era il 3,8%, che saliva al 5,4% nel 1975. Tuttavia l'incremento della popolazione anziana fa prevedere che, per rimanere al livello attuale di prestazioni, occorrerebbe un aumento annuo dell'1% nel bilancio della sanità e servizi sociali. Inoltre, sempre a causa di tale incremento, i servizi a domicilio – che rappresentano gran parte del bilancio delle Amministrazioni locali – subiranno un aumento della domanda pari al 30%.
Il Libro Bianco recentemente pubblicato ha previsto un incremento dell'1,8% annuo della Sanità e del 2% per i servizi sociali personali, anche se il programma delle costruzioni contempla soltanto il completamento di quanto già stabilito ed un modesto incremento per alcuni punti prioritari.
L'enorme aumento della spesa sanitaria rispetto al 1948, ci ricorda la previsione di Beveridge secondo cui, nel 1965, il costo sarebbe stato più o meno quello del 1945. Egli non aveva previsto che la gratuità del servizio avrebbe aumentato notevolmente la domanda; inoltre, la tecnologia medica e quella farmaceutica, se hanno compiuto dei grandi progressi, hanno subito anche un enorme aumento dei costi. Hanno poi inciso notevolmente l'incremento delle spese farmaceutiche e l'aumento degli stipendi al personale ospedaliero.
Di fronte a questo problema economico, due anni fa è stata costituita una Commissione allo scopo di investigare sulla struttura e le spese del NHS.

TAB. 6 – *Spesa pubblica per sanità e servizi sociali personali*

	Regno Unito					£ milioni e percentuale	
	1961/62	1970/71	1971/72	1972/73	1973/74	1974/75	1975/76
A) Spesa corrente							
Ospedali, ecc. servizi	551	1.272	1.462	1.665	1.872	2.872	3.943
meno: pagamento dai pazienti	— 6	— 11	— 13	— 16	— 19	— 19	— 23
Servizi delle autorità locali:							
Sanità	82	133	151	173	196	—	—
Servizi so. pers.	56	252	298	377	503	739	999
Pasti e latte a scuola:							
Latte	14	16	12	9	9	9	12
Pasti	85	200	215	254	323	425	554
meno: pagamento dei genitori	— 35	— 80	— 91	— 102	— 111	— 121	— 155
Servizi del dottore di famiglia	274	557	609	678	742	960	1.134
meno: pagamento da pazienti	— 41	— 50	— 65	— 74	— 80	— 92	— 85
di cui: (costo netto)							
servizi farmaceutici	77	203	224	257	284	408	456
servizi dentari	52	91	96	102	113	165	200
servizi oftalmici	10	19	14	15	17	30	55
servizi medici	88	181	196	212	228	265	338
Cibi di welfare	29	44	17	13	11	9	15
Costi amministrativi, altri servizi, ecc.	19	47	59	73	110	153	169
Totale spesa corrente	1.028	2.380	2.654	3.050	3.556	4.935	6.564

segue TAB. 6 – *Spesa pubblica per sanità e servizi sociali*

	Regno Unito				£ milioni e percentuale		
	1961/62	1970/71	1971/72	1972/73	1973/74	1974/75	1975/76
B) Spesa capitale							
Ospedali, ecc., servizi	44	153	191	231	258	297	355
Spese per sanità e servizi sociali pers. delle autorità locali	15	47	54	73	102	83	91
Altri servizi	3	5	5	6	20	10	12
Totale spesa capitale	62	205	250	310	380	390	458
Totale spesa pubblica per sanità e servizi soc. person.	1.090	2.585	2.904	3.360	3.936	5.325	7.022
Spesa corrente e capitale (netta) espressa in % della spesa totale per sanità e serv. soc. person.							
– Ospedali, ecc. servizi	54,0	54,7	56,5	56,0	54,1	59,5	61,2
– Servizi san. enti locali	8,1	5,6	5,7	5,7	5,8	—	—
– Servizi soc. pers. enti locali	6,0	11,1	11,6	12,7	13,6	15,4	15,5
– Farmacia	7,1	7,9	7,7	7,6	7,2	7,7	6,5
– Servizi dentari	4,8	3,5	3,3	3,0	2,9	3,1	2,9
– Servizi oftalmici	0,9	0,7	0,5	0,4	0,4	0,6	0,8
– Servizi medici generali	8,1	7,0	6,7	6,3	5,8	5,0	4,8

Fonte: Central Statistical Office, *Social Trends 1976*.

L'Institute for Economic Affairs ha presentato a tale Commissione uno studio degli economisti Seldon e Harris. Questo rapporto, in linea con le teorie liberiste degli autori, afferma che la decisione sul miglior uso delle risorse deve ricadere sugli stessi consumatori, il che significa riportare i servizi medici nel mercato e farli pagare agli utenti. Deve quindi essere ripristinato il regime dei prezzi, salvo nei casi in cui i servizi medici sono beni pubblici (ad es. protezione dell'ambiente o diagnosi preventiva) che devono essere somministrati anche a quei beneficiari che rifiutassero di pagare e quindi devono essere forniti dallo Stato e finanziati attraverso le tasse.
Invece, dovrebbe essere prevista una assicurazione obbligatoria contro i rischi molto gravi, da finanziarsi egualmente attraverso l'imposizione fiscale. In sintesi, si tratterebbe quindi di riprivatizzare almeno in parte gli ospedali e le cure sanitarie (da considerarsi perciò come qualsiasi altro bene di consumo), istituendo assicurazioni private che coprano i cittadini, ma andando incontro ai più bisognosi per mezzo di una Negative Income Tax (per pagare le assicurazioni private). La polemica è contro il servizio assistenziale generalizzato e gratuito, accusato di essere inefficiente e troppo costoso nella sua pianificazione centralistica. Per avallare questo discorso, l'Istituto ha presentato tre sondaggi di opinione, effettuati su un campione di circa 2000 persone (di cui il 10% donne), scelte tra vari gruppi socio economici (tab. 7).

ISTRUZIONE

Questo settore ha un'importanza enorme nella politica sociale. Le cifre indicano un grande aumento della popolazione scolastica: il settore pubblico copre il 95% degli studenti, mentre gli altri frequentano scuole private (chiamate "Public schools") che sono finanziariamente indipendenti o in parte assistite dallo Stato. L'obbligo scolastico arriva fino a 16 anni; la scuola secondaria, nonostante una decisa tendenza verso l'unificazione, è ancora divisa in varie sezioni.
Questa unificazione delle scuole secondarie e stata al centro di un vivace dibattito negli ultimi 25 anni. Possiamo dire che ora esso verte non sulla necessità o meno di realizzarla, ma sulla possibilità di lasciare, accanto alla scuola integrata, una "Grammar School". Cosa che viene richiesta dai conservatori, per dare una possibilità di scelta ai genitori. Nel novembre 1976 è uscita una nuova legge secondo la quale tutti gli enti locali sono obbligati ad istituire solo scuole unificate. I

TAB. 7 – *Sondaggio dell'I.E.A. – Scelta nel Welfare*
Comparazione delle preferenze nei sondaggi del 1963-65-70

	1963		1965		1970	
Base	2,005		2,018		2,005	
	%		%		%	
Politica preferita per un migliore o più esteso servizio sanitario			(I)	(II)		
Preferisce (a)	41		32	35	29	
Preferisce (b)	24	57	25	27	46	70
Preferenze (c)	33		34	37	24	
Altre risposte/DK/NS	2		9	1	1	
Politica preferita per pensioni maggiori o migliori						
Preferisce (a)	43		34	37	31	
Preferisce (b)	22	56	23	25	28	68
Preferisce (c)	34		35	38	40	
Altre risposte/DK/NS	1		8	1	1	
Politica preferita per una maggiore e migliore educazione						
Preferisce (a)	51		41	46	44	
Preferisce (b)	20	47	16	17	20	55
Preferisce (c)	27		32	35	35	
Altre risposte/DK/NS	2		11	2	2	

(a) Lo Stato dovrebbe prendere di più in tasse e contributi così da pagare per migliori o più estesi servizi sociali disponibili a tutti.

(b) Lo Stato dovrebbe prendere meno tasse, contributi, così da dare servizi a persone in stato di bisogno e lasciare gli altri pagare o assicurarsi privatamente.

(c) Lo Stato dovrebbe continuare il presente servizio, ma lasciare che la gente si rivolga altrove, paghi meno contributi e usi il denaro per pagare per i loro servizi.

laburisti hanno inoltre raccomandato alla Commissione Taylor, che sta svolgendo un'indagine sulle scuole dell'Inghilterra e del Galles, di esercitare un maggior controllo democratico sul sistema attraverso gli organi (i "Governors boards") a cui partecipino genitori, studenti, insegnanti e personale non insegnante, in collaborazione con le autorità locali preposte all'istruzione. Vediamo quindi i laburisti favorevoli ad una omogeneizzazione dei livelli di studio, tale da assicurare una eguaglianza di opportunità, l'eliminazione dei privilegi ed una maggiore

coesione sociale; mentre i conservatori si battono per una possibilità di scelta, in vista della quale auspicano anche essi una maggiore partecipazione dei genitori agli "School boards" e chiedono che ogni scuola pubblicizzi i suoi programmi ed i suoi obiettivi.
Per quanto riguarda i "curricula" di studio, ricordiamo un discorso, tenuto ad Oxford nell'ottobre del '76 dal Primo ministro Callaghan. In esso veniva posta in evidenza la scarsa preparazione tecnologica impartita nelle scuole, lo scarso contatto con il mondo della produzione ed il fatto che molti studenti preferivano rimanere nella vita accademica o entrare nella pubblica amministrazione, piuttosto che andare nelle industrie. L'orientamento ad agire per modificare tali tendenze è stato generalmente accettato e fatto proprio della politica governativa e si sta cercando di introdurre programmi che tengano conto delle esigenze del nostro tempo e degli sbocchi professionali. Già nel 1973, una legge aveva dato alle autorità locali il potere di organizzare esperienze di lavoro nell'ultimo anno di scuola. Altre innovazioni da notare sono:
– la promozione di programmi che spingano ad "imparare facendo", per cercare di sviluppare negli alunni facoltà manuali e pratiche;
– la maggiore importanza da riconoscere alle "motivazioni";
– il tentativo di scoraggiare la formazione di "gruppi di élite" costituiti dagli studenti migliori;
– l'introduzione della radio e della televisione nelle scuole, come strumenti didattici e formativi.
Molti problemi derivano dal fatto che, con la riforma per le scuole unificate, sono stati introdotti nuovi metodi didattici più informali, il cui cattivo uso, in alcuni casi, ha provocato un reale abbassamento del livello di insegnamento. Di fronte a queste tendenze innovative di metodi, discipline e programmi, venute a maturazione nel corso degli anni Sessanta, molti insegnanti e genitori sono rimasti disorientati e il partito conservatore si batte per controlli più severi sui livelli e i contenuti dell'insegnamento.
La quota di spesa pubblica destinata all'istruzione nel '75-'76, è sette volte superiore a quella del '61-'62 (v. tab. 11). Dal '75 in poi il bilancio dell'istruzione è stato ridotto, sia per ragioni demografiche, sia per effetto della crisi economica. Nello stesso ordine di idee è stato deciso di non aumentare le spese per la scuola materna dato che il numero di bambini di 3 o 4 anni appare in diminuzione.
Per quanto riguarda l'università, il Governo ha manifestato l'intenzione di non aumentare al livello della domanda il numero dei posti disponibili. L'istruzione superiore comprende 45 Università, gli Uni-

versity Colleges, i Politecnici e altri corsi specializzati. Per quanto riguarda le scelte delle materie si può osservare che per ogni "ingegnere" vi sono dodici giovani che studiano legge e 40 scienze sociali. L'educazione per adulti – ossia gli studi compiuti dopo i 25 anni – coinvolge 2.200.000 persone. Questi corsi – gran parte dei quali hanno carattere part-time, con 1.900.000 partecipanti – sono promossi da associazioni volontarie, tra cui le Workers Educational Association, in collaborazione con le Università. Spesso vengono concessi prestiti e borse di studio. È interessante il recente sviluppo delle "Community schools", in parte finanziate dagli enti locali preposti all'educazione (Local Education Authority - LEA), ma di solito gestite da Associazioni volontarie delle comunità.

Il sistema da "Vouchers" ("buoni di istruzione")

Gli economisti liberisti dell'Institute of Economic Affairs hanno presentato un piano di sovvenzioni a mezzo di "buoni di istruzione" per i genitori con figli in età scolastica, ma il progetto è risultato praticamente inapplicabile per le forti resistenze politiche sia dei laburisti che dei sindacati. Tuttavia è molto importante che il County Council di Ashford (Kent) sia interessato a sperimentare questo sistema. Il metodo di una sperimentazione sociale circoscritta ad una zona e per un periodo di tempo, con il fine di verificare l'effetto di un intervento sociale, potrebbe essere fruttuoso e dovrebbe essere preso in considerazione. Negli Stati Uniti, esperimenti con buoni educativi per scuole a pagamento, sono stati realizzati in California (Alumn Rock) e nel New Hampshire.

Il piano è stato esposto nel 1975, in uno studio dell'economista Alan Maynard. Esso si basa sul principio che l'attuale monopolio dell'educazione ha poche possibilità di diminuire i propri costi, mentre le famiglie non hanno attualmente possibilità di scelta per l'istruzione dei figli. Il sistema è semplice:

1) il Governo centrale o l'amministrazione locale distribuisce i buoni ai genitori;

2) i genitori li consegnano alla scuola di loro scelta;

3) la scuola li dà al Governo;

4) il Governo manda alla scuola un assegno pari al valore dei buoni.

Secondo l'autore, in questo modo le scuole che non riescono ad attrarre studenti avrebbero difficoltà finanziarie e chiuderebbero, oppure dovrebbero rinnovarsi nella gestione e nei programmi.

Si potrebbero realizzare otto progetti del genere:

a) Il *Jencks Voucher*, prevede buoni destinati a scuole accettate dal Governo e ne fissa il prezzo ad un costo medio. I genitori non possono aggiungere denaro privato a questi buoni.
Le famiglie più ricche ricevono un buono; quelle in condizioni più disagiate ricevono anche un buono supplementare.
In tal modo, le scuole frequentate da un maggior numero di ragazzi poveri verrebbero a godere di risorse maggiori di quelle che frequentate in prevalenza da ragazzi ricchi. Quando in una scuola non vi sono più posti disponibili, una commissione destina i ragazzi a scuole di 2ª e 3ª scelta. Questo metodo è stato impiegato nell'esperimento in California.

b) Il *Peacock Weseman Voucher* è inversamente proporzionale al reddito, con il sistema dell'imponibile progressivo. Il costo dell'istruzione è flessibile e determinato dalle scuole.

c) Il *Freedman Voucher* è invece uguale per tutti i bambini, e per le scuole sia pubbliche che private. Le scuole tuttavia possono liberamente aumentare le loro rette di frequenza. Il costo supplementare verrebbe pagato dai genitori in relazione ai loro mezzi e preferenze per l'istruzione dei propri figli, a scapito di altri tipi di consumi. Le famiglie più povere verrebbero però in ogni caso, a ricevere un'integrazione attraverso l'imposta negativa sul reddito.

d) Sistema di buoni collegato a *borse di studio obbligatorie,* con un valore fisso che verrebbe attribuito a tutte le famiglie. Le scuole che ricevono i buoni potrebbero liberamente aumentare i costi delle proprie rette, ma sarebbero obbligate a dare sufficienti borse di studio ai ragazzi di famiglie bisognose. Le condizioni economiche di queste sarebbero accertate a mezzo di controlli.

e) *The Effort Voucher* stabilisce vari tipi di spesa per alunno e lascia alle varie scuole la possibilità di scegliere il proprio livello operativo. I genitori che decidono di mandare i figli in scuole che spendono molto, verrebbero così a pagare più di quelli che optano per scuole con costi bassi. Tuttavia, le rette sarebbero proporzionali al reddito familiare, così che in teoria lo sforzo fatto da famiglie a basso reddito per una scuola cara sarebbe pari a quello compiuto da una famiglia ricca.

f) *The Egalitaria Voucher*: è proposto dal prof. West, il quale sostiene il principio di buoni uguali per tutti. Le autorità locali dovrebbero parificare i costi scolastici in ogni distretto scolastico, ma non tra i vari distretti.

g) *The Achievement Voucher*. Si tratta di un buono che proporzionerebbe i pagamenti ai risultati ottenuti dallo studente durante l'anno scolastico.

h) *The Compensatory Voucher*: è un sistema simile al Jencks Voucher, salvo che i buoni di compensazione sarebbero in relazione non solo al reddito della famiglia ma anche ai risultati dello studente.

In ogni caso per tutte le scuole si esigerebbe molta più informazione e pubblicità sui metodi e i "curricula", nonché sulle possibilità di partecipazione dei genitori. Col sistema dei buoni le famiglie a basso reddito otterrebbero, in pratica, una maggiore eguaglianza per effetto delle possibilità di scelta fra le varie opportunità educative. Tuttavia la validità del metodo è dubbia per questi motivi: se la scuola viene reinserita nel mercato ed è lasciata libera di fissare le proprie rette, è possibile che in ogni distretto si vengano a creare scuole con insegnanti migliori e rette alte per i figli dei ricchi; ed altre scuole, peggiori, per le famiglie più disagiate. È difficile pensare che i buoni integrativi possano eliminare realmente le conseguenze della diversa estrazione sociale.
Un altro problema si verificherebbe se in una zona la domanda per una certa scuola fosse eccedente all'offerta; ciò provocherebbe la conseguenza di dover mandare i ragazzi in scuole di zone lontane. Inoltre molte inchieste hanno messo in evidenza come il valore dell'istruzione e della cultura sia ritenuto più importante dalle classi medio-superiori che dalla classe operaia, la quale difficilmente sarebbe motivata a sostenere dei sacrifici per questo. Inoltre, alcuni di questi programmi prevedono un accertamento delle risorse familiari, che la gente non accetterebbe dato che, fra l'altro, essa è ormai portata a concepire l'educazione gratuita come un proprio diritto. Analogamente, il sistema del buono scalare in relazione al rendimento scolastico, pone il difficile problema della misurazione e non tiene conto dell'ambiente socio-culturale di provenienza (oppure, volendo tenerne conto, introdurrebbe un criterio di selettività sociale). Certamente l'effetto distributivo del sistema sarebbe in ogni caso determinato dal valore dei buoni, sia regolari che supplementari. Altri critici sostengono inoltre che questo sistema sarebbe assai costoso e i buoni non coprirebbero tutte le spese delle scuole. Tuttavia, malgrado tutte le riserve per la loro impostazione limitatamente economicistica e per le possibili conseguenze in termini di selettività sociale, questi progetti pongono sul tappeto una serie di importanti interrogativi: si deve accettare il principio che il Governo controlli tutto il sistema educativo attraverso una standardizzazione della formazione di tutti i cittadini, o non dovrebbe, invece, essere lasciato maggiore spazio per la diversità? Quanta possibilità di scelta deve essere lasciata alle famiglie nella scelta delle scuole? Quanto si risparmierebbe mettendo le scuole in concorrenza fra loro in modo che debbano tenere conto della domanda, e sottraendole all'amministrazione burocratica del monopolio statale? Che diversa distribuzione delle opportunità educative ne risulterebbe?

CONSIDERAZIONI FINALI

A questo punto, possiamo porci le domande che sono alla base della nostra ricerca: nell'Inghilterra di oggi, il Welfare ha raggiunto i suoi obiettivi?
Vi è una maggiore uguaglianza di ricchezza, di reddito, di opportunità di accedere ai vari posti di lavoro? È stata debellata la povertà, l'ignoranza, la malattia (i tre nemici che Beveridge si prefiggeva di abbattere), rispetto a trent'anni fa?
Se indubbiamente molto è stato fatto, gli obiettivi sono lontani dall'essere raggiunti (anche perché erano estremamente ambiziosi); il prezzo per tutto il sistema è stato alto, spesso mal distribuito, sia nel senso di un uso non tradizionale delle risorse che nella loro allocazione territoriale e sociale. Il meccanismo fiscale, che non può essere separato dal Social Welfare, colpisce molti lavoratori quasi al limite delle necessità di sussistenza e li spinge a ribellarsi a questo stato di cose anche perché, a conti fatti, i servizi sociali vengono usati di più dalle classi medie. Dal canto loro, queste sono convinte di pagare, con tasse sempre più pesanti, anche a favore di vaste categorie di parassiti, protetti da leggi troppo generose e da sussidi che spingono a non lavorare: accade così che in questo momento le reazioni di rigetto siano assai forti. E lo sono anche contro gli immigrati, che oltre a porre problemi razziali usufruiscono anche essi dei servizi sociali; vediamo così un partito neofascista, il National Front, che sta facendo proseliti soprattutto tra la classe operaia, in funzione quasi esclusivamente razzista.
Da un altro punto di vista, anche in Gran Bretagna, come in Italia, vi sono regioni più povere e più ricche. Ora la Scozia riceve un importo pro-capite di spesa pubblica, pari a £ 691, contro £ 601 per il Galles e 582 per l'Inghilterra. Ma in Scozia e nel Galles la disoccupazione è più alta e permangono isole di povertà più estese. La politica di sviluppo per le aree depresse (Community Development Projects) e la politica tendente a riconoscere una maggiore autonomia alle varie parti del paese (devolution) non è valsa ad impedire che in tali regioni sorgessero movimenti autonomisti di una certa importanza, per non parlare dei problemi religiosi e sociali dell'Irlanda del nord.

Effetti della crisi economica sul Welfare

Volendo analizzare quanto nella crisi del Welfare e negli esperimenti proposti sia dovuto agli effetti della crisi economica e quanto invece alle logiche in esso insite, cominciamo con l'osservare che la Gran Bretagna ha risposto alla crisi con questa strategia:

1) un taglio nella spesa per i servizi sociali, specialmente nel 1976;

2) leggi e normative di razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi sociali;

3) maggiore controllo centrale sui fondi dati alle autorità locali.

Queste misure sono certamente una conseguenza della crisi economica, tuttavia già prima erano emerse proposte ed alternative, relative ad un diverso modo di soddisfare i bisogni della comunità e di gestire i servizi sociali.

Tra le varie soluzioni proposte si può distinguere tra quelle "razionalizzatrici", quelle "privatistiche" e quelle "autogestionarie", anche se certi progetti rispondono ad istanze comuni.

1) Le prime hanno come obiettivo di realizzare nel sistema Welfare quelle riforme che servono ad una migliore destinazione delle risorse, ossia evitando gli sprechi ed assicurando l'efficienza nella prestazione dei servizi, andando incontro a quelle esigenze considerate prioritarie sia dai tecnici che dai politici. Si può dire che questa linea è in fondo quella moderata del partito conservatore, ma i laburisti l'hanno sposata in varie occasioni e vi si stanno sempre più avvicinando.

2) La linea "privatistica" (ne abbiamo illustrato alcuni progetti), è rappresentata specialmente dall'IEA ed ha l'obiettivo di restituire al mercato quelle funzioni di soddisfacimento di determinati bisogni "sociali" attraverso una libera scelta del cittadino, contro il paternalismo statalista e le sue tendenze collettivistiche.

3) Infine, la terza linea – "autogestionaria" – è emersa soprattutto dopo la metà degli anni Sessanta. Si tratta di una linea di sinistra che nasce dalla stessa impostazione ideologica che aveva portato all'istituzione del Welfare State nel dopoguerra.

Durante gli anni '60, in Inghilterra, cominciano ad apparire sempre più evidenti le disfunzioni e le inadeguatezze dell'intervento monopolistico dello Stato in campo sociale; al tempo stesso, cominciano a propagarsi in campo culturale e politico le teorie autogestionarie, come risposta all'emergere di nuovi bisogni della società, nel senso di una

maggiore esigenza di qualità e personalizzazione nella fruizione dei servizi sociali, più che come impegno politico-sociale (la gioventù inglese è stata tra le più tranquille in quegli anni, anche se è esplosa invece in una rivoluzione individualista del "costume").

Vediamo così convergere verso le proposte di autogestione nel Welfare vari gruppi politici e culturali, dai laburisti ai liberali ai marxisti liberatari (il concetto conservatore del "self-help" si fonde con quello laburista della democrazia).

Questo orientamento verso il coinvolgimento dei cittadini nella gestione dei servizi e verso la destituzionalizzazione appare quindi già evidente, anche se si è accentuato negli ultimi anni (l'idea di partecipazione è invece ora molto discussa nel settore della produzione industriale, soprattutto a partire dalla pubblicazione del Bullok Report). È questa l'impostazione che ha ispirato il Seebhom Report e lo Skeffington Report, ed ha portato alla nascita sia i Community Development Projects che i Community Health Councils della legge del '74.

La tendenza ispiratrice di queste iniziative è di tenere a casa i vecchi e i malati psichiatrici, appoggiandosi sempre di più alle associazioni volontarie nella gestione dei servizi sociali personali; mentre i nuovi progetti sia dei conservatori che dei laburisti danno più potere ai genitori ed agli studenti nei consigli scolastici, nelle "Community Schools" ecc.

Tuttavia alcuni settori della sinistra laburista, di tendenza neo-marxista nutrono un notevole scetticismo verso la partecipazione, accusata di essere solo un palliativo e di provocare confusione, ed auspicano invece una politica fiscale più radicale ed un più preciso impegno redistributivo, ulteriori nazionalizzazione in campo industriale, nonché l'eliminazione di quei valori meritocratici che ancora sussistono nel Welfare (prestazioni legate ai contributi e quindi ai redditi, means-tests, scuole private e medicina privata).

Essi sostengono che la partecipazione, così come è stata gestita, non ha avuto una grande efficacia nei confronti della politica delle autorità amministrative (per esempio, nei programmi urbanistici e nel far accogliere le esigenze di una zona o di un quartiere), ma ha avuto soltanto un ruolo consultivo, strumentalizzato dalla burocrazia, la quale così farebbe credere di aver realizzato una "apertura" verso la gente, col risultato di ottenere che i programmi decisi funzionino rapidamente e senza grande resistenza, tipo i Community Dev. Projects.

In sostanza, comunque, non sembra sostenibile una relazione di causa-effetto tra la crisi economica del '74 e l'esigenza di adottare progetti

ed esperimenti alternativi al modo istituzionale di gestire il Welfare. Si può tuttavia dire che, dopo la crisi, politici ed amministratori locali si sono orientati in particolare verso quei progetti alternativi rispondenti ad obiettivi di economicità (la priorità *people before buildings*, le cure domiciliari anziché ospedaliere, il ricorso alle associazioni volontarie nei servizi sociali personali).
Altri progetti, presentati o adottati per andare incontro a esigenze di partecipazione, sono stati invece accantonati perché costosi o disfunzionali.

Gli sbocchi della crisi

Il prof. Glennester, della London School of Economics, in un suo lucido saggio ha cercato di descrivere i possibili sbocchi della situazione:

1) la crisi si risolve a medio termine, soprattuto grazie al petrolio del Mare del Nord e la spesa pubblica torna ai precedenti livelli;

2) l'ipotesi alternativa è che possa invece prevalere la convinzione secondo la quale il livello della spesa pubblica, insieme al grande impiego di risorse umane ed al carico fiscale necessario a far fronte alle spese sociali, siano state la causa degli attuali problemi economici del paese. Ciò porterebbe a chiedere un taglio netto dei servizi sociali per incrementare lo sviluppo economico.

L'opinione di Glennester è che la bassa produttività e l'irrazionale uso del lavoro, in rapporto alla competizione internazionale, sono alla base della crisi industriale inglese. Alla fine degli anni '70 e negli anni '80 si aggraverà il problema della domanda di lavoro.

3) Secondo un'altra opinione, il livello delle tasse sarebbe arrivato ad un punto ormai insostenibile dal punto di vista politico. L'intervento pubblico è troppo pesante e il sistema politico non può più controllarlo.

4) L'interpretazione neo-marxista vede invece la situazione attuale come un esempio degli elementi contraddittori del sistema capitalistico che esige un alto livello di spesa per sostenere la produzione, ma non è più in grado di finanziarla. Il Governo deve così ricorrere a prestiti che alla fine diventano insostenibili. In questo quadro i servizi sociali contribuiscono alla distruzione del sistema e di loro stessi.

La spesa pubblica, calcolata al 60% del PNL, comprende sia beni, servizi e uso del lavoro, rientranti nel PNL sia spese che non vi rien-

trano, come le pensioni, che sono trasferimenti di risorse. Dato il volume della spesa pubblica, molti osservatori hanno visto in ciò una prova del fatto che la maggior parte delle risorse del paese è in mano pubblica.

Ora, ciò è vero per il primo tipo di spese, perché se le risorse sono usate dalle autorità, non possono essere usate dai privati. Invece il settore pubblico è aumentato solo dal 29% al 35% nel 1975, ma soprattutto a causa dei servizi sociali.

Per quanto riguarda le tasse, Glennester non è d'accordo sul luogo comune secondo il quale la Gran Bretagna sarebbe uno dei paesi sottoposti al maggior carico fiscale. Egli ha osservato che invece questo paese si collocherebbe ai livelli inferiori della graduatoria per livello di tasse ed oneri sociali (assicurazioni sociali, ecc.) (tab. 8).

TAB. 8 – *Tasse e contributi della Sicurezza sociale: Percentuale del PNL al costo dei fattori*

(Vecchia classificazione)	1974
– Austria	44,9
– Belgio	41,4
– Germania Ovest	42,5
– Italia	32,3 (1973)
– Giappone	24,6
– Regno Unito	38,0
(Nuova classificazione)	
– Canada	39,7
– Danimarca	53,4
– Francia	41,1
– Paesi Bassi	50,6
– Norvegia	52,9
– Svezia	49,1
– Regno Unito	38,7 (39,4 = 1975)
– Stati Uniti	32,0 (1973)

Fonte: H. Glennester, *Economic Trends 1976 and National Income and Expenditure 1965/1975*, saggio inedito.

Ora, se il Libro Bianco aveva evidenziato l'aumento delle imposte sui redditi per far fronte alle esigenze della spesa pubblica, tuttavia dal 1970 al 1975 la quota del PNL prelevata in tasse e contributi sociali è

scesa dal 42% al 39%. Il fatto è che il sistema si è orientato maggiormente verso le imposte dirette, e quindi più "visibili", con una inversione di tendenza rispetto a quanto praticato in precedenza = nel 1970 le imposte indirette prelevavano il 20% dei redditi delle famiglie, contro il 16% prelevato in imposte dirette, valori che si sono capovolti nel 1975. Tuttavia, come abbiamo già detto, la questione è che un numero sempre maggiore di persone con un reddito relativamente basso sta entrando nelle maglie del fisco e le famiglie "medie" risultano molto più colpite di prima, e questa situazione richiederebbe in ogni caso una riforma. Inoltre è interessante notare come prima dei "patti sociali", i sindacati contrattassero sulla base delle aspettative di quanto il costo della vita sarebbe realmente aumentato e, nel caso in cui redditi di lavoro fossero diminuiti per l'aumento delle tasse sul reddito, essi chiedevano salari più alti. Così l'aumento delle tasse in definitiva, contribuiva ad aumentare l'inflazione. La risposta a tutto questo è che nelle contrattazioni il livello dei salari, le tasse ed i benefici sociali siano uniti nel medesimo pacchetto, come in Svezia. Ossia i sindacati devono vedere l'aumento del costo dei servizi sociali come un aumento del loro salario sociale globale, anche a scapito di un minore aumento del salario monetario.

Questa analisi conferma l'idea che la politica sociale non può essere valutata separatamente dalla politica economica e del mercato del lavoro.

SVEZIA

EVOLUZIONE STORICA

La politica sociale svedese si è sviluppata in tempi e modi diversi da quella inglese, anche a causa del più tardivo sviluppo industriale dell'economia svedese.
L'industrializzazione, che in Gran Bretagna è incominciata alla fine del secolo XVIII e aveva provocato molti dei suoi effetti perturbatori fin dall'inizio dell'800 si è avviata in Svezia soltanto un secolo dopo (nel 1890 ancora il 60% della popolazione era impiegato nell'agricoltura).

La politica sociale si è sviluppata principalmente in due momenti:
– agli inizi del secolo (1902 e 1913) con le leggi sulla protezione dei minori e sulla pensione di vecchiaia;
– negli anni '30, per risolvere il problema di una popolazione stagnante, e per iniziativa degli economisti della scuola di Stoccolma (Myrdal, Hammarskjold) con una legge sull'assicurazione per la disoccupazione, un progetto per le pensioni, una nuova politica familiare e sussidi per le refezioni scolastiche.

Le "Commissioni della vita sociale" (1938-1951), attraverso una serie di progetti di riforma (pensioni, assicurazioni contro le malattie e incidenti sul lavoro, disoccupazione ecc.) prepararono il campo alle grandi riforme sociali del dopoguerra. La guerra infatti aveva rappresentato una battuta d'arresto, ma anche per la Svezia, che pure non era stata coinvolta nel conflitto, questo periodo rappresentò un momento storico molto importante, che avrebbe preparato il terreno alle successive riforme.
Innanzi tutto, per difendere la neutralità armata, vi fu un grande aumento delle tasse, che furono poi rivolte alla politica di assistenza. Inoltre, il servizio militare d'emergenza fece entrare in contatto molta gente di estrazione sociale assai diversa, accentuò il senso di solidarietà e fece scoprire a molti benestanti il livello di povertà di altri gruppi sociali.

Infine, durante quel periodo vi fu un Governo di coalizione nazionale, dai conservatori ai socialdemocratici, che allargò le possibilità di cooperazione e di compromesso tra le forze politiche.

Furono adottate parecchie misure sociali:

– nel 1947 fu istituita la pensione nazionale per tutti a partire dai 67 anni;

– dal '45 al '50 furono aumentati gli assegni familiari;

– fu estesa l'educazione gratuita obbligatoria;

– venne introdotta progressivamente una scuola secondaria unificata della durata da 7 a 9 anni;

– nel 1953 fu concessa una terza settimana di ferie pagata ai lavoratori;

– nel 1956 fu stabilito un sistema di assicurazione sanitaria nazionale per tutti.

Ma fu soprattutto la situazione di quasi piena occupazione (nel 1950 la disoccupazione era caduta al 3%) che, insieme ad un sistema previdenziale più esteso, consentì agli svedesi di godere di un grado di provvidenze sociali, del tutto impensabile fino a trent'anni prima.
Questo risultato fu raggiunto non soltanto attraverso lo sviluppo registrato dall'economia svedese nel dopoguerra, ma anche grazie al ruolo centrale svolto dall'AMS (Direzione del mercato del lavoro) che dispone di un funzionario per ogni 844 persone attive (contro i 1047 della Germania e i 5268 della Francia).
L'AMS, oltre a svolgere le funzioni di un'agenzia di collocamento, ha cercato di incoraggiare la mobilità del lavoro, tenendo conto delle esigenze delle regioni più depresse e sostituendosi talvolta alle iniziative dei privati nella costruzione delle industrie. Inoltre l'AMS eroga contributi ai lavoratori che devono trasferirsi per cercare lavoro, politica che è stata recentemente perfezionata ed incrementata, per aiutare maggiormente i lavoratori che hanno la famiglia in un posto diverso dal luogo di lavoro.
Questo ente assicura infine la formazione professionale di migliaia di lavoratori (100.000 nel 1973) anche con sovvenzioni alle imprese che assumono handicappati, persone anziane per lavori part-time ecc.
Nel 1960, dopo un aspro dibattito politico che aveva portato allo scioglimento della Camera e a nuove elezioni, veniva varato un nuovo schema di pensione complementare, concepito non più sulla base del minimo di sussistenza, ma in proporzione al salario percepito nella vita lavorativa (65% del salario).

Gli anni '60 rappresentano una svolta nelle direttive della politica sociale svedese: questa, dopo aver relativamente raggiunto i suoi traguardi quantitativi, ha cercato di orientarsi verso obiettivi di qualità della vita, tenendo sempre più conto delle categorie di persone emarginate dal processo produttivo (vecchi, donne e handicappati). Sempre negli anni '60 si è iniziato il coordinamento delle varie autorità preposte alla sanità pubblica. I medici condotti distrettuali sono stati posti sotto la stessa amministrazione degli ospedali, mentre i piccoli ospedali venivano chiusi per favorire lo sviluppo di ospedali di contea. È in quegli anni che sono stati costruiti alcuni fra gli ospedali più moderni ed attrezzati d'Europa. Alle contee venne riconosciuto un ruolo predominante nell'amministrare le cure sanitarie, alle quali esse destinarono i 4/5 dei loro bilanci.
Come in Inghilterra, le cure furono rese quasi gratuite (salvo il pagamento di una piccola somma: 7 corone) e concentrate in una serie di centri sanitari. Una riforma del 1970 ha ancorato la retribuzione dei medici, diventati impiegati dello stato, al numero delle ore lavorative ed ha eliminato gli onorari.
Dopo una relativa spinta equalitaria manifestatasi alla fine del 1940, nonostante la politica Welfare durante il grande boom si erano create differenze di reddito tra uomini e donne, operai e impiegati, e tra aree geografiche differenti. Cosicché, dopo la metà degli anni '60, è stata promossa una politica sindacale di solidarietà.
Questo ed altri obiettivi furono illustrati nel rapporto dal titolo *Verso l'eguaglianza*, elaborato da una Commissione presieduta da Alva Myrdal e presentato, nel 1969, al Congresso del partito socialdemocratico. Anche i sindacati si sono impegnati nella "politica di solidarietà", cercando di ottenere l'aumento dei salari più bassi. « Quello che si esige – come affermò Pel Hohemberg nella Conferenza di Portorico – è l'attuazione di una politica egualitaria con un approccio globale ».
Un altro settore di impegno, in relazione a queste nuove esigenze di qualità della vita, è stato il rinnovamento e il miglioramento dell'ambiente di lavoro.
Una delle ultime riforme, che ha avuto effetto diretto nella gestione della politica sociale, è quella amministrativa.
Il governo locale è rappresentato oggi in Svezia da 278 municipalità, responsabili di gran parte delle questioni che concernono i cittadini ad un livello locale, e 23 distretti o contee che si occupano prevalentemente di ospedali e servizi sanitari. Più della metà degli introiti fiscali delle municipalità proviene da imposte locali, mentre lo Stato integra per il 25%. Altri introiti, come i pagamenti dei servizi sociali

da parte degli utenti, rappresentano il 20%. Ma è tra il 1950 e il 1974, a causa delle migrazioni interne e della mutata struttura e distribuzione della popolazione, che il numero delle municipalità è stato drasticamente ridotto, da 2500 alle attuali 278, in modo che potessero operare con una maggiore integrazione e con maggiori risorse.
Tuttavia questo ha indubbiamente allontanato il cittadino dal potere locale. Le municipalità coprono generalmente da 10.000 a 30.000 persone. Il Governo ha dato maggiore libertà d'azione alle autorità locali, incrementando i rapporti tra queste e lo Stato nella pianificazione sociale, e riconoscendo una maggiore influenza ai cittadini. Tuttavia, dei 40.000 rappresentati eletti a livello locale, il ruolo maggiore è svolto da professionisti e imprenditori, mentre pochi sono i lavoratori manuali e gli impiegati; l'età prevalente è tra i 30 e i 60 anni, cioè con una presenza molto scarsa dei giovani e dei vecchi, mentre le donne rappresentano solo il 17% e occupano ruoli secondari. Ora il Governo ha deciso che vengano concessi permessi dal lavoro anche per riunioni di partito, e compensi più remunerativi per gli amministratori locali.
Per quanto riguarda il problema della maggiore partecipazione, le autorità locali sono state invitate a realizzare una migliore cooperazione con le associazioni locali, anche se non è prevista una partecipazione diretta dei diversi comitati esistenti (Welfare, edilizia, ecc.) in quanto la partecpazione viene canalizzata attraverso la delega ai partiti politici e alle associazioni delle diverse categorie di persone (vecchi, o sindacati, ecc.). Sono ora in fase sperimentale e limitata i consigli di quartiere, con poteri di consulenza, e comitati scolastici, di ospedali, di asili nido, ecc., che consentono ai cittadini forme di partecipazione senza però effettivi poteri di decisione. Così anche se si parla di democrazia diretta e partecipazione, essa viene limitata nel timore di creare confusione sul piano amministrativo, e soprattutto perché le maggioranze politiche dei vari comitati eletti potrebbero essere diverse da quella della municipalità, col rischio di paralisi sul piano esecutivo.
È stata proposta la soluzione di eleggere direttamente i delegati ad un "Consiglio sociale del Welfare", che tenga conto di tutti i bisogni di una comunità (prevista sulle 1000 persone), con maggiore democrazia diretta, ma il problema sarà discusso a fondo solo alla fine del 1978. I partiti borghesi propongono semplicemente di allargare nuovamente il numero delle municipalità. Per ora la struttura della municipalità è basata sul Consiglio eletto direttamente che fissa gli obiettivi, indica come essi devono essere raggiunti e concede i fondi. Il potere ammi-

nistrativo ed esecutivo spetta al Comitato municipale, che promuove e coordina l'elaborazione dei piani ed esercita il controllo su altri comitati settoriali (Educazione, Welfare sociale, Traffico, Igiene). Il Consiglio di contea è organizzato in modo simile.
Compresi i funzionari, vi sono in Svezia 700.000 persone impegnate in questi vari ruoli nelle municipalità. Secondo alcune critiche, per i partiti politici, questo sarebbe un modo di mantenere le loro clientele e centri di potere. Il sociologo Berglund afferma che la burocrazia al vertice dei vari comitati rappresenta la maggioranza inserita nel mondo del lavoro e benpensante, di modo che gli operatori sociali dei comitati Welfare finirebbero col non tenere in debita considerazione i vari gruppi marginali, o gli analfabeti e gli isolati che non riescono a far valere i propri diritti: in altre parole, coloro che sono le vere uniche vittime di questa società troppo integrata. Gli operatori sociali dovrebbero, invece, lavorare per costoro e rappresentare realmente i loro interessi.
Un altro aspetto caratteristico della politica sociale svedese è lo sforzo per l'uguaglianza dei sessi anche se i risultati non sono molto vistosi. Nel 1974, su un totale di 4 milioni di lavoratori, solo 1,6 erano donne, in gran parte occupate nei servizi.

PREVIDENZA SOCIALE

La previdenza sociale in Svezia comprende l'assicurazione contro le malattie e le cure dentarie, le pensioni minime e supplementari, l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e quella facoltativa contro la disoccupazione. Inoltre vi sono gli assegni familiari e le indennità alloggio. Le assicurazioni pubbliche sono gestite da 26 casse regionali e di previdenza sociale. Queste casse non sono organi del Governo, ma le loro attività sono regolate e dirette dall'Ufficio Nazionale Assicurazioni sociali, che è un ente amministrativo indipendente, sotto la giurisdizione del Ministero della Sanità e Affari Sociali.

Infortuni

I sussidi in relazione agli infortuni industriali sono pagati per i primi 90 giorni dagli uffici dell'assicurazione sociale secondo le regole che

regolano la sanità. Dopo di ciò la compensazione viene trasferita allo schema dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro. Dal 10 luglio 1977 è entrata in vigore una nuova regolamentazione che copre totalmente la perdita del salario, ed è estesa ad altre categorie non salariate e gruppi socio-professionali, come i lavoratori autonomi.

Disoccupazione

L'assicurazione contro la disoccupazione è facoltativa ed è erogata normalmente da casse di disoccupazione gestite dai sindacati. Essa copre fino al 91,7% del salario e può essere versata per 300 giorni (450 per i più anziani).
I salariati non iscritti a queste casse hanno diritto a sussidi pagati dagli uffici governativi delle assicurazioni. Un progetto di rendere obbligatoria l'assicurazione e farla gestire dallo Stato è avversato dai sindacati.

La spesa sociale

Da un esame della spesa per i servizi sociali si può osservare un suo aumento costante, che si è incrementato dopo l'inizio della crisi economica sia per la marginalità con cui la Svezia ne è stata toccata, sia per la decisa volontà politica di estendere i servizi (tab. 9).
Tuttavia negli ultimi anni l'incremento della spesa per il Welfare ha subìto un rallentamento, ma anche dopo il cambiamento del Governo non vi sono stati tagli sostanziali. È indubbio però che per il naturale incremento demografico, solo per rimanere ai livelli attuali, le tasse dovrebbero essere aumentate del 5%. I socialdemocratici, per varie ragioni, sono favorevoli ad una strategia basata su "più tasse e più servizi", mentre i "borghesi" tendono a convogliare le risorse verso gli investimenti produttivi.
Il sistema fiscale si sta modificando in funzione di un maggior peso alle imposte indirette (v. tab. 10-11).
A partire dal 1971, una riduzione delle imposte dirette è stata finanziata con un aumento delle imposte sul valore aggiunto (dal 10 al 15%) e imponendo quote maggiori a carico dei datori di lavoro (dall'1 al 2%); i contributi per le pensioni base sono stati aumentati al

TAB. 9 – *Spesa nei diversi settori del Social Welfare per gli anni 1970-1975 in milioni di corone*

	1970	1971	1972	1973	1974	1975
1) Malattia	12,834	14,569	15,923	18,205	24,301	29,760
2) Infortuni sul lavoro	193	218	276	276	396	503
3) Disoccupaz.	1,581	2,383	2,466	2,570	2,628	3,255
4) Vecchiaia Invalidità	10,611	12,759	14,490	16,618	20,323	24,532
5) Famiglia e bambini	4,928	6,146	6,882	7,837	9,731	11,470
6) Assistenza gener. non specificata	401	494	560	600	607	706
7) Detenuti			387	454	500	592
8) Compensazioni per infortuni militari e di guerra	19	20	22	25	24	27
Totale 1-8	30,566	36,590	41,006	46,585	58,509	70,816
Spese Amminis. centrali	183	205	260	306	344	422
Totale spese Social Welfare	30,749	36,795	41,266	46,891	58,853	71,238
Come percentuale del PNL a prezzi di mercato	18,1	20,1	21,5	21,4	23,5	24,8

Fonte: Ufficio Centrale Nazionale Statistico

TAB. 10 – *Il finanziamento dei cinque settori della sicurezza sociale nel 1975, in migliaia di corone.*

Settori	Spese dello Stato	Spese Enti Locali	Contributi datori di lavoro	Contributi degli assicurati	Altre fonti interessi ecc.	Totale
Assicurazione malattia	3.062,318	—	8.635,935	13,455	170,240	11.881,945
Assicuraz. infortuni sul lavoro (1)	39,800	—	284,000	1,600	104,800	430,200
Assicurazione di disoccupazione	355,300	—	247,900	243,038	45,670	891,908
Pensioni di base	9.427,706	1.514,900	4.806,294	—	71,900	15.820,800
Pensioni supplementari	—	—	10.265,566	415,691	5.649,178	16.330,800
			Percentuali %			
Assicurazione malattia	25,8	—	72,7	0,1	1,4	100
Assicur. infortuni sul lavoro (1)	9,2	—	66,0	0,4	24,4	100
Assicurazione di disoccupazione	39,8	—	27,8	27,3	5,1	100
Pensioni di base	59,6	9,6	30,4	—	0,4	100
Pensioni supplementari	—	—	62,9	2,5	34,6	100

(1) Include contributi amministrativi datori di lavoro.

TAB. 11 – *Struttura del prelievo (percentuale del gettito fiscale complessivo) 1971.*

	U.S.A.	Regno Unito	Germania Ovest	Olanda	Francia	Svezia	Danimarca
Dirette							
Tasse sui redditi delle persone fisiche	35,1%	32,1%	25,6%	26,2%	10,8%	45,8%	44,6%
Tasse sui redditi persone giuridiche	12,7	8,0	5,4	6,6	5,9	4,4	2,4
Contributi sociali dei lavoratori	8,8	6,8	13,2	20,0	11,5	7,1	6,1
Altre	1,8	2,8	2,9	2,3	2,1	1,4	1,8
Totale	58,4	49,7	47,1	55,0	30,3	58,7	54,9
Indirette							
Tasse sulle vendite, dogana	19,1	29,1	30,5	27,2	35,8	28,4	38,4
Tasse sulla proprietà	12,1	9,5	1,2	1,3	1,5	—	5,0
Contributi sociali dei datori di lavoro	10,4	7,1	19,9	16,1	28,9	11,8	1,6
Altre	0	4,6	1,3	0,4	3,5	1,1	0,1
Totale	41,6	50,3	52,9	45,0	69,7	41,3	45,1

Fonte: OCSE: *Revenue Statistics of OECD Member Contries 1965/71*, riportato in: Heidenheimer, Heclo, Teich Adams, *Comparative public policy*.

4% nel 1973; un'altra riduzione, che prima era finanziata dall'imposta sul reddito, è stata abolita nel 1974 ed è stata introdotta una quota di assicurazione sociale del 3%, pagata dai datori di lavoro e dai lavoratori autonomi.
Anche nel '75 l'imposta sul reddito è stata ridotta per molti percettori di redditi da lavoro, mentre i contributi per l'assicurazione sociale, pagati dai datori di lavoro, sono ulteriormente aumentati del 3,7%.
Il nuovo governo ha ridotto gli oneri per le imprese ed ha concesso a queste altri sgravi. A medio termine il governo si propone anche di ridurre la progressività delle imposte dirette, introducendo maggiori imposte indirette (tab. n. 12).

Le pensioni

Le pensioni si dividono in generali o di base, complementari e parziali. Tutte le pensioni sono indicizzate al costo della vita in caso di aumenti superiori al 3%.
I sindacati svedesi si lamentano che l'inflazione in ogni caso è più rapida dell'aumento delle pensioni. Il progetto è di agganciare le pensioni agli stipendi ed ai salari.

Pensioni parziali

Oltre agli aumenti finanziari nelle prestazioni è stato introdotto un progetto nazionale per le pensioni parziali. Esso si basa sul rapporto elaborato da una commissione di studio, ma anche sulle continue raccomandazioni di sociologi e psicologi sul danno fisico e psichico che avverte il lavoratore al momento di una brusca cessazione di attività, quando non vi è preparato. Questo modello è stato messo in evidenza da un recente documento dell'OCSE (*Lifelong Allocation of Time*, 1976). Le pensioni parziali sono finanziate attraverso una quota di assicurazione sociale pagata dai datori di lavoro, nonché attraverso trattenute sullo stipendio. Per ottenere la pensione il lavoratore, a 45 anni, deve avere percepito redditi di lavoro per almeno 10 anni ed aver lavorato almeno 5 degli ultimi dodici mesi. Essa si può ottenere dai 60 anni in poi, a condizione di passare ad un lavoro part-time (almeno 17 ore di lavoro per settimana). Il reddito globale, dopo il passaggio al

TAB. 12 – *Distribuzione percentuale del reddito (prima e dopo le tasse) percepito da ciascun decile di famiglie in Gran Bretagna e Svezia 1971-1973* (1).

Distribuzione delle famiglie per ordine decrescente di reddito (scaglioni di famiglie pari al 10% del totale delle famiglie)	Regno Unito (1971-1973)		Svezia (1972)	
	Pre-tasse	Post-tasse	Pre-tasse	Post-tasse
10% superiore	26.9	23.5	28.8	20.3
11- 20 per cento	16.8	15.5	18.4	15.3
21- 30 per cento	13.9	12.9	14.7	12.8
31- 40 per cento	11.8	11.0	12.3	11.1
41- 50 per cento	10.0	9.7	10.2	9.9
51- 60 per cento	8.4	8.4	8.1	8.5
61- 70 per cento	6.6	7.0	5.3	7.2
71- 80 per cento	4.2	5.6	1.9	5.6
81- 90 per cento	1.3	4.0	0.3	5.3
91-100 per cento	0.1	2.6	– 0.2 (2)	4.1
Totale	100.0	100.0	100.0	100.0
Quota massima del reddito totale, potenzialmente redistribuibile	29	23	34	20

(1) Il reddito prima delle tasse si riferisce al reddito da salari/stipendi e dalla proprietà di beni, prima di tutte le tasse e pagamenti in contante. Il reddito dopo le tasse indica il reddito come sopra definito, più tutti i benefici monetari e dopo il pagamento delle tasse dirette.

(2) Vi erano 360.000 famiglie in questo decile. Di questi circa la metà erano studenti (74.000) o lavoratori indipendenti e piccoli imprenditori (80.000). Questi ultimi potevano spesso invocare deduzioni fiscali o presentare i loro affari così da presentare bilanci negativi.

Fonte: Elaborazione riportata da: R. Scase, *Social Democracy in Capitalist Society* (su dati governativi inglesi e svedesi).

lavoro part-time e con la pensione parziale, tasse incluse, corrisponde all'85-90% del precedente reddito da lavoro totale. È interessante notare come delle 260.000 persone tra i 60 e i 75 anni che potevano ritirarsi dal lavoro, solo 30.000 hanno preso la pensione nel primo anno e 30.000 nel secondo. Questo può essere spiegato in vari modi: ragioni economiche, volontà di continuare ad essere "sulla breccia", difficoltà di trovare lavori part-time. La Confindustria svedese (SAF) insiste per incoraggiare e incrementare questo principio di flessibilità, consentendo di lavorare alle persone che hanno superato i 65-70 anni e soprattutto apprestando orari flessibili nei posti di lavoro, con speciali premi di produzione. Se i sindacati tendono ad una politica di eguaglianza tra i vari salari e stipendi, secondo il principio di "a ciascuno secondo il suo bisogno", gli industriali preferiscono la politica di "a ciascuno secondo la sua produttività ».

Gli anziani

Indubbiamente i problemi degli anziani non si risolvono con le pensioni e, a questo proposito, bisogna dire in Svezia esiste una associazione degli anziani, con 300.000 membri, che rappresenta ormai un forte gruppo di pressione a livello nazionale.
La popolazione anziana in Svezia rappresenta oggi infatti il 16% della popolazione (ricordiamo come la Svezia abbia la più lunga "aspettativa di vita" nel mondo). L'orientamento è quello di cercare di mantenere il più possibile gli anziani nelle loro case sia per ragioni psicologiche che per ragioni economiche. Oggi esistono 1.100 case per vecchi con circa 60.000 letti, che corrispondono al 7% delle persone oltre i 70 anni.
Ora cominciano a sorgere le "case dei servizi" in cui l'anziano prende un appartamento normale, con affitto regolare ed i servizi vengono prestati secondo le esigenze individuali. Inoltre tali case sono gestite dagli stessi interessati attraverso esperimenti di partecipazione.
I pasti sono consumati in un ristorante comune, ma ogni alloggio dispone una cucina e vi è la possibilità di ricevere un'assistenza sanitaria; a differenza degli ospizi non viene imposta una rigida comunità di vita.
Coloro che dopo i 60 anni preferiscono rimanere nelle loro case hanno diritto a prestiti per migliorarne le condizioni. Si cerca inoltre di costruire sempre più case dove abitino sia vecchi che giovani, vi siano possi-

bilità di incontri fra i due gruppi. Tuttavia molti fra gli anziani, essendo infermi, devono essere ricoverati in ospedali e questo incide notevolmente sul bilancio della sanità.
Si è cercato di fare molto nell'ambito dell'assistenza a domicilio. Sono assai attivi i "samaritani", una organizzazione nata nel 1920, che si è sempre più specializzata nell'aiuto degli anziani. Essi si curano delle loro faccende di casa, fanno la spesa e contribuiscono a spezzare l'isolamento e la solitudine di queste persone.
Si sta cercando di addestrare del personale che assista non solo i pensionati ma anche famiglie con problemi di alcoolismo e di droga. La Croce Rossa è molto attiva nell'organizzare visite domiciliari per fare compagnia agli anziani, portarli a teatro, ascoltarli e cercare di risolvere i loro problemi.
Sono state alcune comuni formate da giovani, che hanno cercato di inglobare pure gli anziani, ma pare che non abbiano avuto molto successo.

I bambini illegittimi

Nell'ambito della famiglia è interessante notare che il 15% dei bambini nati in Svezia ogni anno, nascono fuori dal matrimonio. Tuttavia la legge li protegge, riconoscendo loro pari quote ereditarie, cercando di individuare il padre (che viene riconosciuto o si rende manifesto nel 90% dei casi) e facendo in modo che i bambini abbiano un nome. Le ragazze madri vengono aiutate con sussidi, cui il padre deve contribuire. È molto esteso infatti il fenomeno di genitori singoli che educano il loro figlio, (130.000 nel 1967) e che molto spesso si trovano nelle fasce di reddito più basse. I figli abbandonati sono preferibilmente affidati a famiglie adottive; negli altri casi ad istituzioni speciali.

Occupazione e previdenza sociale

La previdenza è uno dei pilastri della politica sociale svedese: essa viene garantita anche nei periodi di stagnazione o per gruppi particolari che non trovano lavoro, ed ha un suo fondamento nel sostegno del mercato del lavoro con una strategia di piena occupazione. La Direzione del mercato del lavoro (AMS), ha esteso molto la sua attività alla

fine degli anni '50, quando si verificò una prima notevole recessione economica che spinse ad un approccio selettivo al mercato del lavoro (per gruppi handicappati o regioni depresse).
L'AMS spende attualmente circa il 2,1% del PNL: all'inizio degli anni '70 si è aperto un inteso dibattito sull'utilità di questa strategia intrecciata a quella della cosidetta "solidarietà salariale", che deve tenere conto di alcuni fattori come: 1) l'immigrazione notevole di lavoratori stranieri, soprattutto verso mansioni a basso reddito, che ha reso difficile una politica di solidarietà salariale, per il continuo aumento di questa offerta; 2) il "boom educativo" degli ultimi dieci anni ha ridotto le possibilità di coloro che non hanno una specializzazione e fatto aumentare le aspettative di quanti hanno una educazione superiore, mentre i più anziani cercano di diminuire il divario educativo attraverso i programmi di formazione per gli adulti.
Un altro punto importante è che, a partire dagli anni '60, i profitti delle imprese hanno cominciato a diminuire per varie ragioni: alto costo del lavoro, politica di solidarietà salariale, competitività internazionale, ecc. Ora questi problemi esigono soluzioni che tengano conto delle inevitabili interconnessioni tra politica sociale, politica salariale e politica del mercato del lavoro. A questo proposito si deve ricordare l'economista Gosta Rehn, già consigliere economico del Governo e direttore delle questioni sociali presso l'OCSE a Parigi, che è stato l'alfiere di una politica attiva del pieno impiego.
In questo quadro il Governo ha sovvenzionato le imprese affinché tenessero o assumessero lavoratori handicappati o disadattati, secondo criteri sociali e sanitari, e giovani in via di formazione professionale. In questo modo la disoccupazione è rimasta a livelli molto bassi: il 2% fino al 1977.
È possibile che il Governo Falldin, nonostante abbia anch'esso deciso di proseguire in questa politica di sovvenzioni alle imprese per evitare la disoccupazione, si decida a destinare agli investimenti una notevole parte di tali finanziamenti (5.000 lire per ogni giorno di lavoro di ogni operaio che non viene licenziato), accettando quindi una più ampia disoccupazione.
Una delle proposte più interessanti per quanto riguarda l'organizzazione e la flessibilità dei tempi di lavoro, studio e riposo, ci viene da Gosta Rehn in uno scritto presentato all'OCSE nel 1974 (da questo progetto e da altre considerazioni di esperti è nato il successivo documento OCSE, *Lifelong Allocation of Time*).
Il saggio di Rehn s'intitola « Verso una società della libera scelta » e infatti si basa sull'idea che il lavoratore deve avere maggiore possibi-

lità di stabilire egli stesso la distribuzione del proprio tempo tra lavoro, studio e tempo libero e che gli obiettivi devono essere raggiunti attraverso incentivi economici e non regole standardizzate. In tale saggio si raccomanda un unico sistema di finanziamento per tutti i periodi di non lavoro volontario o involontario (per età e disoccupazione). Gran parte di quel che si paga in assicurazioni sociali non è che un trasferimento di reddito tra vari momenti della propria vita, e i citadini dovrebbero liberamente decidere in proposito.

Invece delle differenti voci di spesa delle varie amministrazioni il progetto prevede un unico libro contabile, in cui crediti e debiti sarebbero registrati come punti e il valore monetario sarebbe ricalcolato ogni anno in relazione al livello dei prezzi. Le assicurazioni sociali per malattia, assegni familiari, infortuni resterebbero in vigore, ma riuniti in una unica struttura amministrativa. Per quanto riguarda la disoccupazione, secondo il progetto Rehn, nei periodi di stagnazione o recessione economica i gruppi sociali economicamente più forti dovrebbero essere incoraggiati attraverso incentivi a lasciare il lavoro e a dedicarsi allo studio o a prendersi una vacanza, evitando che la disoccupazione colpisca i gruppi più deboli. Naturalmente il reddito verrebbe assicurato. Questi lavoratori sarebbero riconvertiti verso altre attività, sempre con incentivi economici, quanto ve ne fosse l'esigenza.

L'apparato amministrativo che ora decide la corresponsione o meno dei sussidi e le condizioni di questi è troppo lento, complesso e costoso. Questo piano dovrebbe inoltre contrastare l'uso dei servizi sociali così come viene attualmente fatto dalle classi medie, che ne usufruiscono più degli altri, legando invece i contributi e le tasse al diretto consumo di tali risorse. Questa impostazione è stata in parte ripresa dall'OCSE che ha dato indicazioni su ciò che i vari paesi stanno facendo nello stesso senso ed ha raccomandato l'introduzione di politiche di questo genere per facilitare l'occupazione di categorie di persone che non riescono a trovare un lavoro, finché il tempo rimane organizzato secondo gli attuali schemi rigidi. Il documento raccomanda:

– maggiori possibilità di istruzione e formazione nei diversi momenti della vita;

– maggiore razionalità nel funzionamento dei servizi, per evitare, ad esempio, la congestione nelle cure pediatriche, così come nei trasporti e negli alberghi;

– migliore distribuzione delle responsabilità familiari e occupazionali tra i vari membri della famiglia.

Indubbiamente è nel settore dei servizi che la spinta in questa direzione è stata maggiore: per esempio, verso il sistema di scegliere l'orario di lavoro; tuttavia anche nelle industrie si sta verificando un orientamento analogo.

Le confederazioni sindacali sia in Svezia che in Francia, Inghilterra e Germania, dopo alcune esitazioni non si sono mostrate contrarie.

SANITÀ

Il sistema sanitario svedese prevede l'assicurazione obbligatoria contro le malattie. I pazienti che usufruiscono di una visita da un medico pubblico, pagano 15 corone, mentre il resto dell'onorario viene versato dalle Casse di assicurazione sociale al Consiglio della Contea che ha fornito il servizio medico; le visite dei medici privati costano 25 corone, mentre il resto viene rimborsato nello stesso modo.

Le tariffe pagate dal paziente coprono sia la visita specialistica che gli esami clinici. L'assicurazione malattia copre anche le cure dentarie. I pazienti ne pagano il 50% fino a 1000 corone, se il costo delle cure è superiore il paziente paga il 75%. I servizi dentari sono gratuiti per i ragazzi sotto i 16 anni. Per quanto riguarda l'ospedalizzazione in caso di malattia o maternità, il paziente paga 20 corone al giorno, tutto compreso. I trattamenti para-medici costano invece 7 corone. Durante gli anni '60 e '70 la competenza sui medici provinciali e sull'assistenza psichiatrica è passata ai Consigli di Contea.

Oggi, in Svezia, sono in funzione tre tipi di ospedali. Il primo gruppo comprende nove ospedali con mille letti per i casi gravi, che sono in grado di fornire 30 differenti tipi di terapie. Un secondo gruppo comprende 24 ospedali di Contea con 500-1000 letti e 15-20 tipi di terapie. Il terzo gruppo include 70 ospedali generici, più piccoli. Le cure psichiatriche sono affidate a una decina di ospedali psichiatrici, ma sempre di più si cerca di integrarle con l'assistenza sanitaria normale. Inoltre vi sono ospedali minori, cliniche per le maternità e l'infanzia, cliniche psichiatriche per bambini e giovani.

I centri sanitari

Negli ultimi anni hanno avuto un crescente sviluppo i centri sanitari, cui fanno capo medici che devono coprire zone differenti; questi centri sanitari lavorano in sempre maggiore coordinamento con i servizi sociali, come quello sperimentale di Tierp. La municipalità di Tierp, istituita nel gennaio '74, ha costituito un Centro sanitario pubblico per il coordinamento dell'assistenza sociale (salute pubblica, servizi medici e cura degli studenti e scolari) attraverso un approccio integrato.

Il progetto era stato elaborato dal Ministero della Sanità, la municipalità di Tierp e il Consiglio di Contea di Uppsala. Tierp è un comune abbastanza grande, prevalentemente rurale, diviso in alcuni villaggi, con un totale di 20.000 abitanti. Mentre in tutto il paese le zone rurali hanno subìto una diminuzione progressiva della popolazione, attualmente a Tierp il 22% della popolazione attiva è ancora occupato nell'agricoltura e foreste, il 49% nell'industria e solo il 29% nei servizi (contro la media nazionale che in questo settore è del 52%). Il Centro pubblico sanitario è strutturato in un gruppo centrale di coordinamento e gruppi di zona che hanno il compito di funzionare come centri di cura preventiva nelle zone rispettive e di promuovere la nascita di gruppi informali, attraverso i quali sondare gli atteggiamenti della popolazione verso i servizi medici e sociali, raccogliendo così le opinioni della comunità al fine di avanzare suggerimenti al comune.

Questi gruppi di zona comprendono un funzionario della previdenza sociale, un infermiere, ufficiali sanitari, un rappresentante della scuola e assistenti sociali a domicilio.

La filosofia cui si ispira il progetto è quella di risolvere i problemi di individui o gruppi in una prospettiva integrata e totale. Dato che esiste un centro sanitario per tutto il comune, un giorno alla settimana i medici si recano insieme con gli assistenti sociali a visitare i centri sanitari delle scuole, i vecchi, ecc. Gli assistenti sociali compiono visite domiciliari molto frequenti che rappresentano un quarto di tutte le visite. Il centro sanitario consente una notevole forma di collaborazione e di scambio di idee e di metodi tra il personale. Le zone in cui è divisa la municipalità sono più o meno omogenee geograficamente, socialmente ed economicamente. Tuttavia alcuni problemi sono creati dalla struttura della nuova organizzazione e dai rapporti tra le persone che vi lavorano, anche in ragione di nuovi compiti che prima non venivano svolti. I gruppi di zona svolgono la loro attività conducendo inchieste e distribuendo questionari, visitando le case e cercando di ren-

dersi conto delle varie situazioni, per prevenire eventuali malesseri sociali e sanitari.
Questo tipo di approccio integrato ai problemi dell'individuo, che tende a vedere le malattie fisiche o psicologiche come il risultato di cause derivanti dall'ambiente, rappresenta indubbiamente una forma di controllo sociale ed è stato stigmatizzato nel polemico libro "The New Totalitarians" di R. Huntford, un giornalista del settimanale inglese "The Observer", dove la Svezia viene paragonata ad un "Mondo Nuovo" huxleiano.
Secondo Huntford questo approccio schematico si risolve in uno strumento attraverso il quale lo Stato, per mezzo di medici e operatori sociali, impone al paziente un tipo di comportamento e di atteggiamenti entrando nella casa e nella sua vita privata per diagnosticare i suoi mali, non solo da un punto di vista clinico, ma anche sociale. Egli sostiene che si arriverà a mettere in cliniche psichiatriche i ribelli, o a "curare" tutti i "diversi"; questo processo si è iniziato con la nazionalizzazione della medicina del 1970, che ha reso i medici impiegati dello Stato e ha reso difficile e poco economica la professione medica privata.
Queste opinioni, se mettono in evidenza certe caratteristiche svedesi come l'esigenza di una costante integrazione e il bisogno di omogeneità, sembrano però infondate nelle loro previsioni e non tengono conto della natura positiva di un esperimento che è tra i più maturi ed avanzati per risolvere certi problemi.
Dobbiamo ricordare che ancora un medico su quattro esercita privatamente. Tuttavia è anche vero che i giovani medici si dirigono sempre di più verso gli ospedali pubblici, più attrezzati.

Maternità ed infanzia

In Svezia esiste un servizio gratuito di consultori per i contraccettivi, l'aborto e la sterilizzazione, servizio che viene garantito dai medici pubblici e privati. Entro certi livelli anche le pillole anticoncezionali vengono date gratuitamente.
Esiste inoltre un'assicurazione per le coppie che stanno per avere un figlio, che copre un sussidio per sette mesi ed un periodo di assenza dal lavoro per uno dei due genitori. Questa assicurazione riguarda la madre prima della nascita del bambino, successivamente ne può godere anche il padre, purché sia lui ad occuparsi del bambino. Questo fa parte della politica che tende all'uguaglianza dei sessi soprattutto nel

senso di mutare i rigidi ruoli storici e culturali dei due sessi. Il sussidio è tassabile e copre il 90% del reddito, ma ne è previsto l'aumento. Vi è anche un sussidio per il genitore costretto a rinunciare al proprio lavoro per assistere un figlio malato. Inoltre si sta cercando di dare un'istruzione di tipo pediatrico a tutti i genitori che stanno per avere un bambino.
Una delle priorità dell'attuale politica sociale è indubbiamente l'istituzione degli asili nido per i bambini in età prescolastica. Nel 1970 erano 34.000 con 42 posti ogni 10.000 abitanti; tuttavia le scuole materne, cioè per bambini al di sotto dei 7 anni, erano insufficienti.

Malattia

Uno dei punti più in discussione nell'ambito della sanità è quello sull'indennità di malattia, che è pari al 90% del reddito normale e viene versata a partire dal giorno seguente alla denuncia della malattia. Se la malattia dura meno di 7 giorni l'indennità non copre i giorni liberi (sabato, domenica), se supera la settimana viene calcolato l'intero periodo. Preoccupati dell'assenteismo che giudicano spesso ingiustificato, i datori di lavoro vogliono più controlli e la diminuzione dell'indennità per i periodi inferiori alla settimana. I sindacati invece pensano che l'assenteismo sia dovuto alle cattive condizioni di lavoro ed hanno addirittura richiesto che l'indennità sostitutiva del salario durante la malattia sia portata al 100% del salario normale.

Costi

Su 74 miliardi di corone spesi dallo Stato e dai comuni nel '76 per la sanità ed i servizi sociali, 18 sono andati nelle spese di gestione dei servizi sanitari, 16 per i pagamenti dei programmi di assicurazione sanitaria, per le cure dentarie e gli assegni familiari, 8 per sostenere i servizi sociali relativi a bambini, handicappati o vecchi. Il costo della sanità rappresenta ora intorno al 6% del PNL mentre nel 1960 era il 3,5% e il 5% nel 1970. Circa 450.000 persone, che rappresentano l'11-12% degli occupati, lavorano nei Servizi sanitari e nel Welfare. Ne fanno parte 14.000 medici e 40.000 infermieri.

Come si spiega l'enorme aumento delle spese sanitarie? Anche in Svezia uno dei fattori principali è l'ospedalizzazione. Nei 2 decenni successivi agli anni '50 la Svezia ha costruito ospedali tra i più moderni ed attrezzati nel mondo, il cui costo di costruzione e di gestione è stato sostenuto dalle Contee che, grazie alle tasse locali, avevano un'autonomia finanziaria e non accettavano i tentativi di coordinamento e di vincoli da parte del Ministero della Sanità. L'eccessiva spesa è stata dovuta anche al fatto che una buona metà dei medici curava i pazienti ambulatoriali negli ospedali. Ora si cerca sempre di più di promuovere misure preventive, ed i medici si recano nei centri sanitari dove la gente viene esaminata prima dell'eventuale ospedalizzazione. L'informatica medica sta avendo un grande sviluppo; a Stoccolma dal 1971, da quando cioè sono state fuse municipalità e Consiglio di contea, è stata creata una "regione medica" di un milione e 400.000 persone. Tale organismo scheda naturalmente in maniera riservata, tutti i cittadini e registra le malattie da essi subìte, le cure cui si sono sottoposti, ecc. Oltre a queste ragioni, alla base dell'aumento dei costi, vi sono cause demografiche, cioè l'aumento della popolazione assistita, soprattutto per quel che riguarda gli anziani che assorbono la parte più importante delle cure mediche e dei costi ospedalieri. In Svezia l'assicurazione copre anche i prodotti farmaceutici: basta presentarsi in una delle farmacie (che ora sono state nazionalizzate) con una ricetta medica, e si ottengono i farmaci con una spesa che non supera mai le 20 corone. Le medicine di necessità vitale sono gratuite, come pure quelle necessarie al trattamento di malattie croniche gravi. Le spese farmaceutiche si sono quintuplicate dal 1960 al 1970. I sindacati avevano proposto una nazionalizzazione dell'industria del settore (che produce però solo il 50% del consumo svedese), ma la proposta non è andata in porto e ora si pensa che l'attuale Governo non intenda attuarla. Alcuni medici sono scontenti degli stipendi che percepiscono, del notevole lavoro che devono affrontare (45-50 ore settimanali) e preferiscono emigrare negli Stati Uniti e in altri paesi dove guadagnano di più.
Anche questa è una caratteristica comune alla Gran Bretagna, dove il servizio sanitario è nazionalizzato.
Una situazione grave si crea negli ospedali durante l'estate, quando gran parte del personale prende le vacanze e si accresce ulteriormente il già grande numero di anziani in degenza. Una recente proposta del partito di centro tendeva ad introdurre, come in Inghilterra, il "medico di famiglia".
Preoccupato di controllare i costi, nel 1971 il Ministero della Sanità ha promosso uno studio per realizzare una ristrutturazione dei servizi sa-

nitari, una più efficiente ripartizione delle risorse ed una organizzazione più razionale. Pubblicato recentemente col titolo "I servizi sanitari degli anni '80", lo studio rappresenta un grosso sforzo di pianificazione nel campo della sanità. La commissione che ha elaborato il progetto serve da riferimento per la discussione politica.

Il progetto prevede una struttura con tre livelli di intervento:

1) i servizi di primo livello, competenti per la salute della popolazione dei vari distretti.

2) i servizi di secondo livello, organizzati su base di Contea, che hanno competenza per i pazienti in condizioni gravi o che hanno malattie che richiedono personale e risorse tecniche che, per varie ragioni, devono essere concentrati in ospedali. Questo livello deve essere responsabile anche per l'attuazione e lo sviluppo di nuovi metodi terapeutici e per la formazione dei medici.

3) infine i servizi regionali, competenti per quei pochi pazienti che pongono problemi speciali e che esigono un numero di specialisti e di mezzi tecnici molto costosi e rari.

Ora l'obiettivo di questo modello è di andare incontro ai bisogni sanitari della popolazione, in modo migliore e più personale, innanzitutto attraverso il servizio di base che dovrebbe filtrare molti pazienti, che ora vengono ricoverati in ospedale. I compiti di questo servizio di base consistono in misure preventive e di igiene – attuate in collaborazione con gli uffici di igiene – come la diffusione di informazioni sanitarie, la gestione e il controllo dei servizi sanitari nelle scuole e nelle fabbriche, l'apprestamento di consultori per maternità ed infanzia, ecc.

Secondo questo progetto:

– tutti i medici distrettuali dovrebbero avere le necessarie conoscenze ed esperienze per essere in grado di curare le malattie più comuni. Ciò è particolarmente necessario per i vecchi, i quali hanno bisogno di qualcuno che conosca tutta la loro situazione clinica e sociale. Si pensa però che non vi sarà un numero sufficiente di medici generici per realizzare questo tipo di medicina decentrata; l'attività degli specialisti del servizio di base sarà tuttavia limitata dal fatto che i posti-letto per le cure specialistiche non saranno disponibili a questo livello.

– Per quanto riguarda la medicina psichiatrica dovrebbe esserci un minore bisogno di assistenza, dato che la collaborazione con l'ufficio del Welfare farebbe sì che pediatri e psicologi si occuperebbero direttamente dei casi più semplici. Inoltre, le infermiere dovrebbero ricevere

una più accurata specializzazione per poter lavorare nella psicoterapia e in altri compiti di gruppo come i servizi di base.

– I laboratori per le analisi dovrebbero essere dislocati negli ospedali di contea. Grande importanza dovrebbe essere data alle cure a domicilio, in collaborazione con i "social workers".

– Il progetto prevede che piccoli numeri di pazienti (da 6 a 8), affetti da malattie leggere, possano essere ospitati in case private ed affidati a famiglie in possesso di un'adeguata preparazione.

– Negli ospedali non dovrebbero essere ricoverati pazienti a breve degenza. Una delle cause di disfunzionalità degli ospedali, specialmente durante la notte e le vacanze, sono le poche risorse disponibili per le varie unità e dipartimenti, per non parlare delle lunghe liste di attesa per i ricoveri. Così potrebbero essere aumentate le risorse destinate ad altri centri di assistenza, tenendo presente una maggiore articolazione di orari. Ad esempio, un gran numero di visite oltre i normali orari lavorativi potrebbero essere evitate, se studi e ambulatori pediatrici fossero aperti al momento del ritorno dei genitori dal lavoro.

– Dovrebbero essere facilitati i contatti telefonici con il personale sanitario. Ogni zona dovrebbe avere quindi un centro sanitario con vari medici, pronti a rispondere a richieste telefoniche, in proporzione alla popolazione.

– Per quanto riguarda la collaborazione con gli altri servizi assistenziali, sarebbe essenziale che le aree giurisdizionali fossero uguali.

– Gli ospedali di contea e gli ospedali maggiori dovrebbero ricevere e curare gli altri pazienti, ma cercando di non utilizzare le risorse ospedaliere, se non in casi veramente necessari.

ISTRUZIONE

Principi generali e riforme

L'istruzione è il campo dove maggiormente la socialdemocrazia svedese ha cercato di realizzare progetti di graduale evoluzione, cercando di trasformare le vecchie strutture, allargando le opportunità e mutando i valori. Nel 1950, con l'approvazione della legge sull'istruzione, il Parlamento aveva accettato la proposta di una scuola secondaria unificata, a condizione che gli esperimenti avessero dimostrato la sua riuscita.

Questo portò ad una serie di ricerche sull'estrazione sociale degli studenti, la scelta del tipo di istruzione e l'uguaglianza delle opportunità: esse dimostrarono come i licei fossero praticamente monopolio della classe media e superiore. I riformatori svedesi sostenevano che certi fini sociali erano più importanti di quelli pedagogici, ossia che la differenziazione delle attitudini e le possibilità di stabilirle erano subalterne al fine di creare un'unità sociale e culturale. Così, alla fine degli anni '50, Stoccolma fu divisa in due sezioni: una a nord con scuole secondarie parallele, ed una a sud con la scuola unificata. I risultati di questi esperimenti dimostrarono che i bambini più intelligenti riuscivano meglio nei primi anni delle scuole separate, ma a 15 anni non c'era differenza; mentre i meno dotati avevano immediatamente un migliore rendimento nelle scuole unificate.

In altri paesi organizzazioni di genitori e di insegnanti si sono opposte o si oppongono ancora all'introduzione della scuola secondaria unificata; anche in Svezia gran parte dei professori di liceo erano decisamente contrari. Ma i riformisti potevano contare sui maestri elementari e sui loro sindacati e inoltre, già dagli anni '20, erano stati introdotti nuovi metodi pedagogici importati dall'America. I maestri elementari vedevano nell'unificazione un modo per eliminare la disuguaglianza di prestigio e di stipendio con i professori di ginnasio-liceo, forniti di una preparazione universitaria. I maestri erano una delle colonne del TCO, il forte sindacato dei "colletti bianchi" che appoggiava la politica socialdemocratica. Invece i professori di ginnasio-liceo, inseriti nel sindacato dei professionisti (SACO), non ebbero altrettanto potere nel ritardare la riforma, sia perché si erano da poco organizzati, sia perché furono sottoposti ad una massiccia propaganda a favore della nuova politica. Così nel 1962 fu approvata la legge che sancì l'unificazione della scuola secondaria. È interessante rilevare che i partiti dell'opposizione non si batterono molto contro questa legge che veniva invocata per favorire l'uguaglianza sociale e il progresso economico.

I processi decisionali nel campo dell'istruzione furono ancor più centralizzati presso il Ministero dell'Istruzione dove gli avversari delle innovazioni vennero lentamente allontanati.

Nel 1969 fu introdotta una ulteriore riforma che introduceva una istruzione differenziata nelle ultime due classi. Molti insegnanti si lamentarono delle riforme troppo brusche e i genitori di una diminuzione della disciplina. Successivamente, nel 1976, furono ridotti i salari dei professori delle scuole secondarie, per avvicinarli a quelli delle elementari. Questo portò ad un loro sciopero, che però non trovò molto appoggio nell'opinione pubblica.

Man mano, però, ci si rese conto che la riforma della scuola secondaria non aveva portato i grandi risultati quanto ad aumento delle opportunità dei lavoratori in fatto di istruzione, e che il divario culturale tra le generazioni si era ampliato. Questo portò al programma espresso nel 1969 al Congresso del Partito socialdemocratico, attraverso il quale si voleva realizzare una politica di maggiore uguaglianza tra i sessi ed i ceti sociali in tre settori: scuola materna, scuola di base ed educazione per gli adulti. Già alla scuola materna doveva realizzarsi l'obiettivo di integrare i bambini in una comune cultura, dando alle madri la possibilità di lavorare. La scuola di base doveva essere riformata, per consentire ai giovani di entrare nel mondo del lavoro fin da quel livello (o almeno, di facilitarne la conoscenza e creare con esso una familiarità), ed impartire un'istruzione ispirata ai valori di uguaglianza. L'educazione per gli adulti doveva aprire a tutti la possibilità di acquisire una maggiore cultura o qualificazione professionale, per poterla usare come promozione nel mondo del lavoro.

Scuole materne

Dobbiamo rilevare che la scuola materna e gli asili nido sono stati e rimangono ancora uno degli obiettivi prioritari nella politica sociale. I sindacati affermano che l'attuale Ministro dell'Istruzione sarebbe più favorevole ad aumentare i sussidi per le madri e diminuire il ritmo di espansione di quel settore. Tuttavia ciò non è molto probabile, anche se il dibattito è in corso. Attualmente esistono asili nido aperti dalle 6,30 alle 18,30, dal lunedì al venerdì, per bambini dai 6 mesi ai 6 anni, mentre scuole materne con capacità più limitate svolgono la loro attività tre ore la mattina e tre ore il pomeriggio. Inoltre vi sono madri, stipendiate dalle amministrazioni comunali, che si occupano di un certo numero di bambini del vicinato. Sono stati creati centri sperimentali, che dovrebbero rappresentare un punto di incontro sia per i genitori che per i bambini, aperti durante la settimana, di solito gestiti da maestri affiancati da assistenti sociali. I posti negli asili nido e presso le famiglie sono 120.000, ma ne sono previsti altri 100.000 entro il 1980; così pure i centri ricreativi dopo-scuola, che hanno attualmente 28.000 posti disponibili, saranno aumentati per riceverne 75.000. Una legge da poco entrata in vigore assicura ai bambini almeno un anno di asilo pre-scolastico ed impone ai Comuni di informare i genitori sulle possibilità esi-

stenti negli asili, di verificare la situazione dei bambini e di collaborare con i genitori nell'educazione.
Uno degli obiettivi pedagogici di queste istituzioni, oltre a far sviluppare la personalità dei bambini, è quello di insegnare loro a cooperare con gli altri, promuovendo un certo spirito di solidarietà. Anche questo è indicativo delle opzioni di valore della società svedese.
Molti dei bambini negli asili nido vengono da famiglie con un solo genitore, di solito con redditi bassi; per ogni giorno in questi asili si paga, in relazione al reddito, da una a 30 corone. Molti genitori vorrebbero che gli asili funzionassero giorno e notte. C'è da dire che la preparazione del personale è ancora piuttosto bassa; il numero di bambini per maestro è ancora tra i sei e i nove.

Scuola di base

La scuola di base va dai sette ai sedici anni.

Le riforme che hanno modificato questa istituzione negli ultimi anni sono numerose. In primo luogo vi è il tentativo di non fare dell'educazione qualcosa di intellettualistico e di staccato dall'ambiente di vita in cui i bambini si trovano fuori della scuola, preparandoli alla realtà del mondo del lavoro in cui dovranno entrare. Inoltre nelle scuole i vecchi criteri meritocratici di giudizio, come voti e graduatorie sono stati aboliti e si cerca di formare gruppi di lavoro intorno a determinati progetti culturali. Coloro che non tengono il passo con gli altri sono sostenuti in modo speciale dagli insegnanti.

Si cerca soprattutto di integrare tutti gli allievi, provenienti da differenti ambienti sociali e culturali e responsabilizzarli facendoli partecipare a vari comitati consultivi, a partire dal 7° anno di scuola in poi.

Ci si propose, inoltre, di collaborare con i genitori e di coinvolgerli nei problemi della scuola e nelle decisioni che riguardano alcuni programmi.

Molti professori, sono rimasti sconcertati dalla riforma, ma il clima ora sta cambiando. Molta importanza viene data all'educazione civica, al fine di far sentire bambini e giovani parte di una stessa comunità e partecipi di diritti e doveri, ed educarli quindi alla democrazia.

Negli ultimi anni i programmi si sono diversificati ed è il merito, cioè i voti, a decidere chi va alle scuole secondarie e chi agli altri corsi. A questo punto l'AMS, cioè l'ente preposto al mercato del lavoro, valuta i bisogni dell'industria e propone gli orientamenti pedagogici in funzione

dell'offerta di lavoro. Un'ulteriore selezione si forma dopo l'insegnamento post-secondario.
Un'altra riforma che si è cercato di introdurre è quella relativa all'eguaglianza dei sessi. Attraverso l'istruzione e l'affidamento alle donne di mansioni e funzioni prima riservate all'altro sesso, si cerca di spezzare i ruoli predeterminati culturalmente. In ogni caso, la scuola impartisce a tutti indistintamente l'insegnamento di lavori manuali su legno, metalli e tessuti e pone le basi formative relative ai problemi della casa e dei bambini. Nel 1976 è stata approvata dal Parlamento una legge per l'istruzione degli immigrati, anche nella loro madre lingua.

Scuola secondaria superiore

Dopo la scuola di base abbiamo la scuola secondaria superiore, con 22 scelte; essa è stata seguita da 211.000 studenti nell'anno '77-'78, con una spesa di due miliardi di corone. Si ricorda come la scolarità sia totalmente gratuita fino alla fine del liceo, anche per quanto riguarda libri e pasti.

Istruzione superiore

L'istruzione superiore, rappresentata dalle Università e da altri istituti specializzati, è stata oggetto di una riforma che ha avuto inizio il 1° luglio 1977. Hanno accesso all'istruzione superiore tutti i giovani che hanno compiuto due anni di scuola secondaria superiore. Inoltre vi possono accedere anche coloro, di età superiore ai 25 anni, che abbiano lavorato almeno quattro anni e posseggano una conoscenza dell'inglese (tab. n. 13).
In Svezia vi sono 6 Università (Uppsala, Lünd, Stoccolma, Göteborg, Umea e Linkoping), nonché 4 "succursali" universitarie in altre città. Sono previste altre 11 sedi specializzate in corsi più brevi, orientati verso la vita professionale. In Svezia vige il sistema del "numero chiuso" in molte facoltà, e le iscrizioni si chiudono almeno sei mesi prima dell'inizio dei corsi, in modo che ogni università possa definire il proprio bilancio.
Il 25% degli studenti universitari è formato da adulti; i lavoratori che ritengono utile iniziare un corso universitario, o tecnicamente specia-

TAB. 13 – *Frequenza alla scuola secondaria e all'università*

Paese	Percentuale di 16 enni che vanno a scuola full time	Percentuale di un gruppo d'età con diploma di scuola second. superiore		Percentuale di un gruppo d'età che riceve una educazione di livello universitario		
	Inizio anni '60	1955-56	1965-66	1955-56	1965-66	1975-76 (a)
Stati Uniti	86,3%	62,3%	76,7%	18,7%	26,6%	31,5%
Regno Unito	25,7	4,8	9,2	3,5	5,1	N.C. (b)
Francia	50,0	7,4	13,2	4,1	8,8	16,8
Germania	26,5	4,1	6,7	2,8	5,0	11,4
Svezia	48,9	7,1	13,6	5,2	11,5	27,2
Olanda	53,8	5,3	7,4	2,7	4,5	7,3

(a) Proiezioni
(b) Non calcolabile

Fonte: Heidenheimer, Heclo, Teich Adams, *Comparative public policy*.

lizzante, ricevono un prestito dallo Stato che devono restituire a rate in un periodo di 20 anni, senza interessi, ma indicizzato al valore del denaro. Vi è inclusa un'assicurazione, così che il pagamento può essere rimandato in caso di difficoltà finanziarie, malattia o invalidità. La domanda per questa forma di istruzione universitaria sta aumentando, e la spesa che il Governo dovrà affrontare nei prossimi anni è assai elevata.

Inoltre, vi sono corsi di formazione professionale coordinati dalla Direzione del Mercato del Lavoro, che dispone di 50 centri e varie filiali. Esistono anche corsi per disoccupati totali o parziali di età superiore ai 20 anni, che durano dalle 8 alle 16 settimane, in materie che possono essere utili al reinserimento nel lavoro. Coloro che vi partecipano ricevono un'indennità giornaliera.

Le imprese organizzano poi, al proprio interno, corsi per i propri dipendenti; mentre altre scuole, organizzate dalle municipalità, tengono corsi per adulti al termine dei quali è previsto il rilascio di diplomi.

Molto particolari sono i "circoli di studio", cioè seminari liberi sui temi più vari, coordinati da animatori, e affiliati di solito ai sindacati o ad altre associazioni. Nel 1975-'76 vi hanno partecipato attivamente più di un milione di persone.

Si calcola che oggi il 40% della popolazione adulta partecipi a vari tipi di studio, scuole e luoghi di informazione, formazione e addestramento, ivi comprese le Università ed i circoli di studio.

La spesa pubblica per l'istruzione ha avuto un enorme sviluppo: nel 1950 si spendevano 340 corone a testa, ossia il 3% del PNL; nel 1960, 670 corone, ossia il 4,4%; nel 1965, 1.010 corone, ossia il 5,2%; nel 1970, 1.630 corone pari al 7,2%.

CONSIDERAZIONI FINALI

Volendo fare una sintesi, dopo questa rapida analisi del Welfare State in Svezia, vi troviamo alcune tendenze che più si avvicinano a quella serie di ipotesi di personalizzazione, flessibilità e deistituzionalizzazione dei servizi, presentati nello studio teorico condotto dal CENSIS relativo all'elaborazione di un nuovo modello di politica sociale. Peraltro, esaminando le tendenze della spesa sociale vediamo come gli anni seguenti alla crisi del '74 non abbiano registrato una battuta d'arresto, con tagli e inversioni di politiche, anche perché il partito socialdemocratico è

stato al potere fino al settembre '76. Tuttavia anche il nuovo governo svedese che ha sostituito i socialdemocratici, non ha invertito la rotta e bisogna vedere quali effetti porterà il periodo di maggior crisi economica che il paese sta ora attraversando. Questo non significa però che l'estensione quantitativa degli interventi sociali sia continuata senza grossi ripensamenti; anzi, come abbiamo visto, sintomi di crisi di alcuni istituti del Welfare e dei suoi obiettivi e dei metodi con cui era gestito sono stati progressivamente avvertiti durante la recente storia del paese e si è cercato di rispondere con innovazioni sociali e riformulazioni politiche. In realtà la crisi del '74-'75 non può essere indicata come un momento di separazione fra due epoche, anche se ha avuto effetti nella contrazione delle risorse. Né il Welfare State svedese può essere definito un "modello", dato che il concetto di modello implica qualcosa di statico a cui adeguare le altre realtà, mentre la politica sociale svedese è caratterizzata da un'enorme flessibilità e mobilità. Se ne possono indicare i tratti salienti in queste caratteristiche:

1) elevato livello di decentramento con notevole autonomia finanziaria per gli enti locali, e grande numero di persone che partecipano a comitati ed organi consultivi e di controllo, anche se non sempre muniti di effettivi poteri decisionali sulle "scelte di vita" della comunità. L'esigenza di una deistituzionalizzazione è meno sentita, data la relativa flessibilità della burocrazia ed il controllo che il cittadino può esercitare. I nuovi bisogni sono avvertiti dalle istituzioni, che cercano di apprestare nuovi canali e strumenti per la loro soddisfazione.

2) Ciò si verifica anche grazie al particolare processo decisionale politico sia a livello nazionale che locale: vale a dire che i problemi vengono esaminati a lungo da commissioni interdisciplinari di esperti e cittadini, di modo che, quando si arriva al voto in Parlamento o nel Comune, ogni aspetto della questione è stato esaminato e pubblicizzato. L'esecuzione delle leggi è quindi più rapida ed efficiente perché, anche se esse ledono certi interessi, il lungo gioco delle contrattazioni tra le varie forze politiche e sociali e l'esercizio della mediazione rendono le leggi stesse il più possibile di giovamento generale ed accettate. Così pure le innovazioni sociali che sono proposte, vengono quasi sempre sperimentate a livello locale o nazionale per un certo periodo di tempo, e quindi valutate, prima di essere introdotte definitivamente.

3) Questa relativa armonia è dovuta pure ad un consenso generalizzato su determinati valori di fondo, come l'uguaglianza e la solidarietà, che sono stati promossi durante i 44 anni di governo del partito socialdemocratico e che, indubbiamente, sono più o meno penetrati nella co-

scienza di tutti gli svedesi. L'omogeneità culturale, la maturità delle parti sociali – sindacati e associazioni imprenditoriali – prodotta anche dai vantaggi che esse traggono dal loro atteggiamento (pace sociale e sindacale come corrispettivo di alti salari e di una politica sociale generosa), la scarsa popolazione, la ricchezza delle risorse naturali, la estraneità alle ultime due guerre mondiali: sono tutti elementi che hanno reso possibile lo sviluppo non solo dell'economia, ma anche di una politica sociale avanzata.

4) La politica sociale si è così sviluppata anche perché, da quando i socialdemocratici sono arrivati al potere nel 1932, essa è stata il mezzo attraverso cui si è voluto trasformare la società svedese nel senso dei valori egualitaristici del movimento. L'economia è rimasta libera e capitalistica, ma la politica sociale è diventata monopolio dei socialisti che hanno cercato di realizzare una redistribuzione del reddito e delle opportunità attraverso i provvedimenti di politica sociale. Così abbiamo un'economia in mano privata per il 92%, con il 10% della popolazione che controlla il 39% della ricchezza (nel 1964) e alcune grandi famiglie, come i Wallemberg, che posseggono veri e propri imperi industriali; però la spesa pubblica rappresenta più del 50% del PNL e il carico fiscale è uno dei più alti del mondo. Si è tuttavia arrivati ad un punto di rottura in quanto il mondo dell'impresa, che deve finanziare questa politica sociale, non può più sopportare altri aumenti di oneri e tasse, per non parlare delle retribuzioni e dei contributi, e si trova ora in crisi per la concorrenza degli altri paesi. Dal canto loro i sindacati e la sinistra in generale lamentano la mancata realizzazione degli obiettivi egualitari e auspicano un maggior intervento dello Stato nell'economia, la partecipazione degli operai alla gestione delle imprese ed una politica salariale di solidarietà ossia di omogeneizzazione dei vari redditi di lavoro dipendente. In ogni caso c'è da osservare che il movimento sindacale svedese è quello che più degli altri ha saputo mantenere e rinforzare l'unione e l'adesione dei suoi membri (il 95% dei lavoratori è iscritto al sindacato).

5) Il grande sviluppo quantitativo del Welfare, insieme con le immagini spesso deformate dal luogo comune di uno Stato burocratico ed assistenziale che pianifica e sostiene la esistenza di tutti dalla culla alla bara, ma con l'effetto di una enorme solitudine ed alienazione ed un alto numero di suicidi, non devono fare dimenticare la qualità dei servizi sociali svedesi e le tendenze a salvaguardare una loro personalizzazione – problemi che hanno cominciato ad essere avvertiti negli anni '60, cioè prima che in altri paesi, e ai quali ora si cerca di dare valide risposte.

L'eccessiva omogeneità, il problema dei marginali, la solitudine e l'abbandono di certe categorie sociali sono problemi certamente importanti che però traggono origine, oltre che dall'urbanizzazione e dell'organizzazione industriale, anche da una certa cultura svedese, anteriore al Welfare State. Il costo economico di questo è stato ed è immenso e bisognerà trovare nuove soluzioni, anche se, come ha detto Myrdal, non si è trattato di un vero e proprio costo, ma di un "investimento" che ha portato ad una società più civile e più giusta.

FRANCIA

EVOLUZIONE STORICA

L'evoluzione storica ed ideologica della politica sociale in Francia, risponde a motivazioni che sono solo in parte comuni a quelle del resto d'Europa.
Caratteristiche dello sviluppo della politica sociale sono, da una parte, il rigido centralismo dello Stato e della sua amministrazione che, dalla Rivoluzione in poi, ha svolto una fondamentale azione normativa; dall'altra il sorgere spontaneo, già alla fine dell'Ottocento, di società di mutuo soccorso di operai agricoli e industriali (nel 1900 esistevano già 13.000 associazioni con due milioni e mezzo di iscritti) che lasceranno anche alle assicurazioni statali una netta impronta socio-professionale.

PREVIDENZA SOCIALE

Il sistema francese, sorto per l'impulso di Pierre Laroque, ha avuto un enorme sviluppo dopo la seconda guerra mondiale (tab. 14).
Una delle cause della crisi attraversata dal paese fra il 1919 ed il 1939 e culminata nella sconfitta del 1940, era stata individuata nella progressiva diminuzione della popolazione, in atto fin dall'inizio del secolo, e generatrice di un indebolimento del dinamismo economico e psicologico del paese. Così fu posto l'accento su una politica di "rianimazione demografica", da cui scaturì il regime degli assegni familiari, il cui importo globale ha superato di molto quello degli altri paesi europei e che è stato, fino a poco tempo fa, tra i più generosi del mondo. Da qui deriva anche uno sforzo per la protezione della salute e dell'integrità fisica dei lavoratori, fattori indispensabili al nuovo slancio produttivo. Furono così relativamente sacrificati gli anziani, ormai improduttivi, e i disoccupati, dei quali non ci si preoccupava molto in una fase di depressione economica.

TAB. 14 – *Evoluzione della spesa sociale in rapporto al G.N.P.*

Anni	Bilancio sociale e G.N.P. Vecchia presentazione	Nuova presentazione	Bilancio sociale % G.N.P.
1962	73.015	62.171	18,9
1966	115.965	98.589	20,6
1970	—	150.210	20,9
1973	—	227.563	22,5
1974	—	271.918	23,3

Fonte: Inspection générale des affaires sociales, *Rapport annuel 1976*.

Un'altra caratteristica è stata la preoccupazione per la democrazia sociale. Nelle "Ordinanze" del 1945 si voleva evitare di affidare la gestione della previdenza sociale alla burocrazia dello Stato ma, volendo rimanere nella tradizione mutualistica, si riconoscevano ampi spazi ai rappresentanti dei beneficiari. La difficoltà fu di combinare questa preoccupazione con quella della generalità e dell'unità dello schema, che si urtava contro i vari particolarismi sociali e professionali. Così, l'organizzazione previdenziale, se ha coperto categorie sempre più ampie e numerose fino a raggiungere ora la quasi generalità della popolazione, ha portato alla giusta posizione di strutture autonome proprie alle differenti categorie socio-professionali, impedendo la realizzazione di quella solidarietà che era stata l'obiettivo primario del piano del '45. L'art. 10 delle "Ordinanze" del 1945 istituiva infatti "una organizzazione di previdenza sociale destinata sia a garantire i lavoratori e le loro famiglie contro i rischi di ogni natura, suscettibili di ridurre o annullare la loro capacità di guadagno, sia a coprire le spese di maternità e di carichi di famiglia che essi devono sopportare ».
Al regime generale riguardante i lavoratori dipendenti furono così aggiunti gli studenti, nel 1948; i militari di carriera e gli scrittori non stipendiati nel 1949; quindi gli invalidi, le vedove e gli orfani di guerra nel 1954. Furono poi creati regimi autonomi per i non salariati ossia per le professioni industriali e commerciali, nel 1949 e nel 1972; per le professioni liberali nel 1949; per gli artigiani nel 1949 e nel 1972. La protezione sociale agricola, che aveva una sua autonomia, fu estesa

– nel 1949 e nel 1972 – anche ai non salariati, e quindi ai coltivatori diretti, nel 1952 e nel 1961. Inoltre un'assicurazione volontaria permette a varie categorie di persone, non coperte da assicurazione obbligatoria, di integrarsi volontariamente al regime generale.

Il salario minimo garantito

Nel 1950, dopo il blocco dei salari e dei prezzi nel periodo del dopoguerra, si ritornò ad un regime di libertà contrattuale. Il Governo volle però tutelare i lavoratori meno retribuiti. Fu così istituito lo SMIG (salario minimo interprofessionale garantito), che doveva assicurare un minimo vitale indicizzato ai prezzi. Tuttavia esso era inadeguato rispetto al maggior aumento dei salari e così, nel 1968, fu aumentato del 35% e quindi trasformato in SMIC (salario minimo di crescita) secondo il quale ogni aumento dei prezzi superiore al 2% portava ad un corrispondente aumento dello SMIC nel mese successivo.

Verso un sistema unificato

Nel 1956 è stato creato un "fondo di solidarietà" attraverso il quale versare alle persone anziane senza risorse un sussidio supplementare, che si aggiunge alla pensione in modo da arrivare ad un "minimo vecchiaia" garantito.
Altri provvedimenti particolari sono stati introdotti fino al 1974, anno in cui è uscita una legge che prevedeva per il 1° gennaio '78 un sistema unificato di protezione sociale tale da coprire tutti i francesi nei tre rami: assicurazione malattia e maternità, vecchiaia, assegni familiari. I regimi di base obbligatori sono stati progressivamente armonizzati sul piano sia delle prestazioni che dei contributi. Dal 1° gennaio 1975, per tenere conto delle ineguaglianze derivanti da squilibri demografici e di capacità contributiva, viene realizzato un meccanismo di compensazione tra i differenti regimi previdenziali. Una legge del 4 luglio 1975 prevede una serie di misure che costituiscono una prima fase in direzione di tale generalizzazione: l'assicurazione obbligatoria di vecchiaia viene estesa alle poche professioni che non ne beneficiano ancora. Il diritto agli assegni familiari non è più collegato all'esercizio di una attività lavorativa, ma soltanto alla situazione di

famiglia. Il beneficio delle prestazioni in natura delle assicurazioni malattia e maternità viene esteso ad altre 200.000 persone senza protezione sociale, tra cui i giovani in cerca di primo impiego e i loro familiari a carico, i giovani che compiono il servizio militare e i membri della loro famiglia. Nel regime obbligatorio viene eliminata la clausola della durata minima dell'iscrizione, prima richiesta per maturare il diritto alle prestazioni in natura, e quella della durata minima del periodo che l'assicurato doveva documentare per poter beneficiare delle prestazioni. Il prolungamento temporaneo dell'assicurazione per malattia e maternità, di cui beneficiava già per la durata di un anno il congiunto superstite o separato nel regime dei salariati, viene esteso a tutti i regimi obbligatori. Esso sussiste finché l'ultimo figlio a carico abbia raggiunto i tre anni. Infine, il beneficio delle prestazioni in natura nell'assicurazione malattia e maternità viene concesso a tutti i pensionati e a tutti i loro familiari a carico.

L'organizzazione amministrativa

L'organizzazione amministrativa della previdenza sociale è assai complessa. Esistono cioè:

1) un regime generale (riguardante 16 milioni di assicurati su 22) che si applica ai lavoratori dipendenti ed assimilati nell'industria e nel commercio;

2) regimi speciali ai quali sono collegati i dipendenti pubblici, delle imprese nazionalizzate, ecc.;

3) i regimi autonomi delle professioni indipendenti non agricole (circa 2 milioni);

4) il regime autonomo agricolo (meno di 2 milioni e 500.000 assicurati).

Il regime generale comprende:

1) una Cassa nazionale assegni familiari ed una rete di casse assegni locali.

2) Una Cassa nazionale assicurazione malattia, ed un sistema di casse regionali primarie.

3) Una Cassa nazionale assicurazione vecchiaia e una Cassa regionale a Strasburgo.

La gestione della tesoreria è affidata ad un organismo comune: l'Agenzia centrale degli organismi di sicurezza sociale, alla quale sono collegati degli organi autonomi, incaricati della raccolta dei contributi.
Il regime dei lavoratori non dipendenti e non agricoli è collegato al regime generale per gli assegni familiari e per l'assicurazione vecchiaia. Ma vi sono casse di compensazione autonome per ciascuno dei regimi autonomi. Per quanto riguarda la previdenza sanitaria, questa fa capo ad una Cassa nazionale interprofessionale (che controlla l'attività di 24 Casse mutue regionali comuni) ed alle Casse di ciascuna delle professioni. La politica sociale agricola è invece di competenza del Ministero dell'Agricoltura. La Mutualità Sociale Agricola gestisce attualmente in esclusiva le assicurazioni sociali per i contadini, ma i coltivatori diretti possono assicurarsi dove vogliono.
È interessante notare come in Europa la Francia presenti il maggior peso di contributi previdenziali a carico delle imprese (67,6%), mentre il peso a carico dello Stato è più debole (10,8% contro il 20,7% della Germania). Tuttavia i sindacati (CGT) mettono in evidenza che se l'onere dello stato è insufficiente, il costo totale della manodopera (retribuzioni dirette e indirette) non è più alto che negli altri paesi europei.

Gli assegni familiari

Essi si dividono in:

1) assegni che costituiscono un sussidio alla natalità;

2) assegni che hanno lo scopo di aiutare i genitori o coloro che ne fanno le veci;

3) gli assegni per scopi speciali.

Vi sono sussidi di natalità "prenatali", riconosciuti alle donne che denunciano la gravidanza, a condizione che si sottopongano ad esami medici durante questo periodo. I sussidi post-natali vengono riconosciuti ad ogni figlio vivente in Francia, fino a due anni compiuti.
Un'altra categoria di assegni familiari viene riconosciuta a tutti coloro che, anche senza esserne i genitori, mantengono bambini e ragazzi fino a 16 anni (o fino a 20 per motivi di studio).
Esiste un "assegno di salario unico" ed uno per la madre casalinga. Il primo era a favore dei nuclei familiari che disponevano di un solo reddito di lavoro, mentre l'assegno per la madre casalinga veniva

dato quando il bambino aveva superato i due anni, ed anche nel caso che il padre fosse impossibilitato a lavorare. Questi due assegni erano in fondo l'espressione di una politica familiare tendente a tenere la madre a casa. Nel 1972 veniva invece istituita un'indennità per la "sorveglianza", riconosciuta per ogni bambino sotto i tre anni a favore delle famiglie in cui tutti esercitassero un'attività. Tale assegno aveva l'obiettivo di dare alle madri una possibilità di scelta ma era collegato ai livelli di reddito e di entità così limitata da non raggiungere l'effetto che si proponeva. Ne è scaturito un dibattito che ha portato, nel luglio del 1977, alla unificazione di questi ultimi tre assegni in uno solo per tutte le donne: il "regime complementare", in vigore dal 1° gennaio 1978.

Vi è poi un assegno per gli orfani ed un assegno per l'inizio dell'anno scolastico, istituito nel '74 per aiutare genitori nel sostenere le spese per studio dei figli e legato ad un accertamento delle risorse. Una nuova indennità introdotta nel 1976 è riconosciuta al "genitore solo": essa presenta dei caratteri originali, in quanto garantisce ai beneficiari un minimo di risorse in caso di mancanza provvisoria dei redditi. Esso assume una veste di complementarietà al reddito da lavoro ed è la prestazione più vicina all'idea del "Negative Income Tax".

Anche gli handicappati ricevono assegni, così articolati:

1) assegni di educazione specializzata per minorenni minorati, che devono essere ricoverati in un istituto;

2) assegni (istituiti nel 1971) per i minori handicappati al di sotto dei 15 anni che restano a casa;

3) assegni (istituiti nel 1971) per gli handicappati adulti per i casi di infermità pari e superiore all'80%; tali assegni sono previsti fino al 75° anno di età, e condizionati ad un accertamento delle risorse.

L'"assegno per l'alloggio", a carattere familiare, viene invece concesso a 5 categorie di persone:

1) beneficiari di una prestazione familiare;

2) famiglie che hanno a carico anche un solo bambino;

3) capifamiglia senza figli, per la durata di 5 anni dopo i 40 anni;

4) persone aventi a carico un ascendente di età superiore a 65 anni;

5) famiglie aventi a carico un ascendente fino al terzo grado, colpito da infermità.

È in corso una riforma che dovrebbe tenere in maggior conto la scarsità di risorse di determinate categorie di persone, sostituendo ai sussidi predeterminati in blocco, come era secondo l'indirizzo precedente, un tipo di sussidi "ad personam", in modo di venire incontro ai casi più bisognosi di aiuto.
Esistono inoltre, a partire dal 1972, prestiti per il miglioramento delle condizioni di abitazione e per i giovani sposi. Vi sono poi altre prestazioni di carattere sociale, deliberate nel 1971 nel quadro di un'azione a favore delle categorie meno privilegiate: persone anziane, handicappati, giovani lavoratori con poche risorse.
Vediamo dunque come la tutela della famiglia è coperta in Francia da un sistema assai complesso e diversificato, con varie logiche sovrapponentesi. Anzitutto si tende sempre più ad eliminare la distinzione tra Assistenza Sociale e Previdenza Sociale. Mentre la prima era caratterizzata da prestazioni su base non contributiva e quindi di carattere assistenziale, la seconda consisteva in prestazioni collegate a contributi versati nel corso dell'attività lavorativa. Le leggi che hanno conferito alla previdenza sociale un ruolo assistenziale si sono realizzate soprattutto nel campo della vecchiaia, ma anche in quello degli assegni familiari.
Quindi la Previdenza Sociale riconosce parecchie prestazioni non legate a contributi, ma con criteri selettivi, ossia ne beneficiano persone con risorse insufficienti. Questa selettività, sviluppatasi soprattutto durante il governo Chaban-Delmas nel 1971-72, ha provocato vive reazioni sia da parte dei "quadri" che dei sindacati operai.
Essi sostengono che questa assistenza, in ogni caso insufficiente, serve a non operare quella radicale politica fiscale che sarebbe l'unico strumento atto a realizzare l'obiettivo di una redistribuzione dei redditi. La sinistra così si batte perché venga lasciato agli assegni familiari il ruolo di compensazione dell'onere familiare, a prescindere dai redditi, e siano invece aumentate le tasse a carico dei ceti più ricchi e privilegiati.
Se è indubbiamente in corso uno sforzo di semplificazione delle procedure e dei criteri di ammissione al godimento dei benefici, la piena comprensione dei vari schemi è ancora difficile per molti in Francia. Anche questo aspetto è stato messo in evidenza dal rapporto francese alla Conferenza di Portorico sull'Azione Sociale che ha avuto luogo nel 1976; ad esempio nel 1974, dopo 2 anni dall'introduzione dell'assegno per l'alloggio agli anziani, solo il 25% ne aveva usufruito. Così pure le formalità di controllo delle risorse per le indennità di famiglia, rese selettive, hanno prodotto effetti dissuasivi su molti beneficiari, che

dovevano rispondere a questionari complessi. Lo stesso avviene per gli assegni prenatali e post-natali, che prevedono esami medici in date prestabilite. C'è effettivamente un problema di mancanza di comunicazione tra una amministrazione complessa e i vari gruppi socio-culturali, soprattutto quelli più sfavoriti, che non sanno usare quelle procedure o non capiscono un certo linguaggio burocratico e sono spesso assai poco informati sui loro diritti. Si chiede quindi che, attraverso i mass media, vengano prese iniziative tendenti a dare un'informazione completa sui vari diritti concessi, utilizzando un linguaggio accessibile a tutti. La gestione della politica sociale deve diventare più flessibile, più disponibile nei confronti delle esigenze di tutti, più personalizzata.

Il reddito familiare garantito

L'innovazione più importante è quella del reddito familiare minimo garantito, in favore di tutte le famiglie che si trovano in condizioni di bisogno per cause indipendenti dalla loro volontà: disoccupazione, malattia, vecchiaia. A questo provvedimento parteciperebbero sia lo Stato che le strutture di previdenza sociale mentre alla distribuzione sarebbero addette le casse.
Secondo la Commissione per la "Vita Sociale", questa prestazione dovrebbe ammontare ad un importo pari a circa la metà dello SMIC per ciascun genitore, più un quarto per ciascun figlio a carico. Questa misura si differenzierebbe dalla "Negative Income Tax" in quanto le prestazioni di questa verrebbero corrisposte a tutte le persone al di sotto di un certo reddito, compresi i lavoratori occupati.
È stato introdotto un congedo di due anni a favore della madre che abbia avuto un bambino, al termine del quale essa viene reintegrata al suo posto di lavoro. Anche il padre può usufruire di questo congedo in sostituzione della madre. Questo istituto è previsto solo nelle imprese con più di 200 operai. Altri provvedimenti sono stati introdotti per migliorare la situazione delle madri di famiglia e delle vedove.

La previdenza sociale per gli anziani – Pensioni

Anch'essa è caratterizzata da una molteplicità di schemi a seconda dei vari gruppi sociali. Ogni cittadino francese, che abbia svolto o meno

un'attività professionale, ha diritto ad una prestazione. Abbiamo così tre regimi:

1) un regime di base, istituito dalla legge, concesso su base contributiva;

2) dei regimi complementari, creati da convenzioni collettive, che assicurano vantaggi supplementari (collegati al versamento di contributi) che si aggiungono al regime di base;

3) un regime di prestazioni non contributive, come copertura minima dell'insieme della popolazione.

L'età della pensione piena è di 55 anni per i lavoratori delle miniere, e dai 55 ai 60 negli impieghi pubblici.

L'età base è però di 65 anni. I diritti accessori per i figli esistono in certi casi, non in altri; i congiunti superstiti non hanno un vero e proprio diritto alla pensione e comunque, possono perderlo in caso di nuovo matrimonio. Il "minimo di vecchiaia", che si basa su condizioni di risorse differenti, è oggi confuso e non del tutto equo.

La pensione minima all'inizio del 1977 era di 4750 franchi all'anno. In certi casi, vengono riconosciute maggiorazioni: per esempio, se l'assicurato ha avuto tre figli; se ha un coniuge a carico e se ha almeno 65 anni, ma la pensione non può essere cumulata a quella cui abbia eventualmente diritto il coniuge per proprio conto; se la madre di famiglia ha avuto figli a carico per almeno 9 anni prima che compissero 16 anni; se l'assicurato è inabile al lavoro o handicappato. Nell'ambito delle prestazioni contributive vi è anche la pensione di vedova e quella di reversibilità.

Le pensioni non contributive sono previste invece nel quadro di un sistema di solidarietà. Le più importanti sono: l'assegno ai lavoratori anziani salariati e a quelli non salariati, alle madri di famiglia, l'assegno agricolo di vecchiaia, il sussidio vitalizio, l'assegno speciale di vecchiaia, l'assegno supplementare del fondo nazionale di solidarietà. Esse vengono accordate in base ad accertamento delle condizioni economiche. Tuttavia facendo un paragone internazionale con gli altri paesi europei, notiamo come le pensioni francesi non sono molto alte, mentre è notevole il grande sforzo francese nel campo degli assegni familiari (tab. 15).

Gli anziani

Nel campo dell'azione sociale per gli anziani abbiamo una grande disparità geografica e di regime: i finanziamenti sono molteplici e mal coordinati, cosa che porta a doppioni ed a lacune.

L'assistenza viene data da vari centri ed in vario modo.

Nel campo dei servizi a domicilio hanno un ruolo fondamentale i "Bureaux de l'Aide Sociale", presieduti dai sindaci dei vari comuni. Il loro ruolo a livello di assistenza sociale obbligatoria è sempre più ristretto, fatta salva la loro competenza per la trasmissione ai prefetti delle varie domande di ammissione ai diritti.

L'assistenza domiciliare ai malati, ai vecchi ed agli handicappati è svolta molto spesso, oltre che da assistenti sociali, da "benevoles", cioè volontari, di solito borghesi benestanti che però non sempre seguono una seria disciplina di lavoro. I centri ambulatoriali diurni, sorti per limitare le spese di ospedalizzazione, hanno avuto anch'essi uno sviluppo assai limitato e quasi sperimentale. I clubs per anziani, creati con fini di animazione sociale, sono per lo più mense dove viene offerto un pasto una volta la settimana ("gouter hebdomadaire"). L'assegno per la casa, che si proponeva di realizzare l'obiettivo prioritario del Piano di lasciare gli anziani a casa, era stato percepito nel '75 da poco più di 400.000 persone (moltissimi, cioè, non ne hanno beneficiato). Il sussidio per le vacanze, sviluppatosi ultimamente a cura degli Uffici Sociali, ha raggiunto soltanto il 20% degli anziani. Il numero di case ed ospizi per gli anziani è aumentato del 30% per quelli pubblici e del 33% per quelli privati. Tra i ricoverati troviamo un gran numero soprattutto di celibi, provenienti dai ceti più poveri (per l'85% dei casi) e di estrazione agricola. Il numero delle persone sopra i 65 anni che si trovano in queste case rappresenta il 4% degli anziani, mentre il 72% ha più di 75 anni. Le persone entrano in queste case per il 60% a causa di malattia, per l'11% per situazioni di solitudine o per la morte di qualcuno, e per il 10% a causa di difficoltà di coabitazione.

Recentemente, il provvedimento del marzo del '72 che garantiva una pensione pari al 70% della retribuzione è stato esteso a tutti i salariati ultrasessantenni rimasti privi di lavoro. Frutto di un accordo tra sindacati e governo del 13 giugno 1977, questa norma prevede una "garanzia di reddito" anche per i salariati che si dimettono spontaneamente; essa durerà fino al marzo del 1979 e si prevede che possano goderne il 20% dei lavoratori dipendenti.

TAB. 15 – *Spesa nelle varie categorie delle prestazioni sociali come percentuale della spesa totale in benefici sociali 1973.*

Categoria della prestazione	Francia	Germania	Italia	U. K.
Malattia	27,1	30,3	26,6	26,0
Vecchiaia, morte, sopravvissuti	40,5	45,3	35,4	48,8
Invalidità	3,4	7,1	13,8	3,9
Handicappati, fisici, mentali	1,2	—	2,7	4,7
Infortuni sul lavoro, malattie sul lavoro	4,5	4,4	2,9	1,3
Disoccupazione	1,9	0,8	1,8	3,5
Famiglia	20,0	9,2	9,2	9,0
Altre	1,4	2,3	7,6	2,3
Totali	100,–	100,–	100,–	100,–

Fonte: Ufficio statistico della CEE, *Conti economici 1970-73*, n. 3, 1975.

La disoccupazione

Nel 1946 la gestione dell'assistenza ai lavoratori disoccupati era stata attribuita alle direzioni dipartimentali del lavoro. I relativi benefici conservavano però un carattere assistenziale, non erano dati nelle località dove vi era un fondo di disoccupazione ed erano condizionati alla situazione economica complessiva degli interessati, col risultato che ne beneficiava meno del 30% dei disoccupati. Nel 1959 venne creato un fondo nazionale per la disoccupazione, con sezioni dipartimentali e fondi municipali. Tuttavia ancora nel 1960 solo il 25% otteneva le prestazioni. Nel 1959 un accordo tra sindacati e associazioni imprenditoriali istituiva un regime di sussidi ai lavoratori disoccupati nell'industria e nel commercio. Nel 1967 entrava in vigore una legge importante che, senza riconoscere il diritto a sussidi, garantiva un minimo di risorse a tutti quelli che non avevano un lavoro. Lo Stato prendeva a carico tutte le spese relative e veniva a cadere il vincolo della residenza. Successive leggi hanno migliorato ed integrato queste disposizioni.
Il sussidio di disoccupazione totale in Francia è caratterizzato dall'esi-

stenza di due regimi, che si sovrappongono ma non completamente: l'assistenza pubblica e il regime nazionale interprofessionale di assegni speciali ai lavoratori disoccupati (ASSEDIC), che differiscono sia nel campo di applicazione che per quanto riguarda le condizioni previste per la concessione dei diritti, l'entità degli assegni e la loro durata.
Garanzie particolari più favorevoli sono attribuite ai più anziani, ai lavoratori licenziati per ragioni economiche, a quelli già dipendenti da industrie soppresse o ristrutturate in base agli accordi della CECA. La disoccupazione parziale è invece indennizzata attraverso un assegno versato dallo Stato integrato da un'indennità contrattuale a carico della impresa. Sussidi vengono anche previsti per i lavoratori che devono trasferirsi per trovare un lavoro o mantenere una doppia abitazione.
La spesa per la disoccupazione è aumentata moltissimo negli ultimi anni fino a raggiungere 8 miliardi di franchi nel 1975. Dobbiamo ricordare il ruolo importante svolto dall'Agenzia Naz. per l'Occupazione, che copre tutto il territorio nazionale ed ha collocato nel 1974 oltre 930 mila lavoratori.

Infortuni sul lavoro

Una quota notevole della spesa sociale è assorbita dagli incidenti sul lavoro che, nel 1974 sono costati 12 miliardi di franchi alla sola sicurezza sociale.
La legislazione sull'assicurazione obbligatoria collettiva per questi infortuni fu introdotta nel 1947 e, nello stesso anno, fu decisa una normativa di prevenzione, il cui costo ammontava, nel 1974, a 118,4 milioni di franchi. Il livello delle prestazioni è stato migliorato ed esteso, ma la legislazione è rimasta abbastanza stabile, anche se vi sono regimi speciali per i salariati agricoli, i minatori e altre categorie socio-professionali.
La principale causa degli incidenti sul lavoro assai numerosi, è l'alcoolismo, seguito dal cattivo adattamento dell'operaio al lavoro.
Tra le nuove disposizioni è interessante notare l'obbligo per le imprese con più di 300 operai di presentare, alla fine di ogni anno, un bilancio sociale che ricapitoli i principali dati numerici in modo da verificare la situazione dell'impresa in campo sociale e sanitario e le nuove realizzazioni. L'introduzione di questo bilancio sarà progressivo nel tempo, in quanto per ora riguarda le imprese più grandi, ma diventerà norma generale per tutte le imprese solo nel 1982.

SANITÀ

Dal 1975 qualsiasi malato o infortunato può ottenere la copertura finanziaria delle cure necessarie. I lavoratori dipendenti dell'industria e del commercio e altre categorie, come studenti, vittime di guerra, anziani, sono iscritti al regime generale. I lavoratori indipendenti sono coperti da un regime di assicurazioni non salariali; mentre salariati agricoli e coltivatori diretti dipendono da un regime autonomo. Le persone che non esercitano attività professionale possono beneficiare dal '77 di uno di questi regimi, attraverso l'assicurazione volontaria.
Le prestazioni hanno vari obiettivi e si propongono di coprire maternità, malattia, invalidità, morte ed infortuni sul lavoro.

La maternità

L'assicurazione maternità prende a carico le donne che stanno per avere o hanno avuto un bambino. Essa assicura il rimborso totale delle spese mediche, farmaceutiche ed ospedaliere relative alla gravidanza ed al parto, nonché il rimborso delle spese di trasporto. La donna lavoratrice dipendente che sia direttamente assicurata, in caso di maternità percepisce prestazioni in denaro, pari al 90% della propria retribuzione base, per 14 settimane, sei prima del parto ed otto dopo, durante le quali è esentata dal lavoro. Queste prestazioni si aggiungono agli assegni familiari per la maternità.

Il sistema medico

Il sistema medico francese è organizzato secondo i principi della medicina "liberale". Ossia, ognuno può scegliere il medico di sua fiducia, o il farmacista, e cambiare a suo gradimento; può scegliere anche l'ospedale o il laboratorio che preferisce, purché sia convenzionato. Il malato paga direttamente il medico, salvo nel caso di infortunio sul lavoro. L'onorario è a discrezione del medico, il quale però deve consegnare al cliente un "modulo di cura", in cui vengono specificati il tipo di assistenza prestata e l'ammontare dell'onorario percepito. Le ricette vengono date liberamente ma sono rimborsate solo nel caso che figurino in una lista stabilita dal Ministero della Sanità, che include 10.300 medicinali su circa 13.400 esistenti sul mercato.

L'assicurazione malattia consente all'assicurato ed alla sua famiglia (figli fino a 16 anni), di affrontare le spese mediche e farmaceutiche cui deve andare incontro. Lo stesso vale per gli altri familiari a carico, anche ascendenti.

La spesa sanitaria

La parte dedicata alla sanità, che rappresentava nel 1968 il 22,92% delle spese sociali della nazione, ha raggiunto nel 1975 il 28,40%; insieme alla parte "invalidità e vecchiaia" essa rappresenta il tasso di aumento più forte delle varie spese. Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione – e quindi delle maggiori spese – si è accentuato dopo il 1962; prima di questa data, nell'ambito delle casse previdenza sociale, il surplus delle sezioni "famiglia" e "vecchiaia" veniva assegnato a quella della "sanità". Le spese sanitarie sono state di 82 milioni di F. nel 1974. La tab. 11 ci dà un'idea dell'alto quoziente di spese sanitarie pro-capite che caratterizza la Francia rispetto ad altri paesi europei ed indica le varie proporzioni rispetto al PNL. Nel 1975 le spese sanitarie erano aumentate del 28% (contro un aumento dei prezzi dell'11,8%) e nel '76 del 19,6%.
I fattori che hanno portato a questa crescita sono svariati. Essi possono essere divisi in tre gruppi: frutto di un preciso orientamento governativo; fattori inevitabili e necessari; fattori subiti. Tra i fattori voluti possiamo porre la generalizzazione progressiva dell'assicurazione malattia e maternità, lo sviluppo del sistema di convenzioni, l'istituzione di numerosi stabilimenti di cura, l'armonizzazione delle prestazioni nei differenti regimi, l'aumento dei tassi d'indennità giornaliera per l'assicurazione malattia, la politica di umanizzazione degli ospedali.
Tra i fattori inevitabili vi sono l'aumento della popolazione e del tasso di invecchiamento, nonché lo sviluppo di situazioni ambientali che aumentano la necessità di cure (malattie tipo cancro, stress; incidenti di automobile). Concorrono anche elementi economici, come l'aumento dei lavoratori dipendenti e, fra questi, una maggiore presenza femminile.
Tra i fattori subiti, che però possono spiegare solo un terzo dell'aumento dal 1972 al 1974, vi è l'aumento della domanda di interventi terapeutici e diagnostici, nonché l'aumento del personale addetto e degli strumenti tecnici utilizzati. Il "ticket moderatore" non ha avuto un forte effetto dissuasivo in quanto si è sviluppata una tendenza a garantirsi per mezzo di assicurazioni private, contro le spese sanitarie non coperte da

mutua. (Piò o meno il 10% della popolazione è assicurata privatamente).
Il principio del pagamento diretto ed immediato da parte del paziente, con successivo rimborso delle spese da parte della previdenza sociale, spinge i medici a moltiplicare il numero dei propri interventi e rende difficile il controllo da parte degli organi previdenziali. Questi, all'atto dei rimborsi, non hanno alcun mezzo per controllare la spesa. In questi ultimi anni vi è stato un notevole aumento della ricettività ospedaliera (più del 20% dal '62 al '74), con mezzi tecnici sempre più perfezionati e costosi. L'ospedalizzazione quindi diventa più intensiva, nel senso che i malati usufruiscono di analisi e cure più specializzate. Le spese ospedaliere sono aumentate anche a causa del personale – che rappresenta circa il 60% di tali spese – sia per il suo forte incremento quantitativo provocato dalla preoccupazione di "umanizzare" l'ospedale, sia per gli aumenti salariali intervenuti.
Inoltre, le lunghe ospedalizzazioni per vecchi, bambini, handicappati e malati psichiatrici, contribuiscono notevolmente all'aumento delle spese e dimostrano l'insufficienza delle politiche settoriali e preventive.
Occorre notare come, fra il 1962 ed il 1974, rispetto al settore ospedaliero pubblico, il numero di posti letto del settore privato ha avuto un incremento pari al 200%, ma il costo di una giornata di degenza ha subìto un aumento inferiore, grazie ad un tasso di utilizzazione più costante. Questo non sembra essere dovuto ad una "fuga verso il privato" alla ricerca di una migliore qualità di assistenza, dato che gli ospedali pubblici hanno migliori attrezzature, anche se il trattamento "alberghiero" è peggiore. Un settore dove l'ospedale privato assorbe molti più pazienti è quello della maternità, a causa della minore preparazione dell'ospedale pubblico.
La domanda di prestazioni mediche è aumentata anche per ragioni socio-culturali, dovute alla urbanizzazione e all'industrializzazione. Ossia c'è una minore resistenza alla sofferenza ed una maggiore attenzione ai costi di questa, il che quindi porta ad un aumento del consumo sanitario. Nelle categorie sociali di recente urbanizzazione è pure rilevante l'effetto imitazione verso le categorie dei "colletti bianchi", grandi consumatori sanitari. Alcuni sostengono che gran parte delle disfunzioni della società, che prima erano regolate dalla famiglia, dal prete, ecc., vengono ora affidate al medico. Per iniziativa del servizio ispettivo della Sanità, nel 1974 è stata compiuta un'inchiesta sul consumo sanitario annuo per famiglia su un campione di 10.805 famiglie, sparse in varie regioni. I risultati sono stati assai indicativi: a) le famiglie numerose consumano molto meno delle persone sole ed anziane, che assorbono

1.314 F. a testa contro una media di 555 F. (spesso a causa di lunghe ospedalizzazioni); b) il livello di reddito non ha grande rilevanza nella quantità di consumo medico, anche se le famiglie dei salariati a reddito più basso consumano di più. Esso ha invece rilevanza nel tipo di consumo: in particolare, a redditi maggiori corrisponde un consumo maggiore di onorari e medicine, ma minore in termini di ospedalizzazioni e assenteismo; fra i redditi inferiori si verifica invece il contrario, vediamo così le spese ospedaliere passare da una media di 251 franchi a testa per i redditi più bassi a 63 franchi pro-capite per i redditi più alti.
Indubbiamente la questione di fondo sta nel cercare di eliminare le cause dei mali, e nel miglioramento dell'ambiente di lavoro e di vita in generale, con misure preventive e profilattiche.
Non si ha molta fiducia nelle iniziative di educazione sanitaria e di responsabilizzazione, anche se vengono realizzate; si ha invece notizia di alcune iniziative interessanti promosse da gruppi spontanei di "gauchistes" che organizzano riunioni per informare e prevenire gli sviluppi delle varie malattie. Anche gruppi di femministe organizzano riunioni attraverso le quali le donne imparano a conoscere il proprio corpo e a controllarlo. Scopi analoghi si propongono gli incontri fra genitori di alunni delle scuole elementari, per quanto riguarda la salute dei loro figli.
Se quindi lo Stato vuole realizzare un controllo delle spese sanitarie, una priorità è indubbiamente la razionalizzazione del sistema esistente, come è indicato dal VII Piano. Il punto più importante è l'ospedale. I bisogni quantitativi in questo settore appaiono quasi soddisfatti: si tratta ora di pianificare il sistema.
Per quanto riguarda le spese farmaceutiche si pensa di incrementare la informazione sui vari prodotti e più specificatamente si vuole ottenere che le autorizzazioni ad immettere sul mercato i farmaci, siano sottoposte al parere di un organo formato di esperti indipendenti dai laboratori. La Commissione di rimborso dovrebbe includere i rappresentanti della Previdenza Sociale, ed essere dotata di poteri di contrattazione con gli industriali. Si dovrebbe operare una riforma del regime dei prezzi sia operando controlli sui costi di produzione dei farmaci, sia graduando i prezzi stessi in relazione alle effettive capacità terapeutiche dei farmaci. Si pensa anche di spezzare il monopolio della distribuzione da parte dei farmacisti.
Nel "Programma comune" la sinistra francese aveva presentato un progetto di nazionalizzazione delle industrie farmaceutiche, e proponeva un controllo sulla pubblicità dei farmaci da parte di un ufficio che avesse anche compiti di ricerca. Nel programma era inoltre prevista l'istitu-

zione di centri sanitari cui facessero capo medici generici e specialisti. In particolare, secondo il PCF le esorbitanti spese sanitarie sono il risultato delle speculazioni dei vari monopoli capitalistici, che traggono vasti profitti da questa industria della salute.
Un altro punto importante per realizzare una maggiore economicità del sistema dovrebbe essere il controllo sugli onorari medici e sulle visite, il che, fino ad un certo punto, è osteggiato dai medici in nome del principio della medicina "liberale". (Tuttavia i medici privati sono diminuiti dal 68% al 37% negli ultimi 20 anni).
Si vuole inoltre favorire l'autodisciplina attraverso il sistema dei "profili medici". Questi vengono effettuati da commissioni sociosanitarie di ogni dipartimento, per definire un "profilo" dei medici di ogni categoria e in ogni zona. Se il "profilo medico" di un professionista è molto superiore a quello medio, si può arrivare ad escluderlo dalle convenzioni.
Un'altra misura su cui ci si sta indirizzando nel quadro di una politica responsabilizzatrice, è quella di riesaminare le condizioni in cui la previdenza sociale è tenuta da intervenire in caso di incidenti automobilistici. Per quanto riguarda gli esperimenti di controllo popolare o autogestione nei centri sanitari e negli ospedali, questi sono limitati a qualche caso isolato. La sinistra ha avanzato progetti di maggiore partecipazione democratica in campo sanitario, che però vedono sempre lo Stato nel ruolo di finanziatore.

ISTRUZIONE

In Francia il settore dell'istruzione è uno dei più controversi in quanto, in un certo senso, in esso è più marcato il carattere tradizionalmente centralizzatore e piramidale dell'amministrazione francese, anche se certe cose stanno cambiando.
Dal giugno del 1974 il Ministero dell'Educazione controlla l'istruzione pre-scolare, primaria e secondaria. L'istruzione universitaria è gestita invece, in maniera indipendente, dal Segretario di Stato alle Università. Il Ministro è coadiuvato da Ispettori, tecnici specializzati che visitano le scuole e le altre istituzioni e guidano il personale insegnante. A livello regionale costoro sono coadiuvati da Ispettori regionali. Vi sono poi otto direttorati che sovrintendono alle scuole primarie, ai licei ed insegnanti nei licei, amministrazione in generale, personale amministrativo, costruzioni e strumenti, finanza.

La Francia è divisa in "Academies", che coprono vari dipartimenti e sono sotto la responsabilità di un Rettore nominato dal Ministro. Al Rettore spetta la supervisione e il coordinamento dei vari settori della istruzione, ma in ogni dipartimento essi sono rappresentati da un Ispettore d'Accademia, il quale amministra i servizi educativi e controlla i vari Ispettori distrettuali. A questi sono collegati i Consigli dell'educazione – formati da professori, esperti e rappresentanti di associazioni – che discutono sui problemi dell'insegnamento, fungono da organi giurisdizionali di 2° grado nelle controversie ed hanno funzioni consultive nella formazione dei programmi. Vi è quindi un Consiglio Superiore dell'Educazione Nazionale (sotto la responsabilità del Ministro), un Consiglio di Accademia (sotto l'autorità del Rettore) e un Consiglio dipartimentale (dipendente dal Prefetto).
Recentemente sono state introdotte alcune riforme per quanto riguarda la democrazia nelle scuole. Abbiamo così il Consiglio d'Amministrazione, sotto l'egida dell'Ispettorato d'Accademia, nel quale rappresentanti eletti da genitori, studenti ed insegnanti discutono le varie questioni riguardanti la scuola. Vi è poi una piccola commissione permanente, che serve da comitato disciplinare. Un altro organismo è il Consiglio di classe, formato da professori e da due rappresentanti eletti rispettivamente da genitori e studenti della classe in questione, che si occupa dei problemi di classe. Ogni scuola ha un Consiglio di Insegnamento, del quale fanno parte gli insegnanti della scuola.
Tra le novità vi è che il Consiglio d'Amministrazione della Scuola può organizzare un "Foyer" o circolo, gestito dagli studenti, dove essi possono promuovere iniziative culturali. Inoltre il 10% dell'orario scolastico può essere utilizzato a discrezione per progetti educativi e culturali.
Un altro aspetto molto importante, che si è sviluppato soprattutto dopo il 1971, è la "guida alle professioni". Sono stati creati centri di informazione a livello nazionale, locale e nelle scuole. Tuttavia la parte più importante viene assolta dalle riunioni annuali a cui partecipano gli insegnanti, un medico, uno psicologo, rappresentanti dei genitori e un consigliere professionale: queste riunioni hanno lo scopo di valutare le attitudini degli studenti dopo avere ascoltato i genitori, e si concludono col consigliare a ciascun giovane un indirizzo verso una determinata attività.

Scuola pre-elementare e primaria

Ma esaminiamo le differenti scuole: quella pre-elementare, che ingloba scuole materne e giardini d'infanzia, è facoltativa ed è aperta ai bambini dai due ai sei anni. Viene gestita dallo Stato, che paga pure gli insegnanti. Un numero notevole di bambini – circa il 15% del totale del gruppo di età – utilizzano istituzioni private, ma non si può parlare di "fuga verso il privato". Tuttavia, nel "Programma comune" la sinistra ha proposto la costruzione di molte altre scuole materne e di rendere totalmente pubblico questo livello di istruzione.
La riforma Haby, entrata in vigore nel 1977, anticipa l'inizio della scolarità a cinque anni. I bambini entrano quindi nella scuola primaria che dura per cinque anni. Alcune scuole organizzano lezioni in zone di montagna o al mare. Dalla scuola primaria a quella secondaria non vi sono esami; né è prevista la ripetizione di una classe, ma vi sono insegnamenti di sostegno per gli scolari in difficoltà nonché corsi di recupero e di approfondimento per determinate materie.

Scuola secondaria

La scuola secondaria (collège) è composta di due anni comuni, e due in cui le materie addizionali vengono scelte dagli studenti. La scelta è tra la continuazione degli studi "accademici" (con latino, greco o scienze); oppure una formazione a carattere più professionale, che prevede stages nelle industrie per consentire agli studenti un contatto con il mondo del lavoro. In ogni caso la riforma ha stabilito, per tutta la scuola secondaria, due o tre ore settimanali di istruzione manuale e tecnica. Infine la riforma prevede anche programmi di animazione culturale nelle scuole e più sport.
Dopo il primo ciclo dell'educazione secondaria si aprono varie alternative. Una è il "Licée d'Enseignement Général et Technologique" (LEGT), della durata di tre anni, che porta al "baccalaureato" o ad un diploma tecnico. Un'altra è il "Licée d'Enseignement Proféssionnel" (LEP), di due anni, i cui corsi comportano una qualificazione professionale.
Una parte delle sinistre è favorevole a nazionalizzare le scuole, ma vi sono ancora discussioni nell'ambito sia del PSF che del PCF. Tuttavia in questi ultimi anni non si è notato il fenomeno di "fuga verso il privato", da parte delle classi sociali superiori che comincia ad avvertirsi in Italia.

Un altro istituto interessante è la scuola speciale per i ragazzi handicappati fisicamente o mentalmente, che hanno cioè quozienti intellettuali molto bassi, gravi handicaps fisici, o caratteri difficili. Fino ai 14 anni vi sono classi speciali, poi i ragazzi con attitudini ad una formazione professionale possono essere mandati ad una scuola nazionale di perfezionamento, oppure alle scuole secondarie.
Il sistema educativo, secondo quanto afferma un rapporto del Ministero dell'Educazione, ha tre obiettivi fondamentali: la trasmissione delle conoscenze, la risposta ai bisogni dell'economia, la riduzione delle ineguaglianze di opportunità.
Il raggiungimento di quest'ultimo obiettivo viene non solo negato, soprattutto dalla sinistra, ma si arriva addirittura a contestare che vi sia una reale volontà di perseguirlo. La tabella n. 16 mette in evidenza come vi siano ancora differenze notevoli in relazione all'estrazione sociale, nonostante l'aumento generale della scolarizzazione.
Uno studio dell'OCSE ci indica come in Francia siano molti gli studenti che escono dal sistema educativo senza averlo completato: ben il 50% nel 1971. La metà di questi studenti si è poi inserita in corsi supplementari di formazione professionale, ma gli altri si sono dispersi senza alcuna preparazione e diploma specifico. I giovani che sono entrati direttamente nel mercato del lavoro, inoltre, hanno avuto notevoli difficoltà di adattamento. L'OCSE ha raccomandato che a questi giovani siano date altre possibilità per lo studio e la qualificazione, durante la loro vita attiva.
Nel luglio del 1971 è stata approvata una legge sulla formazione permanente che garantisce al lavoratore un periodo di assenza dal lavoro, massimo un anno, per frequentare corsi di formazione. I corsi sono pagati dallo Stato e dai datori di lavoro; la retribuzione viene totalmente garantita quando il corso è stato organizzato dal datore di lavoro o è quest'ultimo ad inviare il lavoratore ad un corso esterno. Quando il lavoratore partecipa ad un corso riconosciuto da una commissione per la occupazione, egli percepisce la paga totale per le prime 4 settimane; quando invece partecipa ad un corso di massa di riqualificazione ha diritto alla retribuzione piena. Le imprese possono ottenere un rimborso dallo Stato o altri aiuti diretti. Tuttavia i lavoratori possono utilizzare questo tipo di agevolazione unicamente se rientrano in determinate categorie fissate dalla legge, oppure quando i loro programmi di studio/formazione sono stati formalmente approvati.
Nel 1975 è stata istituita una commissione per studiare i problemi che la formazione presenterà in futuro. Questa commissione ha pubblicato un rapporto, *L'Avenir de la formation*, che raccomanda una formazio-

TAB. 16 – *Ministero dell'Educazione – Indicatori sociali, 1975*
Tasso di scolarizzazione dei giovani dai 15 ai 19 anni secondo la categoria socio-professionale del capo famiglia.

	Maschi	Femmine	Totale
Imprenditori agricoli	61,6	74,5	67,8
Operai agricoli	54,9	67,1	60,9
Industriali e commercianti	65,3	78,9	71,8
Professioni liberali, quadri superiori	94,9	89,0	91,8
Quadri intermedi	86,9	89,1	88,0
Impiegati	68,5	73,5	70,9
Operai	60,5	65,3	62,8
Personale di servizio	63,8	66,4	65,4
Altre categorie	73,6	77,6	75,6
Senza professione	58,7	69,4	63,9

Fonte: Enquête sur l'emploi 1972, INSEE.

ne di base, attraverso una scuola più breve, ad indirizzo polivalente, che sia in grado di fornire effettivamente le conoscenze tecniche legate al mondo della produzione, anche attraverso corsi sandwich. Nel rapporto si sottolinea l'enorme numero di giovani francesi che abbandonano la scuola primaria, secondaria ed universitaria, con spreco di risorse e ripercussioni sociali e psicologiche. Viene proposto di prolungare, e retribuire in misura più cospicua, i periodi di aspettativa dedicati alla formazione.
Viene inoltre proposta l'istituzione di corsi di formazione professionale durante il periodo del servizio militare nonché la creazione di un programma televisivo, riservato unicamente alla formazione, con programmi speciali e corsi integrativi pratici. Infine, il rapporto espone alcuni progetti di formazione per il tempo di non lavoro, con metodi di animazione culturale e giochi, condotti da personale non particolarmente istituzionalizzato e qualificato, attraverso contratti dello Stato con le municipalità ed associazioni locali e private.

L'istruzione superiore

L'istruzione superiore è regolata dalla legge del 12 novembre 1968, che si pone tre obiettivi: trasmissione delle conoscenze, avanzamento della ricerca e promozione dell'educazione dell'uomo "in modo da dargli un maggior controllo sul suo destino" – concetto, quest'ultimo – abbastanza nuovo per quei tempi. Questa legge usciva all'indomani degli avvenimenti del maggio '68 e rappresentò il tentativo messo in atto da De Gaulle di riformare quelle parti delle istituzioni contro le quali gli studenti si erano ribellati, in modo di andare incontro alle loro esigenze.
Nel giugno del '74 fu creato il Segretariato di Stato alle Università, come ente autonomo, che sovrintende alle 75 Università con 780 Unità di Insegnamento e Ricerca (UER), nonché le famose "Grandes Ecoles", gli Istituti Universitari per la Tecnologia e i centri di ricerca.
Le Università lavorano ufficialmente in base a tre principi: autonomia, partecipazione e multidisciplinarietà.
Gli studi universitari sono organizzati su tre livelli propedeutici l'uno all'altro. Nel 1976 sono stati creati gli Istituti Universitari Tecnologici, che ora sono 65 e svolgono corsi di durata biennale. Il sistema universitario era frequentato, nell'anno 1975-'76, da 825 mila studenti.

Le "Grandes Ecoles"

A parte queste strutture, esistono le "Grandes Ecoles", centri di educazione superiore, finanziati in parte dallo Stato, in parte da privati. Espressione di una struttura e di un orientamento elitario e meritocratico, esse forniscono i quadri dirigenti del paese.
Queste scuole, cui si accede con concorsi severissimi, impartiscono insegnamenti in molti campi della cultura e della tecnologia.
Ci sembra interessante una riflessione di M. Crozier, il quale afferma che se un sistema di selezione delle élites ci deve essere, la soluzione francese sta diventando sempre più inadeguata. I vantaggi del metodo francese consistono nel permettere un accesso rapido di elementi giovani alle più alte funzioni, dopo un controllo severo sulle qualità intellettuali ed una formazione intensiva, facilitando la comunicazione tra persone in posizioni di elevata responsabilità nei vari settori, che si troveranno ad aver frequentato le stesse scuole. Ma gli svantaggi sono molti: la possibilità di accedere al potere data a un gruppo dive-

nuto privilegiato, costituisce un monopolio che viene trasmesso alle nuove leve di diplomati dalle medesime scuole (in generale di estrazione sociale media-superiore), l'omogeneità di formazione e di selezione tra quelli usciti da queste scuole accentua la sfiducia per gli outsiders e crea barriere non funzionali al coordinamento del personale. Inoltre le "Grandes Ecoles" sono in simbiosi con un ben determinato sistema sociale e burocratico francese, molto accentrato e pesante. Ora, se è vero che tale sistema non si sarebbe potuto reggere se, al proprio vertice, non avesse avuto uno strato di dirigenti di primo piano, costoro, tuttavia, hanno difficoltà sempre maggiori nel controllo di tale apparato, anche perché i rapporti tra quelli che dirigono e quelli che eseguono sono rari e difficili. I quadri inferiori hanno poco accesso a quelli superiori e partecipano altrettanto poco alla elaborazione degli obiettivi dell'organizzazione, col risultato che la "routine" diviene un loro modo di adattamento. Inoltre le élites sono spesso in competizione tra di loro. Quindi, se prima le "Grandes Ecoles" sfornavano individui con una preparazione ad altissimo livello, che avevano un ruolo importante nell'innovazione sociale, ora questa esige non soltanto degli individui creativi, ma anche un vasto terreno di scambio e cooperazione aperta a molta più gente. Il sistema è cioè diventato troppo rigido, gerarchico, con una serie di compartimenti stagni di alta qualità, ma isolati fra loro: tutto ciò rende quindi difficile l'andare incontro ai mutevoli bisogni di una società di massa, in quanto mancano gli "inputs" ascendenti dal basso. Inoltre queste scuole attirano il meglio dei professori e delle strutture, lasciando all'Università regolare un ruolo subordinato che consente una scarsa selezione ed apre sbocchi limitati nel mondo dirigenziale. Crozier propone, in conclusione, di inserire queste scuole nel sistema universitario ed operare una selezione su scala più vasta.
Dobbiamo dire, tuttavia, che il Governo sta cercando di andare incontro alle aspirazioni dei ceti meno privilegiati di accedere alle Grandes Ecoles: delle 113.500 borse di studio date nel 1975-'76 per l'istruzione superiore, 15.300 sono state assegnate a giovani che frequentavano corsi di preparazione alle Grandes Ecoles ed istituti tecnici superiori.

Bilancio e costi

Le spese per l'istruzione sono aumentate regolarmente negli ultimi 25 anni. Nel 1976 il bilancio del settore rappresentava 72.548 milioni di

franchi, vale a dire il 23,7% del bilancio dello Stato (contro l'8% del 1950).

Di questa somma: 8.665 milioni di franchi (2,8% del bilancio) riguardavano l'istruzione superiore; 54.571 milioni (17,8%) sono andati al Ministero dell'educazione (scuole primarie e secondarie); 9.312 (3,1%) sono stati destinati ad altre forme di istruzione, compresa la formazione permanente e la formazione degli insegnanti.

Il bilancio preventivo per il 1978 (1) non era del tutto comparabile in quanto non teneva conto dei crediti concessi alle scuole private. Tuttavia l'aumento rispetto all'anno precedente era del 14,55%, contro un aumento dell'I1,9% del bilancio dello Stato. Le grandi linee di orientamento prevedono un aumento della spesa per il personale con la creazione di 7.400 nuovi posti; compensato da una notevole riduzione delle spese di costruzione e di manutenzione degli edifici e delle aree.

CONSIDERAZIONI FINALI

Le direttive principali dello sviluppo della politica sociale sono state poste dal VII Piano Quinquennale di Sviluppo del 1975, cioè uno tra gli elementi propulsori della politica economica e sociale in Francia, preparato da vari gruppi di esperti e tecnici. Questo piano, strutturato in due fasi, era caratterizzato nella prima parte da una grande importanza data all'obiettivo di ridurre le ineguaglianze sociali, soprattutto sulla base dello studio eseguito dalla Commissione Méraud. Le misure indicate prevedevano:

– una diminuzione dei divari tra i redditi delle varie categorie socio-professionali;

– all'interno di ciascun gruppo, una riforma della politica fiscale, con la riduzione delle imposte indirette e l'aumento di quelle dirette progressive;

– un maggior controllo sulle frodi fiscali;

– una riforma dei trasferimenti sociali che, per il 30%, sono rappresentati dai consumi delle famiglie;

(1) L'ultimo dato ufficiale sull'argomento al momento della stesura del nostro studio.

– un'azione sulla formazione dei redditi, rivalutando il lavoro manuale;

– un'azione per espandere i servizi collettivi, cercando di farli fruire in misura sempre maggiore dalle classi privilegiate, riformando le tariffe, assicurandone una migliore qualità e dando particolare importanza alla prevenzione ed alla sperimentazione;

– una maggiore ripartizione delle responsabilità amministrative, riformando il sistema gerarchico e centralistico francese, attraverso la delega agli enti locali di un maggior potere finanziario e di pianificazione;

– un programma per dare ai cittadini maggiori possibilità di intervenire sulla loro vita e sul loro lavoro, ampliando il ruolo delle associazioni, dando maggiori informazioni, poteri decisionali e consultivi agli utenti dei servizi sociali, allargando i poteri delle associazioni dei consumatori e quelli decisionali dei lavoratori nelle imprese.

Un obiettivo complessivo tendente a realizzare una migliore qualità di vita, senza ritardare la crescita economica. Questi ambiziosi progetti della prima fase sono stati poi analizzati e discussi sul piano tecnico in varie commissioni: Educazione e Formazione, Sanità e Assicurazione Malattie, Vita Sociale, quest'ultima a sua volta divisa in quattro Comitati (Lavoro, Consumi, Redditi e Trasferimenti, Ambiente e Territorio). Contemporaneamente, tecnici specializzati dei Ministeri analizzavano le priorità da soddisfare.

Si deve tuttavia osservare che alla stesura del Piano hanno partecipato poche persone estranee all'Amministrazione e non vi è stato dibattito pubblico. Secondo molti critici, il Commissariato del Piano, anche se svolge una funzione di stimolo, non può naturalmente proporre dei cambiamenti radicali. Inoltre gli interventi programmati a così lunga scadenza, al momento della loro realizzazione, non troveranno più la stessa situazione di quando erano stati proposti. Non è bene programmare troppo a lungo termine, in quanto gli interventi sociali, quando vengono realizzati, sembrano già acquisiti; d'altra parte, se vengono annunciati con molto anticipo, possono provocare allarmi che, a loro volta, saranno ingiustificati, se poi non vengono applicati, o pericolosi, se si vuole realmente decidere qualche cosa. (Si spiega così il fatto che i Sindacati si sono rifiutati di inserire nel loro programma un progetto per la riduzione della durata del lavoro). Vi è inoltre il problema che i vari Ministeri, pur prendendo in considerazione il Piano quando devono fare avanzare le loro strategie e aumentare i loro bilanci, di solito poi non accettano interventi sul loro operato da parte del Com-

missariato. Il Ministero delle finanze, dal canto suo, appare come estraneo alla pianificazione, in quanto le misure del piano non sono state tradotte in cifre. Molte volte i programmi prioritari non sono realizzati e, in fondo, il raggiungimento degli obiettivi del Piano dipende soprattutto dalla congiuntura.

L. Nizard parla del Piano come di una "mistica senza contenuto", e afferma che solo la politica quotidiana, frutto degli scontri e degli accordi tra le varie forze politiche e sociali, ci consente di vedere man mano gli obiettivi e gli strumenti per raggiungerli, anche se in maniera meno globale e meno trasparente.

Se queste sono le critiche alla programmazione ed ai relativi processi decisionali, è indubbio come questa presa di coscienza quinquennale delle esigenze prioritarie da soddisfare, riveste una certa funzione stimolante e propulsiva, data la qualità degli amministratori francesi.

In particolare, considerando gli obiettivi programmatici del piano non è difficile rilevare alcuni punti di convergenza con quelle che erano state le conclusioni dello studio teorico condotto dal CENSIS per conto della Fondazione Agnelli.

L'orientamento complessivo non è tanto quello di comprimere la spesa sociale quanto piuttosto di cambiare la qualità dell'intervento di politica sociale ed i meccanismi di funzionalità con le altre parti della vita sociale, i valori di riferimento delle proposte operative.

La tendenza ad inserire criteri egualitaristici e garantisti all'interno del mercato del lavoro viene ad esempio confermata dalla volontà di pervenire ad una diminuzione degli scarti tra i redditi sia all'interno dello stesso gruppo socio-professionale, attraverso una riforma della politica fiscale e conseguente aumento delle imposte dirette progressive, sia tra le diverse categorie.

Anche l'obiettivo di una rivalutazione del lavoro manuale rientra in questa stessa ottica.

Si ha cioè l'impressione che si tenda ad intervenire maggiormente e con criteri egualitari sui meccanismi di formazione del reddito individuale, piuttosto che ad agire "ex post" con prestazioni riequilibratrici di politica sociale sia in termini di indennità economiche che in termini di predisposizione di servizi.

Anche per quanto riguarda la predisposizione dei servizi collettivi, l'accento è posto sulla prevenzione e la sperimentazione, implicando quindi una revisione della qualità stessa del servizio, mentre il principio di finalizzare alle classi meno privilegiate la fruibilità dei servizi stessi, sembra introdurre criteri di differenziazione tra classi d'utenza,

che si allontanano quindi dalla tradizionale impostazione universalistica.
Infine, il piano francese sembra cogliere nella rigidità del centralismo amministrativo uno dei limiti determinanti ai fini dell'efficacia dell'intervento, sottolineando la necessità di una maggior delega agli enti locali del potere finanziario e di pianificazione.
Ciò impone, quindi, un dimensionamento della struttura amministrativa per renderla quanto più possibile vicina all'utenza; esigenza questa che viene ripresa con forza nel punto successivo che pone l'accento sulla necessità di dare maggiore importanza al momento partecipativo, attraverso una maggiore responsabilizzazione delle associazioni degli utenti.
Si tratta quindi di una linea di tendenza che sposta i meccanismi egualitari nella sfera del lavoro, là dove si forma il reddito individuale e familiare, mentre contemporaneamente cerca di restituire flessibilità e differenziazioni per quanto riguarda i contenuti della politica sociale al livello della formazione e della soddisfazione dei bisogni sociali.
Ma prendiamo in esame, alla luce di queste considerazioni, quanto è stato realizzato fino ad oggi del VII Piano.
Vi è all'opera un centro studi sugli stipendi (CERC), che sta cercando di sondare e conoscere le varie differenze di reddito.
Sono state aumentate le imposte sui redditi per i contribuenti più ricchi, mentre le imposte indirette (TVA) sui medicinali sono state diminuite dal 20% al 7%. Sono stati fatti alcuni sforzi per armonizzare i vari regimi e generalizzarli, ma sembrano ancora insufficienti. Il ticket per i farmaci è stato cambiato, razionalizzandolo in funzione delle medicine più necessarie o superflue. La riforma Haby, dal canto suo, ha introdotto molti elementi in campo educativo, come l'educazione manuale e tecnica, secondo gli orientamenti del Piano.
Altre misure, come abbiamo visto, sono state prese in relazione alle diagnosi ed ai suggerimenti dell'Ispettorato per la Sanità e gli Affari Sociali.
Tuttavia, tutta una serie di sintomi fanno pensare che, col tempo, la Francia dovrà andare sempre di più verso una delega dei poteri agli enti locali ed alle associazioni, più vicini ai problemi della comunità; il Welfare in Francia è in crisi, anche perché le risposte alle crescenti domande "sociali" vengono date in un modo che, da una parte è troppo settorializzato, dall'altra è troppo centralizzato. D'altro canto anche lo Stato, nel suo ambito, indubbiamente dovrà sempre di più armonizzare ed omogeneizzare i trattamenti, finanziandosi con una manovra fiscale più decisa e rigorosa.

Questi sono i due nodi, apparentemente contraddittori, della politica sociale francese la cui crisi non trae origine nella difficile congiuntura economica, ma da questa è stata accentuata soprattutto per l'incremento della disoccupazione e per il costante calo della popolazione attiva sul totale, scesa del 41,2% nel '62 all'attuale 39,6%.

Sembra importante, inoltre, non confondere la molteplicità dei regimi e delle norme (che derivano da storici interessi corporativi di gruppi socio-professionali e che in ogni caso occorrerà omogeneizzare per razionalizzare il sistema, evitare sprechi e andare incontro all'idea di solidarietà), con l'idea di una progressiva deistituzionalizzazione dei poteri e delle iniziative di uno Stato troppo accentratore, per rispondere in maniera più adeguata ai bisogni delle comunità locali e far partecipare gli interessati alle decisioni, lasciando spazio alla creatività in campo sociale.

Tuttavia dobbiamo notare come l'unificazione dei vari regimi su quello dei lavoratori dipendenti, e senza diminuzione della protezione, è un obiettivo che viene perseguito dai Sindacati francesi, mentre la Confindustria (CNPF), e la CFTC e il MSA vi sono contrari e preferiscono un regime di base (con prestazioni uniformi, non legate ai contributi, finanziate in parte con le tasse), mantenendo in vita i vari regimi complementari, propri ad ogni categoria.

In una prospettiva riformistica il punto nodale sembra quello di trovare un equilibrio fra azione regolatrice dallo Stato ed espressione di iniziative spontanee. Ciò pone, naturalmente, il problema della legittimità a legalità di tali iniziative e quello di evitare che si creino casi separati e sacche di emarginazione.

D'altra parte, un potere che gestisce e controlla l'innovazione sociale (come vedremo nella proposta di una Agenzia nazionale) attraverso un sistema di finanziamenti finirebbe per accogliere solo le proposte che possono essere assimilate e rigetterebbe quelle contrarie all'ideologia di fondo dei partiti politici al potere.

Il problema indubbiamente è meglio risolto in Svezia, dove (come in Francia) l'innovazione è continuamente introdotta dallo Stato, ma il processo politico è caratterizzato da una grande flessibilità ed apertura al nuovo ed alla sperimentazione ed il decentramento è assai più accentuato; ma questo è possibile anche grazie all'elevata omogeneità culturale ed ideologica esistente in Svezia.

In Francia, il ruolo dell'innovazione sociale è prerogativa dello Stato e, più precisamente, localizzato a Parigi e nella sua élite politica ed intellettuale, in forza di una tradizione storica che risale all'"Ancien

Régime" fin da Luigi XIV, rafforzata dai Giacobini, da Napoleone e dagli altri regimi che si sono succeduti.
Il cambiamento sociale è visto come qualcosa che si realizza in modo uniforme ed omogeneo, attraverso lo strumento della legislazione. Molti intellettuali francesi che hanno recentemente scritto intorno a questi problemi, da Crozier (La Société Bloquée) a Rosanvallon (L'Age de l'autogestion), propongono di "destatizzare" la società, dare nuova vita alle associazioni e coinvolgere un numero sempre maggiore di persone nel processo decisionale ai livelli locali e di base, promuovendo il diritto alla sperimentazione.
Nella preparazione del VII Piano si era addirittura avanzata l'idea di una "Agenzia per l'innovazione sociale", con funzione di stimolo e valutazione di nuove applicazioni, idea che poi è stata abbandonata.
Indubbiamente se, nonostante tutto, in alcune regioni, imprese, quartieri, nascono molte iniziative per risolvere i problemi spontaneamente, il problema del finanziamento e della regolarizzazione finirà col condidizionare questi esperimenti e occorrerà trovare una soluzione se si vorrà che le cose vadano avanti. Tuttavia, come rilevano Fournier e Questiaux nel "Traité du Social", questo non è il solo problema: se effettivamente queste iniziative si moltiplicano e lo Stato si accinge a consultare, associare o addirittura delegare alle associazioni alcune sue funzioni, vi è il problema del controllo sul come queste funzioni vengono assolte. Il controllo burocratico e pianificatore dello Stato, anche se limitato, ha ritmi temporali di esecuzione assai diversi dalle iniziative degli utenti, non strutturate e quindi spesso flessibili rispetto a bisogni rapidamente mutevoli; ora, se si crea un'associazione strutturata, questa può finire col perdere il contatto diretto con i bisogni che vuole esprimere. Se quindi nella Francia post-'68 la partecipazione è diventata un mito, vediamo che questa partecipazione è in fondo riservata a dei privilegiati.
Tra questi gruppi privilegiati vi sono, ad esempio, i "Groupes d'Action Municipale", che si prefiggono di rappresentare i cittadini nelle comunità di base, nei quartieri e servizi collettivi, e insistono per partecipare alle decisioni municipali e per il diritto all'iniziativa. Questi gruppi, nati per soddisfare nuovi bisogni della vita di relazione sono diventati movimenti politici. Un rapporto sulla loro composizione sociale ha messo in evidenza che la maggioranza di essi era costituita da elementi di estrazione borghese, colti ed informati, di solito uomini, padri di famiglia, cattolici.
Se i problemi sono gravi, la strada francese in questa direzione è molto lunga, tuttavia, la necessità di imboccarla è sempre più avvertita. È il

sintomo, come ha rilevato lo studio del CENSIS, di nuovi bisogni relazionali con i quali occorre fare i conti: indubbiamente si tratta di un'esigenza sentita per ora solo dalla punta di un iceberg, rappresentata dalla borghesia colta ed informata o da studenti ed operai militanti. Tuttavia, senza andare nell'utopia, questa sensibilità comune a fasce di diversa estrazione sociale, potrebbe essere l'occasione per sperimentare se i servizi sociali possono essere gestiti in maniera più efficiente e personale, riunendo intorno ad essi persone di varia estrazione socio-culturale e rendendole partecipi delle decisioni da prendere.

CONCLUSIONI GENERALI

Se gli obiettivi principali della ricerca in questi paesi sono stati:

– l'esame dell'evoluzione della spesa sociale dopo l'inizio della crisi economica ed il suo impatto sulle politiche rispettive;

– la verifica di una tendenza ad una maggiore personalizzazione dei consumi sociali e ad una deistituzionalizzazione nella gestione del Welfare;

sembra che le risposte che sono emerse da questo rapporto siano abbastanza chiare. Sia in Gran Bretagna che in Francia, che in Svezia, la crisi economica, con la riduzione delle risorse, ha provocato un processo di revisione della gestione e di razionamento della spesa sociale. "The Big-Brother", lo Stato, come lo chiama Friedman sulla scia di Orwell, ha avuto una torta più piccola da distribuire e le priorità della ripresa produttiva hanno preso il sopravvento sulle motivazioni egualitaristiche ed umanitarie di questo apparato. Questa torta deve pur essere fornita da qualcuno: tasse sui redditi, contributi dei datori di lavoro e degli operai, tasse sui consumi. Se le imprese non tirano, se i lavoratori sono disoccupati, se si consuma di meno è chiaro che le risorse per la torta diminuiscono.
D'altra parte però il '74-'75 ha rappresentato sì un momento cruciale (anche se per la Svezia è avvenuto più tardi) che ha posto la radicale esigenza di razionalizzare, di tagliare o di trovare nuove soluzioni, ma la inadeguatezza e la inerente logica espansionistica nei servizi sociali erano ormai tali che il problema era già presente anteriormente e la congiuntura economica non ha rappresentato che l'occasione perché emergesse in maniera più importante e più urgente.
Abbiamo visto, infatti, come in tutti e tre i paesi analisi critiche e commenti alla poco razionale ed efficace gestione del Welfare erano venuti fuori già da tempo ed addirittura alcune tra le più importanti riforme erano state già varate in periodi precedenti. È chiaro allora che la crisi ha portato presto le classi politiche a ricercare, attraverso il taglio

dei servizi sociali, il modo immediato per risanare il bilancio dissestato (specie in Gran Bretagna), e ciò nonostante che sempre maggiormente le finalità del Welfare siano andate a coincidere con un ruolo "istitutional" (come assicurazione di diritti fondamentali della dignità umana), piuttosto che "residual" (come tamponamento a disfunzioni del mercato e della famiglia).
Anche per quanto riguarda l'interesse per le innovazioni e le proposte di maggiore personalizzazione delle risposte ai bisogni, esso non è emerso, nei tre paesi, solo dopo il '68, con lo scoppio della idea partecipazionistica, e neanche dopo il '74, come strumento di riprivatizzazione e di riduzione dei sempre maggiori costi del "carrozzone statale".
Le idee di partecipazione e di ripersonalizzazione nei consumi sociali sono emerse violente, ad esempio nel caso francese, in uno stato particolarmente rigido e gerarchizzato, dove il sistema è stato poco adattivo e flessibile all'innovazione, poco sensibile agli "input" provenienti dal basso.
La Svezia, al contrario, per la sua omogeneità ed integrazione politica e culturale è rappresentativa di un sistema flessibile, dove le nuove esigenze vengono captate, discusse e sperimentate e quindi applicate. Che sia cooptazione o no, il sistema, assorbendo tutto e provandolo, cerca continuamente di trasformare in "output" normativo la domanda sociale e culturale.
La Gran Bretagna, infine, con l'alternarsi di due partiti al Governo ha risentito probabilmente troppo di un oscillamento di politiche.
Ne deriva allora che la tensione verso una partecipazione e personalizzazione nei servizi sociali è probabilmente inversamente proporzionale alla capacità del sistema politico amministrativo *di essere flessibile ed adattivo,* quindi capace di rinnovarsi nelle sue parti e di poter sperimentare continuamente nuove soluzioni ai nuovi bisogni, restando tutto sommato abbastanza autonomo dalla variabile di spesa, e intervenendo invece sempre e comunque a livello di estensione e razionalizzazione di queste linee di tendenza.
La verifica più importante del carattere autonomo della crisi delle motivazioni socio-culturali che sottostanno all'intervento di Welfare viene proprio dalla Svezia, il paese toccato più tardi ed in maniera meno grave dalla crisi economica.
In questo paese il processo di revisione delle rigidità burocratiche e delle dinamiche di funzionalità insite nel modello del Welfare State si avvia già agli inizi degli anni sessanta e la parte più rilevante degli interventi che ne conseguono sembra rispondere a logiche indipendenti dalla variabile della spesa e trovare piuttosto nelle caratteristiche

di flessibilità e decentramento delle strutture di intervento, nella matrice culturale impregnata dei valori della solidaretà e della cooperazione, nella capacità di innescare un dibattito allargato e sensibile ai contributi di tutte le forze sociali su di un terreno solitamente subalterno o tecnicistico come questo della politica sociale, le motivazioni di fondo più reali.
Ma la relativa autonomia da problemi di spesa appare del resto in maniera abbastanza manifesta anche negli altri paesi attraverso una considerazione sommaria di alcuni tra quelli che possiamo definire i principali assi portanti dell'evoluzione delle politiche di Welfare verso nuovi modelli istituzionali di intervento.

Questi assi portanti sembrano infatti essere:

a) *nel campo della sanità*:

– la spinta verso una riappropriazione del controllo sulla salute del proprio corpo attraverso la diffusione della medicina scolastica, della medicina di quartiere, delle conoscenze relative a tecniche di prevenzione e di auto-soddisfazione dei bisogni sanitari più elementari;

– il moltiplicarsi di centri sanitari integrati che hanno come riferimento l'intervento globale sul quartiere e che agiscono da promotori di interventi preventivi e da filtro per ridurre ai casi di estrema necessità e natura specialistica la soluzione del ricovero ospedaliero;

– il recupero della figura del medico-familiare – è il caso dell'Inghilterra – attraverso una interessante e produttiva sintesi tra natura pubblica e privata dell'intervento sociale;

– il concentrarsi delle motivazioni che orientano gruppi sociali giovanili ed esperienze-pilota o innovative (esperti e gruppi di intellettuali, ma anche fasce di ceto medio) in aree di intervento sanitario parzialmente o del tutto alternative alle forme tradizionali.

b) *nel campo della sicurezza sociale*:

– l'ormai consolidata tendenza alla deistituzionalizzazione sia nel caso delle persone anziane che a favore dei minori disadattati e handicappati;

– la spinta alla ricostituzione dei legami primari di una comunità articolata, in particolare nelle ricorrenti sperimentazioni di integrazione degli anziani in centri sociali gestiti dalle giovani generazioni o di assistenza diretta alle fasce marginali ed agli stessi anziani promossa da associazioni giovanili;

– l'utilizzo di energie della collettività nel lavoro sociale attraverso forme di semi-volontariato o di retribuzione di prestazioni lavorative i cui contenuti di professionalità e specializzazione sono secondari rispetto alla capacità o disponibilità al rapporto interpersonale (si pensi ai "samaritani" in Svezia che accudiscono ai propri parenti anziani dietro retribuzione, alle madri che sono stipendiate per occuparsi dei bambini del vicinato);

– l'estendersi di modelli di flessibilità del rapporto di lavoro (il cosiddetto "lavoro alla carta" con il part-time in continuo aumento soprattutto nel lavoro sociale, con opportunità di lavoro parziale per gli anziani che vanno in pensione, con i corsi di formazione-lavoro, con una scelta più scaglionata e più ampia dei tempi di vacanza, un allargamento dei periodi di congedo per la maternità e l'introduzione del principio di alternanza tra uomo e donna.

c) *nel campo dell'educazione*:

– la tendenza della scuola ad aprirsi al quartiere e proporsi come centro di socializzazione intragenerazionale (ad esempio i centri sperimentali in Svezia come sede di incontro nei rapporti difficili tra figli e genitori);

– alcune esperienze pilota – come quella della Red House in Inghilterra – di autogestione da parte di associazioni volontarie delle strutture scolastiche di emanazione pubblica;

– la partecipazione sempre più intensa della popolazione adulta a programmi di studio, con le "open university" in Inghilterra, i circoli di studio per adulti in Svezia, con due milioni di iscritti nell'anno '75-'76, e, sempre in Svezia, il 25% degli iscritti alle università rappresentato da adulti;

– accanto all'estensione della partecipazione della popolazione adulta ad iniziative di studio, è importante sottolineare però che si verifica un aumento del numero di giovani che non completano la scuola (in Francia 50% di drop-out); fenomeno al quale si cerca di ovviare con programmi di recupero agli studi dei giovani durante l'attività professionale;

– lo sforzo sempre maggiore di agire sui meccanismi di selezione scolastica attraverso l'unificazione della scuola secondaria in Svezia ed in Inghilterra, la proposta di integrare in Francia le "Grandes Ecoles" nelle università, il tentativo di arginare ovunque la formazione di gruppi ristretti e la riproduzione delle élites; l'introduzione, infine, di attività manuali nella scuola.

A fianco di questi assi portanti, che sembrano premere all'interno di ogni singolo settore per una rinegoziazione dei modelli istituzionali e dei relativi ruoli di gestione, di utenza e di controllo, si sviluppano altre linee di tendenza che sembrano tagliare verticalmente i settori della politica sociale con ripercussioni sul significato globale dell'intervento di Welfare, sulle sue finalizzazioni e sui meccanismi di funzionalità con le altre parti del sistema sociale.
Intanto è interessante notare come dalla benché sommaria analisi storica svolta nei tre paesi emergano con sufficiente chiarezza alcuni di questi legami di funzionalità della politica sociale con le altre parti del sistema sociale.

È questo, infatti, il caso:

– delle pressanti ragioni di guerra che agiscono in maniera determinante sullo sviluppo dell'intervento sociale, come è stato evidenziato da Titmuss;

– della finalizzazione della politica sociale a carenze di ordine demografico, come si verifica tuttora in Francia;

– di una funzionalità moralistico-assistenziale dell'intervento a favore degli emarginati, per cui le prime misure di Welfare vengono fortemente frenate dal timore di togliere spazio alla generosità dei ricchi verso i poveri o di togliere responsabilità ai cittadini nei riguardi della loro eventuale situazione di povertà (si ricordino in proposito le resistenze in Svezia contro l'introduzione della pensione vecchiaia, percepita come elemento di deresponsabilizzazione);

– dell'integrazione armonica, infine, dell'ampliamento delle aree di Welfare e dei modelli burocratici di procedura in un sistema sociale che punta all'espansione produttiva fondata sulla divisione del lavoro e la cui evoluzione ottimale esige puntelli di alimentazione di consumo e di ricomposizione delle situazioni di marginalità che sussistono ai lati del mercato del lavoro. Questa integrazione armonica sembra ricoprire in maniera abbastanza evidente l'insieme dei tre paesi considerati, anche se si esprime in forme che ricalcano la specificità dei rispettivi sistemi socio-culturali (la spinta all'universalizzazione in Inghilterra, la solidarietà e la cooperazione in Svezia, il corporativismo e la frammentazione del tessuto sociale in Francia).

Esistono, allora, ed in caso affermativo, quali sono i nuovi legami di funzionalità della politica sociale con le altre parti del sistema?
Come abbiamo già detto, si tratta solo di alcune linee di tendenza e non

sembra per il momento si possa andare al di là del campo delle ipotesi più o meno plausibili.
Accanto agli assi di progressione orizzontali, che abbiamo cercato di individuare all'interno dei singoli settori, si affermano dunque altri assi di progressione in senso verticale che vanno ad intrecciarsi in ognuno dei settori di intervento della politica sociale.

Si tratta, per quanto riguarda in particolare le procedure:

– dell'esigenza ormai generalizzata e riconosciuta di ricercare forme di collegamento tra le diverse aree di Welfare per contrapporre ad una prassi ed alle forme istituzionali settorializzate (una settorializzazione accentuata ed ormai consolidata non solo tra le grandi divisioni del Welfare, ma all'interno stesso di ogni singola divisione) un approccio di natura globale, con conseguente impegno di comunicazione e di omogeneizzazione tra le diverse specializzazioni;

– della pressione alla partecipazione degli utenti nelle istituzioni di Welfare, partecipazione che può assumere diverse forme: dalla consultazione e controllo alla gestione autonoma o collegiale (si pensi al *Community Health Council* in Inghilterra, ai 40.000 eletti nelle municipalità in Svezia, alla partecipazione dei genitori alla gestione delle scuole, degli utenti nei comitati di quartiere, nei centri sanitari e sociali, sino alle esperienze-pilota di scuole – la Red House – che si propongono come antenna del quartiere e delle associazioni volontarie giovanili che invadono le istituzioni pubbliche);

– dell'affermazione progressiva di modelli flessibili di prestazioni lavorative che, oltre a permettere una massiccia partecipazione femminile al lavoro sociale, aprono delle breccie significative in alcune tautologie che sembravano irreversibili quali: alta specializzazione = lavoro istituzionalizzato = burocratizzazione = concentrazione dei tempi e delle classi di lavoro;

– del recupero parallelo di una dimensione istituzionale elementare e decentrata e della natura primaria dell'intervento attraverso la ricerca del rapporto personalizzato da forte valenza umana;

Quanto alle aree di intervento, più in particolare, notiamo il costante allargamento delle competenze dell'intervento pubblico di Welfare che sembra spostarsi gradualmente dalle aree della sintomatologia dei bisogni a quelle della prevenzione dei bisogni stessi, come:

– la prevenzione, la medicina scolastica ed i centri sociali di quartiere nella sanità;

– l'attenuazione dei meccanismi secondari di selezione e le scuole come antenne di quartiere nel campo dell'educazione;

– la gradualità nell'interruzione dell'attività lavorativa al limite della pensione, la medicina del lavoro e lo stesso rifiuto delle prestazioni assicurative – in Francia – in caso di incidenti automobilistici, per quanto riguarda la sicurezza sociale.

Ma l'elemento più interessante, sempre in materia di allargamento delle aree dell'intervento pubblico, è indubbiamente rappresentato dalla graduale introduzione nel campo dell'attività professionale di meccanismi a sfondo egualitario che segnano una netta inversione di tendenza rispetto ad un modello di Welfare (in particolare quello "residual") che era basato sulla capacità di propulsione autonoma del mercato del lavoro affidata a valori meritocratici di competitività e di libera concorrenza.

Vanno in questa direzione:

– il ruolo sempre più importante ed efficace che assumono in ognuno di questi tre paesi le agenzie nazionali di collocamento con il compito di riequilibrare le sperequazioni tra zone diverse ed incentivare la mobilità;

– la natura pubblica dell'orientamento professionale, il cui esempio più appariscente è quello delle "guide per le professioni", che nelle scuole francesi hanno parere vincolante sul futuro professionale dei giovani;

– l'istituzionalizzazione delle forme di lavoro part-time; e la loro estensione alle persone anziane già in pensione;

– l'obbligo di assumere giovani e persone invalide o handicappati;

– infine, più importante, la realizzazione di sistemi di salario minimo garantito a carattere sia individuale che familiare.

L'insieme di queste linee di tendenza, che vanno ad incrociarsi a livello dei singoli settori, delle relative procedure di Welfare e delle aree di intervento, sembrano dare due indicazioni di massima:

– la diffusa esigenza di un recupero della dimensione umana nelle politiche sociali, con una spinta alla personalizzazione, al coinvolgimento individuale ed all'autosoddisfazione dei bisogni, che possiamo definire come la linea della ricomposizione dell'unità fisiologica dell'uomo e dell'autonomia dei suoi bisogni rispetto alle altre parti del sistema sociale;

– la rimessa in questione delle stesse logiche di separazione e di funzio-

nalità che legano le interazioni tra le diverse parti del sistema sociale, attraverso una commistione tra i diversi ruoli che in esse svolgono i diversi gruppi sociali.

In particolare per quanto riguarda questo secondo aspetto, che potremmo definire come la linea di nuove compatibilità tra i diversi ruoli e le funzioni sociali, le indicazioni ci sembrano abbastanza evidenti:

– i giovani che si impegnano in settori di Welfare a titolo volontario, che abbandonano la scuola per attività professionale, che motivano propensioni all'inserimento di attività manuali nelle scuole;
– le donne che si riversano nelle attività part-time per non rinunciare ai ruoli familiari;

– gli anziani che non rinunciano ad attività professionali (retribuite o non) anche dopo aver varcato il limite pensionabile;

– gli uomini che ammettono il principio di alternanza riguardo ai periodi di congedo per le cure ai figli;

– gli adulti in generale che ritornano sempre più frequentemente allo studio.

In conclusione, l'evoluzione che sembra delinearsi è quella di una diversa sistematizzazione tra intervento pubblico e privato nella politica di Welfare.
Le funzioni del pubblico nell'intervento sociale, nel momento stesso in cui sembrano ampliarsi le aree di competenza, vanno assumendo sempre più un ruolo di quadro, pianificazione, promozione e stimolo, incoraggiando il protagonismo e la responsabilizzazione degli utenti e della società civile tutta.
In particolare, il ruolo delle istituzioni pubbliche diventa allora quello di promuovere quei legami di solidarietà e di cooperazione che sono inerenti e congeniali ai gruppi naturali e primari di riferimento dei singoli individui (la famiglia, il quartiere, la scuola etc.), delegando a questi gruppi la gestione diretta di parte di quei servizi che oggi rientrano ancora integralmente nelle funzioni non solo garantiste ma anche di gestione dell'apparato pubblico.
Parallelamente a questo tipo di intervento se ne deve però sviluppare un altro che riguarda l'organizzazione di servizi a favore di quei bisogni la cui soddisfazione richiede un tasso elevato di specializzazione, strutture importanti da destinare all'intera collettività, alti costi ed attrezzature sofisticate.

Lo stesso bisogno andrà quindi probabilmente scomposto in quote di specializzazione ed in quote di ripersonalizzazione e riappropriazione, delegate a due diversi livelli di intervento da parte della comunità sociale:

1) l'insieme delle risorse inerenti alla struttura primaria del sistema sociale può tendere alla ridefinizione dei ruoli e degli status relativi ai bisogni più elementari dell'uomo, quelli che riguardano la sua natura di unità fisiologica. Questo livello può richiedere da parte dell'intervento pubblico unicamente una funzione-stimolo e di quadro garantista, coinvolgendo più direttamente l'utenza e l'insieme della società civile nella gestione stessa dei servizi sociali attraverso formule di riprivatizzazione, semi-volontariato ed autosoddisfazione;

2) l'insieme delle risorse inerenti alla capacità tecnica, economica e professionale del sistema sociale (l'alta professionalità nelle aree di Welfare) può invece tendere alla soddisfazione di quei bisogni che richiedono un alto tasso di specializzazione, di accumulazione ed innovazione scientifica e tecnologica, di costo in strutture ed attrezzature collettive. L'importanza di questo livello di competenza e le implicazioni che esso comporta per lo sviluppo complessivo della società richiederà probabilmente non soltanto una funzione puramente garante e di quadro da parte dello stato, ma l'immissione di maggiori energie anche nella gestione medesima.

A fronte di queste linee di tendenza si pone allora manifestamente un problema di scelta e di razionalizzazione. Se il vincolo economico appare – come abbiamo visto – tutto sommato ininfluente o comunque secondario rispetto all'affermazione di quelli che abbiamo visto essere i nuovi assi di progressione dell'intervento di Welfare, esso esercita però tutto il suo peso condizionante nel momento in cui si tratta di scegliere e concretizzare la minore o maggiore affermazione di questi assi.

È evidente allora che la compatibilità tra i due livelli di intervento di Welfare che si vanno delineando (livello dei bisogni primari e livello dei bisogni specialistici) ed il vincolo delle risorse economiche può realizzarsi solo attraverso un drenaggio di risorse economiche di natura pubblica dal primo livello al secondo ed un conseguente drenaggio di risorse (forse più umane che economiche) dalla società civile all'area dei bisogni di natura primaria.

Ma è propria di ogni sistema sociale la capacità di rigenerazione e sviluppo attraverso l'utilizzazione ottimale di risorse ed energie endogene

alla propria struttura. Quanto abbiamo esaminato nella presente ricerca sembra confermare – seppur in maniera ancora sommaria e confusa – l'esistenza di motivazioni di fondo potenziali per un salto qualitativo della politica sociale, attraverso la promozione di nuove compatibilità tra spesa sociale, struttura dei bisogni e delle aspirazioni, utilizzazione delle energie e delle risorse esistenti nel sistema socio-culturale.

QUADERNI PUBBLICATI

1. Censis, "Mobilità e mercato del lavoro",
Ipotesi di revisione delle politiche di avviamento al lavoro e di garanzia economica per i disoccupati.

2. Censis, "Mobilità e mercato del lavoro",
Ipotesi di un diverso regime dell'anzianità di lavoro.

3. Censis, "Mobilità e mercato del lavoro",
Ipotesi di intervento sulla durata e distribuzione del tempo di lavoro.

4. Censis, "Mobilità e mercato del lavoro",
Linee di intervento diretto a favore di una politica attiva della mobilità del lavoro.
Linee di approccio a un'ipotesi di salario familiare.

5. Censis, "Mobilità e mercato del lavoro",
I caratteri della partecipazione al lavoro nella società italiana.

6. "La programmazione regionale: il caso del Piemonte",
A. Viglione, S. Lombardini, G. Frignani, C. Simonelli,
Obiettivi e problemi della programmazione regionale piemontese.

7. "La programmazione regionale: il caso del Piemonte",
G. Maspoli, G. Tamietto, B. Ferraris,
Il rilancio dell'agricoltura piemontese.

8. "La programmazione regionale: il caso del Piemonte",
R. Cominotti, S. Bajardi, A. Benadì,
L'industria piemontese,
soggetto attivo e utente della programmazione regionale.

9. R. Caporale, R. Döbert,
Religione moderna e movimenti religiosi.

10. Istituto Affari Internazionali,
Prospettive dell'integrazione economica europea.

11. "La programmazione regionale: il caso del Piemonte",
M. Rey, A. Gandolfi, L. Passoni,
Finanza regionale e finanza locale.

12. G. Carli, G. Guarino, G. Ferri, U. Agnelli,
"Libertà economiche e libertà politiche. Riforma dell'impresa e
e riforma dello Stato".
(Relazioni introduttive al Convegno del 17-18 giugno 1977).

13. *Regioni: verso la seconda fase,*
Sintesi di un dibattito.

14 "Lavoro manuale e lavoro intellettuale",
E. Gorrieri,
Il trattamento del lavoro manuale in Italia e le sue conseguenze.

15. "Libertà economiche e libertà politiche. Riforma dell'impresa e
riforma dello Stato",
Sintesi di un dibattito.

16. "Gestione decentrata dello sviluppo e le imprese minori",
A. Bagnasco, P. Cucchi, E. Jalla,
Organizzazione territoriale dell'industria manifatturiera in Italia.

17. "Gestione decentrata dello sviluppo e le imprese minori",
B. Cori, G. Cortesi,
Prato: frammentazione e integrazione di un bacino tessile.

18. "Lavoro manuale e lavoro intellettuale",
L. Firpo,
Il concetto del lavoro. Ieri, oggi, domani.

19. L. Levi, S. Pistone, D. Coombes,
L'influenza dell'elezione europea sul sistema dei partiti.

20. C. Paracone, G. Nicoletti, S. Maurino,
Servizi sociali: autonomie locali e volontariato. Un'ipotesi di lavoro.

21. R. B. Freeman,
Declino del valore economico dell'istruzione superiore
nel sistema sociale americano.

22. "Il modello di Torino",
V. Caramelli, N. Rossi, V. Siesto,
Prezzi e produzione nei settori produttori di beni commerciabili e non commerciabili in Italia: 1960-1976.

23. "Parlamento e informazione",
C. Macchitella,
Gli apparati informativi del Parlamento inglese.

24. G. Brosio, D. Hyman, W. Santagata,
Gli enti locali fra riforma tributaria, inflazione e movimenti urbani. Un contributo all'analisi del dissesto della finanza locale.

25. "Il modello di Torino",
V. Caramelli,
Approcci alternativi alla bilancia dei pagamenti: alcune considerazioni sulla loro rilevanza per il caso italiano.

26. "Parlamento e informazione",
S. Vannucci,
Gli apparati informativi del Congresso degli Stati Uniti d'America.

27. "Il modello di Torino",
P. G. Motta, N. Rossi,
La funzione dei salari in Italia: una rassegna della evidenza empirica.

28. "Il modello di Torino",
P. G. Motta,
La funzione del consumo: una breve rassegna della evidenza empirica per l'Italia.

29. "Autonomia finanziaria del governo locale",
B. Gatti,
La finanza locale tra economia e istituzioni.

30. « Gestione decentrata dello sviluppo e le imprese minori »,
R. Artioli, R. Barberis, F. Iano,
L'economia delle piccole e medie industrie in Italia.

31. « Autonomia finanziaria del Governo locale »,
G. Brosio, G. Pola, M. Rey,
La finanza locale nelle esperienze dei principali paesi occidentali.

32. « Il modello di Torino »,
V. Siesto, N. Rossi,
Documentazione statistica.

33. « Autonomia finanziaria del Governo locale »,
M. Rey,
Agenda per la riforma della finanza locale.

34. « Gestione decentrata dello sviluppo e le imprese minori »,
B. Cori,
Le piccole e medie industrie in Italia: aspetti territoriali e settoriali.

35. Censis,
Nuovi orientamenti di politica sociale in Gran Bretagna, Svezia e Francia.

FRATELLI BIAMINO - TORINO

Fondazione
Giovanni Agnelli

Via Ormea, 37 - 10125 TORINO
Telef. (011) 65.86.66 - 65.87.65

L. 6.000