

Dieci anni dopo: la “Commissione per l’analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale”*

di Paolo Onofri

Il contesto

Dopo l’approvazione della legge finanziaria 1997 il Presidente del Consiglio Romano Prodi maturò l’idea di costituire una commissione che nel giro di breve tempo formulasse una proposta organica di riforma della spesa sociale, alla luce delle modificazioni strutturali allora già in corso nell’economia mondiale e degli impegni che il governo con la legge finanziaria aveva preso in merito alla riduzione dell’indebitamento netto della Pa.

La ricerca di una maggiore efficienza sistemica per la spesa sociale, data la composizione politica della maggioranza, era intesa sia come inclusiva di una riflessione sui rapporti tra spesa sociale e offerta aggregata del sistema economico, sia come necessità di procedere verso un sistema organico di protezione sociale dal quale fino ad allora il nostro paese era stato tenuto lontano.

I lavori della Commissione

Data la conclamata incompletezza del nostro sistema di spesa sociale, la Commissione aveva fatto proprio l’obiettivo del suo completamento, ma non con riferimento agli schemi di welfare europei degli anni 60 e 70, bensì alle rivisitazioni in atto ormai da diverso tempo sia nel Regno Unito, sia nei paesi del Nord Europa (Paesi Bassi inclusi). Ovvero, completamento ma con un assetto che non svolga una mera funzione di risarcimento, bensì di incentivo al lavoro per far sì che “lavorare paghi”.

Non di meno, la Commissione aveva interiorizzato l’obiettivo di risanamento dei conti pubblici che il governo stava perseguendo. La conclusione, formulata in modo deliberatamente generico, fu di ammettere che *“la riforma della spesa sociale, qui delineata, possa contribuire, in misura limitata e nel breve periodo, alla riduzione della quota di spesa primaria corrente sul Pil”* (Rel. Fin. p. 29, corsivo nel testo).

* In corso di pubblicazione sul volume realizzato in collaborazione da Astrid, Fondazione Gorrieri, Istituto per la Ricerca Sociale.

Uno degli obiettivi prioritari di intervento sull'assetto della spesa sociale era di far muovere passi importanti al sistema italiano verso l'universalismo dei diritti. La realizzazione di questo obiettivo in un contesto di scarsità delle risorse imponeva di pensare a uno strumento di selezione attraverso la prova dei mezzi. La conclusione cui si giunse fu che i mezzi dovevano fare riferimenti all'intero nucleo familiare¹ anche se titolare del diritto al sostegno era l'individuo.

L'analisi e le proposte della Commissione: una sintesi

Nella costruzione di uno stato sociale universale il nostro paese appariva in ritardo: la realizzazione del sistema sanitario nazionale era del 1978 e lo stato sociale italiano rimaneva un sistema fondato prevalentemente sull'assicurazione dei rischi della vecchiaia. Diverse anomalie lo affliggevano: ipertutela, oltre che per la vecchiaia, anche per gli occupati della grande impresa e del pubblico impiego e per la disoccupazione temporanea (Cig); sottotutela per la vera e propria disoccupazione, per i non occupati e per chi si trovava in condizioni individuali di mancanza di mezzi economici.

Con le altre economie mature l'Italia condivideva i problemi di lungo periodo che nascono dall'invecchiamento della popolazione, dalla liberalizzazione del commercio internazionale e dalla minore dinamica della produttività nei servizi sociali rispetto agli altri settori produttivi. A questi nel medio periodo si aggiungeva la necessità del risanamento definitivo dei conti pubblici.

Il processo di globalizzazione della nostra economia richiedeva maggiore mobilità settoriale del lavoro, maggiore mobilità occupazionale nella vita individuale, oneri non crescenti sulla produzione di prodotti e servizi commerciabili internazionalmente e maggiore efficienza sistemica.

Tutto ciò avrebbe implicato una maggiore polarizzazione del sistema sociale tra lavoratori impiegati nei settori di successo e quelli impiegati nei settori in declino; tra occupazioni ad alto valore aggiunto e quelle non qualificate; infine, tra chi cambierà con successo molte occupazioni e chi dovrà affrontare periodi di lunga disoccupazione e permanere nella precarietà. Di conseguenza la distribuzione del reddito sarebbe diventata più diseguale.

Da questi presupposti conseguivano implicazioni sulle politiche da perseguire, ma esse non potevano non essere condizionate dall'evoluzione storica del nostro sistema di protezione sociale. La spesa per pensioni, nel nostro paese, nel corso del periodo 1960-1996 aveva moltiplicato per quattro il suo peso in termini di Pil, quello della spesa per la sanità era raddoppiato, ma quello per l'assistenza e gli ammortizzatori sociali leggermente diminuito.

¹ Espressione anche questa non priva di ambiguità che aprì a lunghe discussioni, successivamente riflesse nell'opinione pubblica e non ancora sopite.

La valutazione della Commissione era che l'azione sul nostro sistema sociale sarebbe stata più complessa rispetto ad altri paesi perché l'elevata quota di spesa pensionistica rendeva la spesa sociale più predeterminata e la sua correzione più costosa generando conflitti tra categorie e conflittualità politica per la concorrenza nella rappresentanza di interessi che avrebbe innescato.

L'azione che la Commissione suggerì al Governo di adottare doveva essere orientata su tre piani logicamente distinti:

- la neutralizzazione delle tendenze di medio periodo all'aumento delle quote di spesa per la sanità e per le pensioni, a causa dell'invecchiamento della popolazione. Per quanto riguardava la sanità, ciò doveva avvenire attraverso una maggiore responsabilizzazione degli operatori nei confronti dei risultati ottenuti, sostenuta anche da una maggiore competizione tra produzione pubblica e privata di servizi sanitari, attraverso una più articolata compartecipazione alla spesa degli utenti e una maggiore autonomia finanziaria delle Regioni, cui doveva corrispondere la impossibilità di superare i vincoli di bilancio assegnati dal centro. Per quanto riguardava le pensioni, il consolidamento finanziario della riforma 1995, a regime, doveva avvenire attraverso la unificazione dei regimi pensionistici, il graduale allineamento delle aliquote di computo e di quelle di finanziamento;

- la ricomposizione della spesa a favore di quella assistenziale per una maggiore tutela del rischio economico di cadute del reddito individuale, di perdita del posto di lavoro e di perdita dell'autosufficienza; rischi fino ad allora sotto-tutelati. La generosità di alcune prestazioni previste per l'occupazione standard dovevano essere attenuate, per accrescere la protezione per le categorie sociali oggettivamente più deboli, per mezzo sia di una razionalizzazione e innovazione degli ammortizzatori sociali per il mercato del lavoro, sia della istituzione di un sistema di integrazione del reddito, sulla base dei principi del reddito minimo vitale, assorbendo in esso una molteplicità disarticolata di interventi assistenziali già in atto;

- la riforma dell'assistenza doveva ispirarsi a una scelta equilibrata tra universalismo, quanto ai beneficiari, e selettività nell'erogazione delle prestazioni, che non dovevano consistere solamente di erogazioni monetarie, ma anche di servizi da erogarsi da parte degli enti locali e delle regioni; il governo centrale doveva ridefinire e uniformare i criteri di misura e accertamento dei mezzi cui gli enti decentrati avrebbero subordinato l'erogazione di prestazioni sociali; servizi e prestazioni sarebbero stati rivolti agli individui, ma le condizioni di bisogno valutate con riferimento alle risorse (redditi e patrimonio) dell'intero nucleo familiare;

- nel breve periodo, la riduzione del ritmo di crescita della spesa per pensioni, quale condizione per la ricostituzione, nel corso del decennio successivo, di più elevati livelli di protezione sociale e per la messa a regime di nuovi istituti di assicurazione reddito/occupazione/autosufficienza, doveva

derivare da una accelerazione dei tempi della transizione al sistema contributivo, rispetto a quelli previsti dalla riforma del 1995, abolizione delle pensioni di anzianità inclusa.

La gradualità nella applicazione del disegno di riforma che la Commissione proponeva si doveva tradurre in un avvio dei nuovi istituti di sostegno al reddito, alla non-autosufficienza e di assicurazione sul mercato del lavoro man mano che diventavano palesi i risparmi negli altri comparti di spesa sociale e man mano si realizzava la loro sperimentazione, anche in aree limitate del paese, al fine di mettere a punto le modalità pratiche di attuazione dei meccanismi di controllo e incentivo. Ciò che in passato era successo per le pensioni di invalidità era indubbiamente un monito ben presente.

In questo quadro di riforma graduale, anche la spesa sociale sarebbe stata chiamata, in via limitata e temporanea, a contribuire al processo di risanamento dei conti pubblici, la cui piena riuscita era condizione indispensabile per la realizzazione dell'intero disegno di riforma dello stato sociale. Nel medio periodo, la spesa sociale sarebbe tornata ai suoi livelli attuali in un quadro profondamente rinnovato.

Il ritardato ingresso nell'Unione monetaria europea e la conseguente mancata riduzione della spesa per interessi non solo avrebbero impedito un disegno riformatore, ma avrebbero reso estremamente difficile il mantenimento dei livelli di protezione preesistenti, per quanto inefficienti e spesso iniqui. Il percorso di riforma si sarebbe rivelato tanto più facile quanto più tempestivi sarebbero stati i primi interventi e quanto più incisive le misure volte a recuperare livelli europei di efficienza anche in campi diversi dalla spesa sociale ed in particolare in quello dei servizi di pubblica utilità.

In particolare, le misure proposte nei diversi ambiti di intervento furono sintetizzate dalle seguenti quattro schede, allora preparate.

AMMORTIZZATORI SOCIALI

<i>Vecchio istituto</i>	<i>sostituito da</i>	<i>nuovo istituto</i>
Cassa integrazione ordinaria		Integrazione Temporanea al Reddito, istituto assicurativo: 70% del salario a decrescere nel tempo e per non più di 12-18 mesi nell'arco di 5 anni
Cassa integrazione straordinaria		Trattamento Generalizzato di Disoccupazione, prevalentemente assicurativo: gradualmente verso livelli europei; a decrescere nel tempo e sottoposto agli obblighi previsti dai futuri servizi per l'impiego.
Indennità di disoccupazione		Al termine del secondo anno se
Indennità di mobilità		
Trattamenti speciali di disoccupazione		

Prepensionamenti

del caso subentra l'assistenza.

ASSISTENZA SOCIALE

vecchio istituto
Integrazione delle pensioni al
minimo

sostituito da

nuovo istituto

entrambi
a esaurimento

Pensioni di guerra

- Assegni al nucleo familiare
 - Assegni familiari
 - Indennità di accompagnamento
- Pensioni e rendite di invalidità civile
- Pensioni a ciechi e sordomuti
- Pensioni sociali

- Minimo Vitale Familiare (MVF) accompagnato, se del caso, da detrazioni fiscali, o sussidi supplementari del
 - Fondo per Non Autosufficienti (FNA)

SISTEMA PREVIDENZIALE

Previdenza obbligatoria a regime

- unificazione dei regimi pensionistici;
- graduale equiparazione fra aliquote di computo e aliquote di finanziamento;
- tempestiva e automatica revisione dei coefficienti di trasformazione;
- aumento dell'età pensionabile di riferimento, al fine di ridurre, a regime, le aliquote di finanziamento e di computo simultaneamente.

Fase di transizione

- eliminazione disparità di trattamento dipendenti pubblici e privati;
- applicazione del metodo di calcolo contributivo a tutti gli assicurati pro rata;
- modificazione delle condizioni di accesso alle pensioni di anzianità e/o del metodo di calcolo della pensione di anzianità;
 - incentivi alla scelta del metodo di calcolo contributivo anche per la parte di pensione sulla quale si ha diritto al metodo di calcolo retributivo;
 - accelerazione dell'avvio della previdenza complementare.

SISTEMA SANITARIO

• Individuazione dei **grandi e piccoli rischi della salute** per dare attuazione alla **mutualità sanitaria integrativa**, che si occupi dei piccoli rischi e della compartecipazione alla spesa in quelli coperti dal SSN;

• compartecipazione alla spesa

per pronto soccorso, day hospital, ricoveri ospedalieri, prestazioni aggiuntive di medicina generale;

revisione della disciplina delle esenzioni dalla compartecipazione sulla base del reddito familiare equivalente;

- **incidenza più uniforme tra i diversi redditi** nel finanziamento attraverso la fiscalità generale;

- attuazione delle norme relative al **vincolo di pareggio dei bilanci** regionali per la sanità;
- **assetto ospedaliero:**
 - costituire reti ospedaliere regionali funzionalmente integrate;
 - consentire la concessione in gestione a organizzazioni private senza fini di lucro di alcuni ospedali;
- **medici:**
 - rapporto di lavoro a termine per i medici ospedalieri nei primi vent'anni di carriera;
 - minor peso dell'anzianità nelle retribuzioni dei medici di base e maggior peso alle caratteristiche degli assistiti (anziani, bambini, ecc);
 - penalizzazioni per i medici di base che superano budget standardizzati di prescrizione;
- **mercato farmaceutico**
 - distribuzione farmaci da banco fuori dalle farmacie;
 - vendita al dettaglio dei prodotti farmaceutici anche sulla base del fabbisogno effettivo.

Gli interventi sulle pensioni

Il nodo principale attorno al quale la trattativa governo-sindacati, nel corso del 1997, si aggrovigliò fu ovviamente quello delle pensioni. Dei punti indicati dalla Commissione solamente alcuni furono accettati dalle parti sociali e approvati dal Parlamento.

Innanzitutto, una maggiore chiarezza contabile tra previdenza e assistenza. In secondo luogo, un insieme di micro provvedimenti intesi a estendere a tutti i fondi le regole dell'assicurazione generale obbligatoria e, più rilevante in termini di entrate, l'avvicinamento dell'aliquota di finanziamento dei fondi dei lavoratori autonomi a quella di computo e l'adeguamento prospettico dell'aliquota dei lavoratori parasubordinati a quella degli autonomi. Infine, l'anticipazione al 2004 della transizione ai requisiti che la legge Dini prevedeva per il 2008 per il pensionamento di anzianità e, in questo contesto, in prospettiva, la fine delle differenze tra impiego pubblico e impiego privato confermata anche dall'istituzione del Tfr per i dipendenti pubblici.

Rinunciato all'obiettivo ambizioso di rafforzare radicalmente il nuovo sistema di calcolo contributivo della pensione attraverso una fine rapida di pensioni di anzianità non eque dal punto di vista attuariale, l'estensione pro-rata a tutta la platea di lavoratori del calcolo contributivo della pensione e l'automaticità del mutamento dei coefficienti di trasformazione, l'obiettivo concordato con le parti sociali fu di prendere quei provvedimenti sufficienti a realizzare l'obiettivo contenuto nell'art. 1 della legge Dini, ovvero la stabilizzazione della quota di spesa pensionistica su Pil. Obiettivo che tra il 1995 e il 1997 non si era realizzato: la spesa in due anni passò dal 12,9 per cento del Pil nel 1995 al 13,7 del 1997.

Alcuni degli obiettivi allora enunciati dalla Commissione sono stati perseguiti successivamente, mentre altri hanno perso potenzialità. Tra i primi indubbiamente vanno annoverati l'ulteriore

restrizione dei requisiti per le pensioni di anzianità con i provvedimenti del 2004 e la loro revisione annunciata per questi mesi. Verso la metà del prossimo decennio le pensioni di anzianità dei lavoratori “retributivi” e “misti” potrebbero considerarsi in via di estinzione. Meno chiaro quanto accadrà della revisione dei coefficienti di trasformazione, ma l’intenzione dell’attuale governo sembra orientata a renderla obbligatoria e più frequente, anche se non automatica. Ormai dimenticata è, invece, una misura di equità tra le generazioni: la estensione pro-rata del calcolo contributivo a tutti i lavoratori. Da un lato, le ragioni di formazione del consenso sindacale ed elettorale che hanno agito negli ultimi quindici anni; dall’altro, l’impatto sulla spesa che al trascorrere del tempo diventa via via minore.

Comunque, in conseguenza di tutti questi interventi la spesa pensionistica intermini di Pil è stata effettivamente stabilizzata, come si può vedere dalla Tab. 1. È molto probabile, inoltre, che l’insieme di questi provvedimenti consenta di stabilizzare il rapporto spesa pensionistica Pil anche per i prossimi sei-sette anni; il che prelude al fatto che a quella data, quando l’ondata dei pensionamenti dei baby-boomer comincerà ad essere imponente ulteriori provvedimenti dovranno essere presi.

L’insegnamento da trarre dalle vicissitudini del sistema pensionistico è per un verso banale. Pensare a provvedimenti che risolvano con una sola mossa un problema il cui dipanarsi coinvolge un orizzonte di lungo periodo è una ingenuità accademica. Così come è stata una ingenuità ritenere che il solo fatto di mostrare che le pensioni di anzianità sono inique dal punto di vista attuariale fosse sufficiente a convincere chi aveva maturato il diritto a rinunciarvi. Per altro verso, l’insegnamento che si può trarre dall’esperienza di questi anni è molto significativo per chi ambisce a ridisegnare l’intero sistema di welfare italiano. La stabilizzazione della spesa pensionistica è il massimo che in questi anni si è potuto fare e, a maggiore ragione, si potrà fare nei prossimi. Il cantiere aperto nel 1992 per la riforma del sistema pensionistico ha quindi reso manifesta la incapacità di ridurre il peso della spesa per pensioni, ma nello stesso tempo ha mostrato la capacità di arrestarne la crescita nel medio periodo.

La spesa sanitaria

Apertosi assieme a quello delle pensioni, il cantiere della riforma sanitaria non sembra avere avuto né le pause che l’altro si è dato nel corso dei quindici anni trascorsi², né la stessa capacità di fermare la crescita di medio periodo della spesa sanitaria in rapporto al Pil. La riforma sanitaria

² Hanno contribuito a questo risultato sia la complessità degli interventi organizzativi sugli strumenti e le modalità di erogazione delle prestazioni, sia le tensioni di tipo federalistico e la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea).

Amato ha compresso la spesa da quasi il 6 per cento del Pil nel 1991-'92 al 4,8 per cento del 1996, ma gli anni seguenti l'hanno vista di nuovo crescere fino al 6,4 per cento del 2006, mentre le valutazioni della Commissione indicavano una sua stabilizzazione poco sotto il 5 per cento. L'inseguimento provvedimenti-spesa è stato il copione degli ultimi dieci anni. Va comunque osservato che la compressione della spesa contabilizzata "sopra la linea" negli anni 1993-'96 si accompagnava a un livello di spesa effettiva sistematicamente più elevato che in seguito ha trovato espressione palese nel ripiano dei debiti pregressi che le singole regioni avevano accumulato.

L'aumento dei prezzi relativi dei servizi sanitari che la Commissione aveva segnalato come prospettiva di lungo periodo è effettivamente uno dei fenomeni di fondo che sostengono dal lato dell'offerta la spesa sanitaria in tutti i paesi. La visione ottimistica presente nei documenti della Commissione circa la possibilità di stabilizzare la spesa sanitaria fu molto probabilmente il risultato di una sottostima dell'evoluzione della domanda di servizi sanitari non solamente dal punto di vista dell'invecchiamento della popolazione, ma anche in considerazione del fatto che essa si è andata sempre più rivelando come un bene la cui domanda ha una elasticità al reddito superiore all'unità. In questi anni quasi tutte le indicazioni della Commissione in merito alla compartecipazione alla spesa hanno trovato un seguito nei provvedimenti che il governo ha invitato le regioni a prendere.

Nella distribuzione degli oneri delle compartecipazioni è stato seguito il criterio generale dell'utilizzo dell'indicatore di situazione economica equivalente (Isee), anche se formulato inizialmente in una specificazione propria per le prestazioni sanitarie. La riorganizzazione delle reti ospedaliere regionali è effettivamente avvenuta, come pure la riduzione dei posti letto. Lo stesso può dirsi della liberalizzazione dei farmaci da banco, anche se il ritardo è di nove anni. Tutto ciò ha cambiato la composizione della spesa, ma non è stato sufficiente a contenerne la crescita in termini di Pil.

Nella valutazione d'insieme delle politiche sanitarie non va dimenticato che la spesa per la sanità pubblica pari al 6,5 per cento in Italia nel 2004 si confronta con un analogo dato per l'Ue (15) pari al 7,5 per cento. La differenza che può essere messa in evidenza è che nei dieci anni terminanti nel 2004 la spesa pubblica sanitaria italiana è cresciuta in termini di Pil, mentre quella europea è rimasta costante: nel 1994 la spesa pubblica sanitaria per l'Ue era il 7,4 per cento, la nostra il 5,8. La lettura più ovvia di questi dati potrebbe suggerire che sia in corso nel nostro paese un processo inarrestabile di adeguamento a standard più elevati di spesa e prestazioni.

Date le tendenze di fondo già richiamate (la marea demografica crescente e la deriva tecnologica) e i livelli attuali di spesa valutati in termini comparati, nel complesso l'azione di contenimento della crescita della spesa sanitaria appare ancor più ardua di quella esercitata sulle pensioni. Un risultato realistico che ci si può attendere da una permanente azione di efficientamento e risparmio è un

rallentamento della crescita del peso della spesa sanitaria pubblica su Pil, ma difficilmente una sua stabilizzazione.

Assistenza e ammortizzatori sociali

Se la spesa pensionistica tutt'al più potrà essere stabilizzata e quella sanitaria rallentata nel suo crescere gli spazi di bilancio per interventi significativi nei campi dell'assistenza e degli ammortizzatori sociali, dati i livelli di debito pubblico e di spesa per interessi ancora elevati, continueranno a essere molto stretti; come stretti sono stati in questi anni.

Queste, ma non solo queste, le motivazioni per lo scostamento non marginale in questi anni dagli obiettivi proposti dalla Commissione. La legge finanziaria 1998 aveva recepito alcune linee di intervento suggerite: istituzione del minimo vitale (Rmi); preliminare sperimentazione del medesimo in 39 comuni; avvio delle procedure per la costruzione dell'indicatore di situazione economica equivalente (Isee).

Successivamente, nella primavera del 1998, erano state formulate indicazioni programmatiche per avviare la riforma degli ammortizzatori sociali, con il vincolo del costo zero per il bilancio, per predisporre la legge quadro sui servizi sociali e per cominciare a realizzare il principio del diritto di cittadinanza per forme di sostegno alle responsabilità familiari e alla maternità.

Di questi temi solamente la legge quadro sui servizi sociali ha concluso il suo iter legislativo nell'autunno del 2000 senza trovare però, nella legislatura successiva, alcuna realizzazione. La progettazione del Rmi si è arenata nella legislatura successiva. L'avvio di uno strumento universale, sia pure selettivo, di sostegno alle famiglie per i figli minori ha visto un solo piccolo passo costituito dall'istituzione di un assegno speciale per il terzo figlio e dalla riduzione dei contributi sociali a carico delle imprese per gli assegni al nucleo familiare. Un analogo piccolo passo è stato fatto nella direzione dell'universalità di un sostegno alla maternità con un assegno alle madri o prive di lavoro, oppure il cui lavoro non prevede il diritto alla continuità di reddito negli ultimi mesi di gravidanza e nei primi di allevamento dei figli. Anche in questo caso è stato ridotto il livello di contribuzione sociale per la maternità.

Ancor meno rilevante in termini di riassetto dell'intero sistema, ciò che è stato realizzato nel giro di dieci anni con riferimento agli ammortizzatori sociali.

Alcune considerazioni a mo' di conclusione

Come è stato già più volte osservato, lo spazio per il completamento del nostro sistema di welfare si è presentato molto stretto. Ne sono derivati interventi in sé ragionevoli, ma insufficienti a consentire la definizione di un assetto organico delle funzioni assistenziali e di protezione fuori dal posto di lavoro.

Per quanto riguarda il settore assistenziale tre erano gli istituti rilevanti: Rmi, universalizzazione degli assegni al nucleo familiare e fondo per la non autosufficienza. Le proposte formulate riallocavano parte dei fondi che per canali autonomi allora e ancora oggi sono usati per interventi non organici. Quasi sempre la riallocazione di fondi incontra ostacoli insormontabili; infatti, una delle modalità di attuazione della proposta complessiva suggeriva di richiamare tra la spesa assistenziale anche le integrazioni al minimo delle pensioni assicurative al fine di utilizzare, quale strumento di selettività nella sua assegnazione, l'Isee. Le discussioni con le parti sociali in merito all'applicazione dell'Isee esclusero da subito qualsiasi possibilità di considerare tale ipotesi³.

Anche a prescindere dalle possibilità di riallocare flussi di spesa già in essere, la spesa aggiuntiva per questi nuovi istituti era ed è decisamente consistente. In realtà, si sono manifestate opinioni contrarie anche indipendentemente dalla valutazione dei costi.

Per l'Rmi ha giocato la sfiducia nell'amministrazione pubblica di essere in grado di gestire in modo oculato l'apertura di uno sportello di erogazioni dove la discrezionalità può essere elevata e gli abusi individuali o organizzati probabili.

Per la riforma degli assegni al nucleo familiare, va detto che la estensione al lavoro autonomo, da un lato, non appariva tra le priorità delle rappresentanze dei medesimi e, dall'altro, le rappresentanze dei lavoratori dipendenti temevano che trasferendo sulla fiscalità generale il finanziamento degli assegni così estesi, tale estensione finisse per essere pagata con una maggiore pressione fiscale sul lavoro dipendente.

Per il fondo per la non autosufficienza gli ostacoli sono stati e sono tuttora di natura finanziaria: la difficoltà a istituire un prelievo a esso finalizzato, visto che dovrebbe aggirarsi attorno all'uno per cento della base imponibile Irpef.

Diverso è l'insieme di difficoltà incontrate dalla riforma degli ammortizzatori sociali. La legge Treu viene approvata a metà del 1997 e sei anni dopo viene rafforzata dalla approvazione della legge Biagi modificando radicalmente le relazioni sul mercato del lavoro; ciò, a sua volta, rende più urgente la revisione del sistema di ammortizzatori sociali. Indubbiamente il vincolo iniziale che dovesse avvenire senza costi aggiuntivi ha costituito un importante ostacolo; la ragione di quel vincolo era anche dovuta all'intenzione di orientare l'intervento verso una effettiva modificazione

³ Al di là di altre considerazioni, l'argomentazione principale riguardava il rischio che gli anziani conviventi con i figli o nipoti fossero indotti ad andare a vivere da soli.

degli strumenti di sostegno fuori dal posto di lavoro. Le difficoltà incontrate non riguardano solamente la disponibilità di fondi, riguardano, infatti, la revisione degli istituti esistenti: riforma della Cassa Integrazione, abolizione dell'istituto della indennità di mobilità, universalizzazione e automaticità dell'indennità di disoccupazione ordinaria con la conseguente riduzione del ruolo delle parti sociali nella gestione delle crisi aziendali. In merito alla estensione della platea degli assicurati, la difficoltà maggiore consisteva e continua a consistere nel disegnare un istituto che consenta di dare un sostegno anche ai giovani precari nelle fasi di intermittenza del loro lavoro, senza che ciò si traduca in una fonte di abusi, come l'esperienza dell'indennità di disoccupazione agricola insegna.

In questo ambito gli interventi effettuati sono indubbiamente apprezzabili perché cercano di trasformare un intervento di sostegno ai redditi di chi perde lavoro da una forma di risarcimento passivo a un insieme di procedure e condizioni che sollecitano la ricerca individuale di lavoro e che coinvolgono la responsabilità dei centri per l'impiego in tale attività di ricerca e nella predisposizione di fasi di aggiornamento delle competenze del lavoratore. Purtroppo, non essendo riusciti, per le oggettive difficoltà menzionate, a rivedere gli istituti esistenti e a allargare la platea degli aventi diritto l'erogazione di più elevate indennità ordinarie si è rivolta alla stessa tipologia di destinatari.

A distanza di dieci anni, il confronto della situazione della spesa sociale 1996-2006 (Tab. 2) risulta impietoso per i gli auspici che la Commissione aveva formulato. Il confronto con la spesa sociale erogata nella media dei paesi europei, (Tab. 3) evidenzia la rincorsa della nostra spesa verso i livelli medi europei, come risultato della riduzione del peso su Pil di quella europea e dell'aumento di quella italiana. Si trattava e si tratta di una missione impossibile quella disegnata dalla Commissione? La conclusione è ovvia e obbligata: uscire dalla riallocazione entro la spesa sociale per allargare il numero delle voci di spesa che possono liberare risorse per almeno dieci miliardi di euro per impostare le riforme rimaste sulla carta. Si tratta di una valutazione cauta della spesa aggiuntiva, certa nella sua erogazione, cui dovrebbero corrispondere riduzioni altrettanto certe, e non sulla carta. Una missione altrettanto impossibile?

Tab. 1 Spesa pensionistica e saldi delle principali gestioni (Mld di euro correnti)⁺

	1997	2005
Saldo tutte le gestioni	-18,6	-12,5
Di cui:		
Fpld*	-9,9	-4,1
Inpdap**	-7,4	-10,4
Spesa non assistenziale	123,0	164,7

Spesa assistenziale (Gias)	20,6	30,1
Spesa totale (% Pil)	13,69	13,75
*Spesa	75,2	97,4
**Spesa	33,4	46,4

([†]) Fonte: Nucleo di Valutazione della Spesa Previdenziale, *Gli andamenti finanziari del sistema pensionistico obbligatorio*, Roma- dicembre 2006, p. 14.

Tab. 2 Conto della Protezione Sociale, istituzioni delle AP, mln euro			
fonte: RGSEP 1998 e 2006, vol.II		1996	2006
Sanità		47381	94727
	in % del Pil	4.8	6.4
- di cui:			
	retribuzioni	18251	33741
	consumi intermedi	8981	19979
	Assistenza sanitaria	20150	41007
Assistenza e ammortizzatori sociali		31626	50742
		3.2	3.4
- di cui:			
	Lavoro (incluso Tfr erogato)	11724	17134
	Famiglia	3420	5841
	Altra assistenza	16481	27767
Pensioni e rendite *		138863	208837
		14.1	14.2
Totale		217870	354306
		22.2	24.0
(*) Definizione leggermente diversa da quella di Tab. 1			

Tab. 3 Spesa sociale confronto Italia-Ue (15): 1994-2004 in percentuale del Pil (*)	Totale	Di cui:					Disoccu- pazione
		Salute	Invalità	Vecchiaia	Superstiti	Famiglia	
ITALIA 1994	24.2	5.8	1.8	12.3	2.7	0.7	0.8
UE 15 1994	27.2	7.4	2.2	10.8	1.3	2.1	2.4
ITALIA 2004	25.2	6.5	1.5	12.9	2.5	1.1	0.5
UE 15 2004	26.6	7.5	2.1	10.9	1.2	2.1	1.8

(*) Fonte Eurostat: le definizioni sono rese omogenee tra i diversi paesi da Eurostat e differiscono da quelle contenute nelle precedenti tabelle.