



**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA**

**UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI**

**CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE**

ANNO ACCADEMICO 2021/2022

**TESI DI LAUREA**

Politiche sociali e patologie psicologiche correlate nello scenario del welfare  
state sudeuropeo

**DOCENTE 1° relatore:** Prof. Domenico Carbone

Firma:

**STUDENTE:** 18 D03 065, Marco Pagliotti

Firma:

## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b> .....	3
<b>CAPITOLO I: STORIA E IMPLICAZIONI DEL WELFARE STATE</b> .....	4
1.1 INTRODUZIONE AL WELFARE STATE.....	4
1.2 GLI ALBORI DELLE POLITICHE SOCIALI.....	5
1.3 INQUADRAMENTO DELLO STATO SOCIALE.....	7
1.4 L'EVOLUZIONE DEL RUOLO DELLO STATO NELLE POLITICHE DI WELFARE STATE.....	8
1.5 ANALISI DELL'EVOLUZIONE DEL WELFARE .....	10
1.6 I DIVERSI MODELLI DI WELFARE STATE.....	12
1.7 IL DECLINO DEL WELFARE NEL TEMPO .....	15
1.8 NUOVE PROPOSTE PER LE POLITICHE SOCIALI.....	18
<b>CAPITOLO II: DIVERSI MODELLI DI WELFARE IN EUROPA</b> .....	20
2.1 IL MODELLO DEL SUD EUROPA .....	20
2.2 CRISI STRUTTURALE NELL'EUROPA MERIDIONALE .....	27
2.3 LA STORIA DELLE POLITICHE SOCIALI IN ITALIA.....	29
2.4 IL MODELLO FAMILISTICO ITALIANO .....	38
2.5 POLITICHE SOCIALI PARTICOLARISTICHE-CLIENTELARI IN ITALIA E ANCHE IN EUROPA .....	41
2.6 EMBEDDEDNESS E OPINIONE PUBBLICA .....	42
<b>CAPITOLO III: CONSEGUENZE PSICOSOCIALI CONNESSE AL WELFARE STATE</b> .....	43
3.1 DEPRESSIONE, DISAGIO ECONOMICO E REGIMI DI WELFARE .....	44
3.2 POVERTA'E DEPRESSIONE ASSOCIATE ALLE POLITICHE SOCIALI.....	46
3.3 COESIONE SOCIALE.....	53
3.4 ESCLUSIONE SOCIALE.....	56
<b>CONCLUSIONI</b> .....	60
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	62

## INTRODUZIONE

In questa tesi mi occuperò di analizzare il welfare state. In una prima parte mi concentrerò sul processo storico attraverso il quale si è formato l'attuale stato sociale, muovendo dalle ragioni per il quale essi si è affermato e ripercorrendo le tappe fondamentali del suo sviluppo. In particolare, andrò ad analizzare i diversi modelli di welfare, la loro evoluzione e il loro cambiamento nel tempo dagli albori delle prime politiche sociali fino all'epoca attuale.

Nella sua seconda parte la tesi prosegue con l'osservazione diretta del modello adottato dall'Europa meridionale (con particolare riguardo a discriminazioni, differenze e categorie maggiormente vulnerabili). La scelta del modello di welfare state del sud Europa è dovuta al fatto che si tratta del paradigma di riferimento più avvicinabile alla realtà italiana. L'analisi del modello rivela, infatti, che molte caratteristiche dei paesi meridionali d'Europa si possono riscontrare in Italia e, conseguentemente, nel suo sistema di welfare. Lo studio del modello sud-europeo permette di esaminare con maggiore consapevolezza la situazione italiana, seguendo l'evoluzione dello stato sociale e delle politiche sociali sino ai giorni nostri. In particolare, si analizza il modello familistico italiano, la sua nascita, lo sviluppo e il mutamento che ha subito nell'attuale tessuto sociale e come può dirsi gerarchicamente strutturato. Uno degli argomenti affrontati in maniera più approfondita è il sistema pensionistico occupazionale italiano, che negli ultimi anni ha provocato preoccupazioni con riguardo all'equità sociale e per effetto del continuo declino demografico.

Nel terzo capitolo, che è quello maggiormente dedicato ai profili di rilievo psicologico, si esaminano gli effetti diretti e indiretti della gestione approssimativa, sommaria e spesso clientelare delle politiche sociali in Italia. Gli effetti sono riconducibili a vere e proprie manifestazioni di svariati disagi psicologici e clinici, tra i quali la depressione, argomento portante di questa ultima parte. Analizzando nello specifico i fattori scatenanti la depressione si possono osservare diverse correlazioni: in particolare, il fattore maggiormente correlato con la depressione è risultato essere il disagio economico (in

particolare si può affermare che il disagio economico risulta associato negativamente all'aumentare dell'età, sicché più si è vicini alla terza età e meno si è soggetti a depressione e disagio economico). In secondo luogo, ho concentrato la mia attenzione sulla povertà e su come quest'ultima vari in base ai modelli di Stato sociale che il sistema politico adotta (tramite l'analisi dei differenti modelli di welfare operanti all'interno dello Stato).

In ultimo si riflette su due concetti fondamentali: quello di coesione sociale, che sottolinea l'importanza di un modello familistico in cui la popolazione attua dei sistemi di supporto reciproco al fine di minimizzare le iniquità all'interno del tessuto sociale, soprattutto nei confronti della popolazione più anziana; quello di esclusione sociale, opposto del concetto precedente, fortemente correlato con la depressione e con l'esclusione dal mercato del lavoro.

## **CAPITOLO I**

### **STORIA E IMPLICAZIONI DEL WELFARE STATE**

#### **1.1 INTRODUZIONE AL WELFARE STATE**

La maggior parte degli studiosi concorda sul fatto che lo Stato sociale sta attraversando un periodo di profonda trasformazione. Un insieme di fattori, tra cui l'invecchiamento della popolazione, il rallentamento dei consumi interni e l'espansione della globalizzazione, con oltre un terzo degli abitanti del pianeta che si sta avvicinando all'industrializzazione, hanno contribuito a generare una crisi dello Stato Sociale (N. NALDINI, 2007; C. JAGGER, 2008; et al.). Cercando di ripercorrere la storia del welfare, il lavoro ne ha definito il significato concreto, per poi analizzare le diverse fasi di sviluppo e i diversi modelli esistenti, soprattutto per evidenziare e comprendere le differenze tra i Paesi europei nel modo in cui rispondono ai bisogni politici e sociali della comunità.

In Europa in base alle condizioni esistenti, vengono adottati quattro diversi modelli di welfare di fronte agli elementi di tipo economico politico e sociale (NGS KINI, 1966). Vi è una prima fase, più precisamente chiamata di Welfare

State nel 1601, che si è confermata in seguito all'attuazione delle leggi riguardanti i poveri, adottate in Inghilterra (M. BRUCE, 1961). Per quanto riguarda la seconda fase del welfare state, vengono integrate anche le prime assicurazioni sociali, volte a garantire una maggiore sicurezza sul lavoro nel contesto degli infortuni, anche per l'influenza della Rivoluzione industriale (A. B. ATKINSON, 1995). Attuare questo tipo di piano significa far pesare il servizio sui conti pubblici attraverso la spesa sociale; questo ha richiesto un'ingente somma di risorse finanziarie in gran parte provenienti dal bilancio dello Stato.

Per quanto riguarda l'ultima fase, ci troviamo nel 1942 anno in cui il Regno Unito fece un passo avanti sulla sicurezza sociale, attraverso il cosiddetto Rapporto Beveridge (W. BEVERIDGE, 1942). Questo rapporto serviva a introdurre il concetto di sanità pubblica e di pensione e con l'attuazione di questo piano vennero bilanciati i diritti civili e politici dei cittadini. Lo studio passò poi alla definizione di welfare state. Quest'ultimo, infatti, anche detto Stato di assistenza o Stato sociale, può essere oggi definito in generale come l'insieme delle politiche pubbliche attuate da uno Stato per garantire il benessere e il progresso della comunità e migliorare le condizioni di vita dei cittadini, garantire che godano di alcuni servizi di base, come l'istruzione, l'assistenza sanitaria, le assicurazioni sociali, le pensioni e altre forme di benefici sociali, oltre al diritto al lavoro e all'alloggio.

In una prima fase andrò ad analizzare la sperimentazione, il consolidamento e l'espansione del welfare state, descrivendone i vari modelli: il modello istituzionale-redistributivo, (tipico degli stati scandinavi), il modello meritocratico-occupazionale (tipico dei Paesi dell'Europa continentale come Germania e Italia) e infine quello residuale (tipico degli Stati Uniti di Reagan e della Gran Bretagna) (L. COLOZZI, 2012).

## 1.2 GLI ALBORI DELLE POLITICHE SOCIALI

L'espressione inglese Welfare State è stata impiegata in Gran Bretagna durante la Seconda Guerra Mondiale per indicare "un sistema volto a garantire i diritti politici dei cittadini come standard minimi dei diritti fondamentali del benessere

(reddito, alimentazione, salute, istruzione, abitazione) “(P. COLOMBO, 1993) con l'obiettivo di prendersi cura dei cittadini. Ha trovato la sua piena applicazione dopo la Seconda guerra mondiale.

Già nel corso del XIX secolo, tuttavia, a seguito del processo di industrializzazione e della necessità di intervenire sulle drammatiche condizioni di vita delle popolazioni urbane, era stato definito un sistema di assicurazione sociale per affrontare le situazioni di disagio più gravi e per costruire il consenso sociale. Fino alla metà del Novecento, gli interventi erano rivolti a specifiche categorie sociali, come nelle misure a favore dei lavoratori dell'industria che prevedevano il pagamento di contributi da parte di quella categoria di lavoratori per il finanziamento delle loro assicurazioni sociali. Circa vent'anni dopo, in Inghilterra, tra il 1906 e il 1911, il governo liberale guidato da Lloyd George avviò un importante ciclo di riforme sociali. Nel 1908 fu adottata la legge sulla pensione di vecchiaia, che istituiva una pensione statale per tutti gli anziani bisognosi e nel 1911 fu approvata la legge sull'assicurazione sanitaria nazionale e l'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione, in pieno contrasto con i principi della "filosofia liberale" (M. BRUCE, 1961).

Dopo la Grande Guerra, la Germania adottò un nuovo assetto politico-giuridico, approvando la Costituzione di Weimar, che riconosceva per la prima volta nella storia, i diritti sociali, la piena legittimità dell'assistenza come istituzione per garantire un alto grado di sicurezza fisica e di incolumità (anche attraverso la partecipazione attiva di tutti i soggetti sociali) e soprattutto l'accettazione formale del ruolo dei sindacati (F. GIROTTI, 1998).

Il metodo aperto di coordinamento è una strategia di intervento nel campo delle politiche sociali, concepita per aiutare gli Stati membri nel processo di sviluppo delle loro politiche pubbliche. In breve, questo metodo prevede l'elaborazione di linee guida in ambito comunitario, da tradurre in politiche pubbliche nazionali e regionali, la definizione di scadenze specifiche per il raggiungimento degli obiettivi, l'introduzione di indicatori comuni per confrontare le migliori pratiche, effettuando controlli e valutazioni periodiche. Infatti, le prime misure di carattere universale, cioè rivolte a tutti i cittadini e non a singole categorie di lavoratori, (anticipate negli anni Trenta dal New Deal americano di Franklin D. Roosevelt e dal Social Deal svedese) sono state attuate in Gran Bretagna con il piano Beveridge (F. GIROTTI, 1942), che ha esteso la protezione sociale a tutti

i sudditi britannici indipendentemente dal pagamento dei contributi, finanziandolo con la fiscalità generale. Infatti, nel dicembre 1942 Beveridge pubblicò il suo rapporto, intitolato "Social Insurance and Allied Services", annunciando un programma d'azione volto a mobilitare l'intera società per sconfiggere i "cinque giganti" che tenevano l'umanità in schiavitù: il bisogno, la malattia, l'ignoranza, la miseria e l'ozio. È stato dopo la pubblicazione di questo rapporto che il termine "stato sociale" è stato sempre più utilizzato per indicare un'azione di governo volta a raggiungere gli obiettivi sopra menzionati. Negli anni Sessanta e Settanta, la sicurezza sociale fu introdotta anche in altri Paesi industriali. In generale, gli obiettivi dello Stato sociale sono stati quelli di fornire sicurezza agli individui e alle famiglie di fronte a circostanze sfavorevoli e garantire l'accesso di tutti i cittadini ai diritti fondamentali relativi all'istruzione e all'assistenza sanitaria (P. BALDWIN, 1990). Gli strumenti attraverso i quali lo Stato sociale ha operato finora sono stati gli assegni per la vita familiare, la vecchiaia, la maternità, la disabilità e la disoccupazione. Per tutto il secondo dopoguerra, il piano Beveridge costituirà la base ideologica per la promozione delle politiche di welfare da parte dei governi europei.

### 1.3 INQUADRAMENTO DELLO STATO SOCIALE

Lo Stato sociale o "Stato del benessere" è il termine con cui si indica un sistema politico, economico e sociale in cui lo Stato assume come propria prerogativa e responsabilità la promozione della sicurezza sociale e del benessere economico dei cittadini. I primi tentativi di definire l'oggetto in questione sono stati fatti negli anni Sessanta (A. BRIGGS, 1961).

Il Welfare State viene definito come segue: "Uno Stato sociale è uno Stato in cui il potere organizzato è usato deliberatamente (attraverso la politica e l'amministrazione) per dirigere le forze del mercato in almeno tre direzioni: in primo luogo, garantendo a individui e famiglie un reddito minimo a prescindere dal mercato, in secondo luogo riducendo il grado di insicurezza, mettendo gli individui e le famiglie in condizione di affrontare meglio alcune "emergenze sociali" (ad esempio, malattia, vecchiaia e disoccupazione) che porterebbero a crisi individuali e familiari; e terzo, garantire a ogni cittadino, senza distinzione di classe o di status, i migliori standard disponibili in relazione a una gamma

concordata di servizi sociali" (A. BRIGGS, 1961). Tra le tante definizioni successive, ricordiamo quella del politologo Maurizio Ferrera, secondo cui il welfare state comprende "l'insieme delle politiche pubbliche legate al processo di modernizzazione, attraverso le quali lo Stato fornisce ai propri cittadini una protezione contro rischi e bisogni specifici, sotto forma di assistenza, assicurazione sociale o sicurezza sociale, introducendo specifici diritti sociali e doveri di contribuzione finanziaria" (M. FERRERA, 2006).

Il percorso di definizione del concetto è giunto ad una delle sue fasi finali con una successiva proposta di Alber, per il quale: "Il termine welfare state designa un insieme di risposte politiche al processo di modernizzazione, che consiste in interventi politici nei meccanismi dell'economia e nella distribuzione sociale delle opportunità di vita; questi interventi mirano a promuovere la sicurezza di vita e l'uguaglianza dei cittadini, al fine di aumentare l'integrazione sociale dei lavoratori altamente mobilitati" (J. ALBER, 1983). Integrando e semplificando questo concetto, Ferrera propone di modificare la definizione di Alber nel seguente modo: "Lo Stato sociale è un insieme di interventi pubblici legati al processo di modernizzazione, che forniscono protezione sotto forma di assistenza, assicurazione e sicurezza sociale, introducendo, tra l'altro, specifici diritti sociali in caso di eventi e di doveri di contribuzione finanziaria" (M. FERRERA, 2006).

Lo Stato sociale va quindi inteso come un'istituzione integrata in un complesso sistema di interdipendenze con altre istituzioni. La capacità di produrre benessere da parte dello Stato non dipende solo da scelte politiche, ma è strettamente legata alla sfera economica, che determina la quantità e la qualità delle risorse disponibili per la popolazione e il modo in cui la società contribuisce a garantire la sicurezza sociale e la protezione dei suoi membri. Il benessere complessivo di una società è, quindi, il prodotto della partecipazione di tre elementi: Stato, famiglia e mercato (C. BORZAGA & L. FAZZI, 2005). Il grado di protezione collettiva contro i rischi sociali è strettamente legato alle relazioni tra le tre sfere e le forme di integrazione tra economia e società (redistribuzione, reciprocità e scambio di mercato).

#### 1.4 L'EVOLUZIONE DEL RUOLO DELLO STATO NELLE POLITICHE DI WELFARE STATE

Il concetto di "evoluzione dello Stato" non significa un'estensione o una diffusione dei servizi, né una riduzione degli stessi, ma piuttosto una trasformazione della concezione dello Stato e soprattutto del suo modo di tutelare i diritti dei cittadini.

In termini generali, lo Stato sociale ha quattro funzioni fondamentali: funzione normativa che regola il comportamento dei cittadini indirizzandoli in modi specifici (ad esempio, l'istruzione obbligatoria, gli obblighi di sicurezza), incoraggia determinati comportamenti attraverso tasse e sussidi (incentivi per le pensioni integrative, disincentivi per le pensioni di reversibilità); funzione redistributiva che ridistribuisce le risorse e le opportunità tra i cittadini garantendo condizioni di vita dignitose e alcuni servizi di base (educazione, istruzione, sicurezza, ecc.), sia attraverso benefici monetari (pensioni sociali, buoni acquisto) sia attraverso la fornitura diretta di beni e servizi (istruzione, sanità); funzione assicurativa che corregge i difetti del mercato dovuti all'asimmetria dell'informazione finanziando regimi assicurativi obbligatori contro i rischi gravi (salute, lavoro, vecchiaia) attraverso la fiscalità generale; funzione di produzione che sostituisce la produzione privata o la integra in presenza di esternalità o asimmetrie informative molto forti, producendo e fornendo direttamente beni e servizi specifici (ad esempio, istruzione, sanità) (L. COLOZZI, 2012). Di conseguenza, la trasformazione dello Stato prodotta dall'affermazione del concetto di welfare comporta la trasformazione del ruolo della società, cosicché i processi di modernizzazione dello Stato sono strettamente connessi all'evoluzione del corpo sociale.

Per rispondere ai bisogni dei cittadini, lo Stato deve sviluppare una vera e propria politica di welfare society, affidando alla stessa società civile il compito di individuare le forme più varie e creative di risposta ai suoi bisogni. (SERPS, 1979). Sullo sfondo c'era il pensiero di J.M. Keynes e l'idea che accanto al mercato ci dovesse essere una presenza pubblica per sopperire ai "fallimenti del mercato".

Entra in gioco il principio di sussidiarietà (S. VOGLIOTTI & S. VATTAL, 2014), che implica una cultura che porta a una maggiore responsabilità civile nel soddisfare i propri bisogni. Secondo i suoi teorici, il welfare sussidiario può dare origine a forme di governance in grado di superare il dualismo tra sfera statale e

sfera privata e rispondere positivamente alla complessità degli Stati moderni grazie al coinvolgimento di soggetti intermedi appartenenti alla società civile. Poiché si fonda su nuove forme di collaborazione e cooperazione tra fornitori di servizi (sia pubblici che privati), enti sociali e cittadini, che si servono di un'unica struttura di governance, collaborano attivamente per lo sviluppo delle politiche sociali, del welfare sussidiario e delle politiche sociali, il welfare sussidiario deve essere inteso innanzitutto come un "welfare della responsabilità".

Per comprendere correttamente le caratteristiche del welfare sussidiario, che saranno illustrate più dettagliatamente di seguito, dobbiamo quindi tener conto del suo presupposto di base: un'antropologia positiva che considera gli esseri umani come soggetti in grado di perseguire la propria utilità individuale senza soffocare i "desideri di socializzazione" di queste persone e di coloro che le circondano (T. BOERI & R. PEROTTI, 2002). Solo partendo dal presupposto che le azioni degli esseri umani sono mosse dal desiderio, almeno in parte, di contribuire, oltre che al proprio interesse, anche al bene comune, si può comprendere appieno la portata del benessere sussidiario.

## 1.5 ANALISI DELL'EVOLUZIONE DEL WELFARE

Nelle politiche occidentali l'istituzione sceglie di attuare le differenti prime politiche di welfare sulla base di tre variabili. La prima variabile è lo sviluppo sociale ed economico. Esso è strettamente collegato all'urbanizzazione e all'industrializzazione, che hanno aumentato il fenomeno della mobilità lavorativa (seconda variabile), soprattutto per quanto riguarda la classe operaia. Questo fenomeno è dovuto alle necessità delle città, che richiedevano sempre maggiore forza lavoro; la richiesta naturalmente si concentrava all'interno delle grandi industrie. La terza variabile è influenzata dall'estensione della possibilità di voto all'intera popolazione. Questo fenomeno è alla base dello sviluppo costituzionale (R. BENDIX, 1969).

Storicamente, lo sviluppo dello Stato sociale si articola in tre fasi: sperimentazione, consolidamento e per finire, espansione (J. ALBER, 1983). Questa prima, forma elementare di Stato assistenziale, fu introdotta con la promulgazione della Poor Law (F. GIROTTI, 1998). L'esempio più noto a

questo proposito è l'assicurazione sociale, un programma per effetto del quale gli individui si aiutavano attraverso il pagamento di premi assicurativi statali. Sempre in Inghilterra, un ulteriore passo avanti avvenne con l'istituzione delle workhouses, case di lavoro e di accoglienza che miravano a combattere la disoccupazione e a mantenere basso il costo della manodopera. Tuttavia, queste si trasformarono in luoghi di detenzione; la permanenza in questi centri pubblici equivaleva alla perdita dei diritti civili e politici in cambio dell'assistenza governativa.

Queste leggi includevano l'assistenza ai poveri nel caso in cui le famiglie non fossero in grado di provvedere da sole. Oltre ad avere un chiaro contenuto filantropico, esse derivavano dalla considerazione che riducendo il tasso di povertà, si sarebbero potuti arginare anche i fenomeni negativi legati alla criminalità. Questa fase si concluse prima della Grande Guerra, durante la quale molti programmi vennero interrotti o riformulati, mentre in alcuni Paesi durò fino ai primi anni del Novecento.

La seconda fase, cioè il consolidamento, raggiunge il suo culmine in concomitanza con la Grande Depressione (T. MARSHALL, 1961). Questa fase, ispirata da monarchie costituzionali conservatrici o da pensatori liberali, può essere fatta, tuttavia, risalire alla prima rivoluzione industriale e alla legislazione inglese del 1834. Anche in questo caso, le forme di assistenza sono da considerarsi individuali e sono rivolte solo a coloro che appartengono a una classe sociale svantaggiata: in questo contesto sono state istituite le prime "assicurazioni sociali" per garantire i lavoratori contro gli infortuni sul lavoro, malattia e vecchiaia. All'inizio erano su base volontaria, poi sono diventate obbligatorie per tutti i lavoratori. Le ragioni di questa svolta sono state la ricerca della pace sociale, al fine di conciliare le richieste di maggiore protezione da parte dei lavoratori proletari e la richiesta di manodopera a basso costo da parte degli industriali. Nel 1883, l'"assicurazione sociale" fu introdotta dal cancelliere Otto von Bismarck per favorire la riduzione della mortalità e degli infortuni sul lavoro e per stabilire una prima forma di sicurezza sociale.

Secondo alcuni studiosi, fu il "capitale" a spingere per l'obbligatorietà dei pagamenti da parte dei lavoratori perché non dovessero più sostenere l'intero costo della sicurezza sociale. Questa fase ha concretamente prodotto la graduale integrazione di idee e politiche prima disperse in un'affermazione positiva del

potere dei governi democratici come gestori sociali. Il risultato di questo consolidamento non è stata una soluzione fissa e stabile; al contrario, quello che allora veniva chiamato "stato sociale" era politicamente un mix di idee e interessi straordinariamente eterogenei.

Agli inizi degli anni Cinquanta si concluse la fase di consolidamento per mutare in fase di espansione che viene tuttora considerata fase contemporanea. La terza fase, quella dell'attuale Welfare, è iniziata dopo la Depressione e la Seconda Guerra Mondiale. Nel 1942, in Gran Bretagna, la sicurezza sociale fece un passo avanti decisivo con il cosiddetto Rapporto Beveridge, redatto dall'economista William Beveridge, che introdusse e definì i concetti di assistenza sanitaria pubblica e di pensione sociale per i cittadini. Queste proposte furono attuate dal laburista Clement Attlee, che divenne primo ministro nel 1945 (M. BRUCE, 1961). La Svezia, nel 1948, fu il primo Paese a introdurre una pensione per tutti i cittadini basata sul diritto di nascita. In questo modo, il welfare divenne universale, rendendo tutti i cittadini portatori di uguali diritti civili e politici per tutta la vita. L'affermazione del neonato Stato sociale con il relativo forte incremento della spesa pubblica fu accompagnata da una crescita esponenziale del PIL. L'indicatore di questo processo di espansione è la spesa sociale: il prelievo fiscale è cresciuto a un ritmo più veloce delle risorse economiche e la spesa totale è aumentata.

## 1.6 I DIVERSI MODELLI DI WELFARE STATE

Titmuss ed Esping-Andersen hanno individuato tre principali tipologie di politiche sulla salute sociale (R. TITMUSS, 1974). Il welfare residuale o di assistenza pubblica (Reagan USA; Thatcher GB), consiste nell'intervento statale nel momento in cui nessuna delle tre sfere sociali riesce a soddisfare i bisogni dell'individuo; s'intende però sottolineare che queste tipologie di interventi rimangono limitati nel tempo. La protezione sociale pubblica è finalizzata a coprire un segmento limitato della popolazione che si trova in condizioni di particolare bisogno. I programmi, anche a causa della forza del movimento operaio e dell'assenza di partiti socialisti, sono molto selettivi e l'impegno di spesa è più modesto.

Il modello meritocratico-occupazionale, mira invece a collegare le prestazioni ai livelli di reddito e alla posizione sociale raggiunta attraverso il lavoro; in questo modello, lo Stato identifica la politica sociale come uno strumento per correggere i risultati del mercato. L'intervento pubblico si basa, tuttavia, sul presupposto che ognuno provveda a sé stesso attraverso il proprio lavoro, o affronti situazioni di bisogno grazie al versamento di contributi che lo assicurino contro i rischi sociali. Il principio di sussidiarietà si basa su un'idea di persona umana pienamente responsabile del proprio sviluppo e della propria promozione, per cui è essenziale valorizzare e sostenere la persona singola o associata, nel pieno rispetto, però, della sua autonomia e libertà (S. VOGLIOTTI & S. VATTAI, 2014). Pertanto, la differenza tra solidarietà e sussidiarietà deriva da un'idea di sostegno e promozione che, nel primo caso, poggia su un'idea di solidarietà e di sussidiarietà, la quale valorizza la capacità autonoma di rispondere ai diversi bisogni che emergono nelle specifiche situazioni (disoccupazione, malattia, incidenti, ecc.). Il grado di benessere a cui ha diritto un individuo dipende dalla sua posizione nel mercato del lavoro.

Solo con il modello istituzionale redistributivo le logiche acquisitive che muovono il mercato e le logiche alla base della disuguaglianza sono efficacemente bilanciate dai programmi di welfare pubblico; in questo caso il criterio di allocazione delle risorse è definito ex ante, sulla base del puro bisogno, e l'obiettivo dei programmi è la libertà dal bisogno. In questo terzo modello, lo Stato adotta criteri universali per l'erogazione dei servizi. Questi sono organizzati e gestiti in relazione ai bisogni dell'intera popolazione e il loro accesso si basa solo sulla residenza e non sui contributi o sul pagamento dei servizi. Il modello istituzionale interviene nella fase a monte dei processi di distribuzione o prima che si verifichino le situazioni di bisogno. Ciò implica che gli interventi sociali sono prevalentemente finalizzati alla prevenzione piuttosto che all'assistenza.

Le politiche sociali assumono la forma di assistenza sociale quando si caratterizzano per l'erogazione di prestazioni e servizi basati sulla prova dei mezzi. L'intervento è quindi residuale e limitato nel tempo, perché lo Stato affida principalmente i processi di allocazione delle risorse sociali al mercato e alle famiglie (S. VOGLIOTTI & S. VATTAI, 2014): le assicurazioni, quando sono caratterizzate dall'erogazione di servizi standardizzati basati su specifici

diritti/doveri individuali (pagamento dei contributi) normalmente associati a una situazione lavorativa stabile; sicurezza sociale, caratterizzata dal soddisfacimento dei bisogni e dalla copertura dei rischi estesa a tutti i cittadini in tutte le fasi della vita. Un'ultima classificazione è suggerita da Ferrera, che elabora una tipologia dei vari sistemi di welfare a partire dalle variazioni di solidarietà in relazione alla diffusione dei rischi (M. FERRERA, 2006). Infatti, muovendo dalla definizione di Baldwin del concetto di "solidarietà" come un complesso di dinamiche attraverso le quali le comunità politiche generano una protezione istituzionalizzata (P. BALDWIN, 1990), Ferrera privilegia una prospettiva peculiare, quella del tipo di copertura offerta ai destinatari delle misure di protezione sociale. Su questa base, egli distingue tra due tipi di welfare: universale e occupazionale. Il concetto di welfare universale afferma e consolida un unico bacino di solidarietà, capace di abbracciare l'intera popolazione. La modalità operativa di questo tipo di welfare è la leva fiscale, la cui prerogativa è quella di attivare flussi redistributivi verticali dalle fasce di reddito più alte ai gruppi sociali svantaggiati. Nel modello occupazionale, invece, esistono tanti pool di rischio quante sono le categorie di lavoratori protette da specifici meccanismi assicurativi specifici. Il modello funziona essenzialmente sulla base di contributi e di una solidarietà che avviene fondamentalmente all'interno della stessa categoria di rischio, attraverso forme di redistribuzione, ad esempio dai giovani agli anziani o dagli occupati ai disoccupati.

Analizzerò in maniera più approfondita il modello di Titmuss: esso si focalizza sulle diversità sociali e di status. Per fare luce su queste diversità l'autore si concentra nella individuazione dei criteri di parità e vicinanza tra tutti gli individui di una società. Durante la Seconda Guerra Mondiale, secondo Titmuss, l'unica possibilità di superare la paura dovuta alla deprivazione e alla scarsità organizzativa era il mantenimento del legame di sangue e il corrispettivo senso di appartenenza alla comunità di residenza (R. TITMUSS, 1974). Lo stato sociale descritto dall'autore è suddiviso da tre fattori: la differenza di ruolo e il modo in cui lo stato cerca di intervenire in confronto al sistema delle politiche sociali, il bisogno di maggiore sicurezza sociale, e il tipo di destinatario al quale vengono rivolti gli interventi.

Le diverse tipologie di intervento sono: residuale, meritocratico-occupazionale (in particolare in questi due modelli ci si concentra principalmente su una marcata influenza del lavoro inteso come scambio e occupazione), istituzionale e redistributivo (quest'ultimo si basa sul principio di uguaglianza e il raggiungimento della soddisfazione minima dei bisogni individuali, questo tipo di intervento statale è soddisfacente e massimizzato). Tuttavia, ciò porta a identificarli con costrutti tipici-ideali lontani dalle reali esperienze nazionali e più adatti a descrivere singoli schemi piuttosto che interi stati sociali, che spesso si collocano ai confini tra i modelli per la presenza di elementi diversi. La realtà è molto più complessa di una semplice astrazione teorica e dell'applicazione pratica di uno solo di questi modelli. Infatti, il testo di Richard Titmuss, pur essendo estremamente valido nel suo impianto teorico, è il risultato di un contesto storico, sociale ed economico diverso dalla realtà contemporanea (R. TITMUSS, 1974).

#### 1.7 IL DECLINO DEL WELFARE NEL TEMPO.

Con la modifica delle esigenze sociali e il conseguente incremento delle aspettative e delle necessità della popolazione, e con minori fonti di sostegno sempre più vincolate, la politica del welfare viene particolarmente danneggiata, ricadendo in crisi. La situazione è riuscita a rimanere in sostanziale equilibrio per alcuni decenni.

Durante il periodo anni Cinquanta fino agli anni Ottanta e Novanta, la spesa pubblica è cresciuta considerevolmente, soprattutto nei Paesi che hanno adottato una forma di welfare universale, ma la situazione è rimasta sotto controllo grazie alla contemporanea e sostenuta crescita del PIL nella maggior parte delle economie in generale (C. JONES, 1993). In questo periodo si è assistito a un rafforzamento della classe media, il decadimento dei sistemi di welfare avviene alla fine del diciannovesimo secolo a causa di motivi economici, politici, sociali e culturali, tanto che da allora si parla di una vera e propria crisi dello Stato sociale. In molti Paesi europei è sempre più diffusa l'opinione secondo cui il sistema sociale, a causa degli effetti scoraggianti delle sue istituzioni e del prelievo fiscale necessario per il suo finanziamento sia da considerarsi una delle

principali cause di una crescita economica insoddisfacente, se confrontata con la corrispondente performance degli Stati Uniti.

Negli ultimi anni, infatti, gli Stati sociali europei sono stati sottoposti a una sequenza di pressioni che, da un lato hanno portato a un crescente scollamento tra i nuovi bisogni/rischi che richiedono protezione e le garanzie dai programmi esistenti, e dall'altro a un aumento dei costi di finanziamento della spesa pubblica. Le drammaticità principali che portano lo stato sociale alla crisi sono: la difficoltà all'incremento dei consumi interni associata ai flussi migratori, dovuti all'industrializzazione progressiva degli altri paesi (M. FERRERA, et al., 2000); la diminuzione della forza lavoro da parte delle recenti generazioni, per via dell'occupazione centralizzata sulle fasce di lavoratori più anziani (M. FERRERA, 2006). Entrambi questi fattori minano il tradizionale insieme delle politiche sociali.

Negli anni Novanta, i cambiamenti e le riforme volte a ricalibrare il welfare state originario sono stati attuati in quasi tutti i Paesi. In Italia, sono state introdotte quote di compartecipazione alla spesa sanitaria per contenere i costi. Il sistema pensionistico è stato trasformato da alcune riforme restrittive volte a ridurre i costi della spesa sociale. I sistemi di "benessere collettivo" avevano conosciuto una fase di massima espansione a partire dagli anni Cinquanta, quando la maggior parte dei Paesi europei, usciti dalla Seconda Guerra Mondiale, registrarono alti tassi di crescita economica dovuti alla ricostruzione e al boom dell'occupazione, che rendevano piuttosto semplice soddisfare le esigenze di una minoranza di cittadini che chiedevano indennizzi e altre forme di protezione.

A partire dagli anni Settanta, il rallentamento della crescita della produttività, la segmentazione del mercato del lavoro, ha favorito l'emergere di crisi petrolifere, insieme ai cambiamenti nella sfera sociale, hanno portato a un maggiore ricorso alle politiche sociali, provocando un aumento dei costi di gestione e una progressiva insostenibilità del sistema.

Di fronte a una nuova serie di bisogni e richieste sociali, le politiche assistenziali, hanno rivelato l'inadeguatezza delle loro strutture. Nel corso degli anni Novanta, i sistemi di protezione sociale e i mercati del lavoro europei sono stati interessati da numerose riforme, ma raramente sono state radicali. Le incoerenze e il carattere marginale della maggior parte delle riforme hanno spesso finito per aumentare la complessità e la frammentazione dei sistemi di sicurezza sociale

europei, aggravando il divario tra individui protetti e non protetti. Tra le varie ipotesi di politiche sociali, la più radicale è quella di garantire un reddito di base attraverso l'erogazione di un sussidio, elargito su base individuale e senza alcuna valutazione dei mezzi economici dei beneficiari. In particolare, essendo fornito indipendentemente dalla rispettiva posizione sul mercato del lavoro, un reddito di base permetterebbe di creare uno scollamento tra il ruolo professionale dell'individuo e il suo diritto a un reddito, su cui si basano le attuali politiche redistributive, garantendo così i pieni diritti di cittadinanza sociale. Per quanto attraenti, queste proposte non sono immuni da obiezioni che si appuntano sia sull'aumento della spesa necessaria a finanziare un sistema di sussidi incondizionati, sia sui potenziali effetti disincentivanti sulle scelte lavorative e sull'accumulo di capitale umano (A.B. ATKINSON, 1995). Al fine di evadere dalla presente situazione, si è costretti a rivoluzionare gran parte dell'attuazione pubblica per concentrarsi sulle pratiche private. Ovviamente ci si riferisce alle aree di tipo finanziario e politico. Per porre fine alla crisi fiscale, bisognerebbe porre fine a un'assistenza sponsorizzata dallo Stato e restituire ricchezza agli individui, alle famiglie, e all'intera popolazione.

Con l'attuazione di piani di alleggerimento della burocrazia e spesa sociale si otterrebbero notevoli benefici per l'intero sistema sociale ed economico. Le risorse così liberate potrebbero essere investite in modo più efficiente ed efficace dai singoli, soprattutto in un contesto sociale ed economico più libero e flessibile, contribuendo alla crescita della ricchezza e alla creazione di nuove opportunità di lavoro. Tuttavia, nonostante le evidenti difficoltà, in Italia, le speranze di successo nell'avvio di una riforma radicale sembrano molto tenui (C. SARACENO, 1997). Una larga parte della popolazione gode dei benefici dello Stato sociale senza sostenerne i costi. Una vasta burocrazia ha costruito la propria fortuna su di esso, la classe politica e i sindacati sono più inclini a una prospettiva oligarchica e traggono il loro consenso dal patrocinio di tali interessi. Tutto porta a pensare che queste componenti concorrano alla difesa strenua dello status quo, anche a costo di ricorrere a misure fiscali aggiuntive, possibilmente mascherate da lotta all'evasione fiscale e sostenute fomentando l'invidia e incoraggiando la delazione tra le diverse categorie della struttura sociale. Solo un profondo rinnovamento culturale potrà consentire di superare lo stallo di questo sistema (M. FERRERA, et al., 2000).

## 1.8 NUOVE PROPOSTE PER LE POLITICHE SOCIALI

La resistenza alla privatizzazione e alla frammentazione dei servizi della società va di pari passo con gli atteggiamenti dell'opinione pubblica. L'agenda dell'individualizzazione e del consumismo solleva questioni più impegnative e può essere difficile da attuare senza rafforzare il quadro dei servizi comuni. I temi della fiducia e della capacità dei servizi rivolti alla società di sostenerla sono di grande importanza (TAYLORGOOBY, 2009). I servizi di NSR (New Social Risks), in particolare quelli rivolti ai poveri, presentano i problemi più difficili; i problemi non riguardano solo la comunicazione e la costruzione di un programma politico attraente, ma anche il modo per affrontare cambiamenti che sono altamente rilevanti nella politica attuale, ma che sono radicati in caratteristiche strutturali di lungo periodo della società. Qualsiasi programma soddisfacente deve aiutare a costruire il collettivismo piuttosto che rafforzare le divisioni sociali che ostacolano i tentativi attuali di sviluppare il Welfare State.

Nei recenti dibattiti sul modo migliore di progredire nel welfare ci sono tre direzioni principali che affrontano questi temi: contribuzione, redistribuzione e investimento. Queste ultime due aree sono spesso collegate alle idee di prevenzione; il contributo offre un mezzo per sfruttare assunti profondi di diritto e reciprocità per sostenere la legittimità del sistema e un contributo reciproco giustifica il diritto (GINTIS et al., 2005).

Attività come la cura dei bambini, dei malati o degli anziani, il lavoro volontario e la formazione per assicurarsi la possibilità di partecipare a un lavoro retribuito in futuro sono accreditate nella propria assicurazione sociale tradizionale. Viene discusso e valutato parzialmente un programma più dettagliato che si basa su estensioni delle assicurazioni sociali (BELL & GAFFNEY, 2012): un sistema contributivo più limitato e strettamente basato sul lavoro, analogo alle assicurazioni sociali bismarckiane (FIELD, 2009). È stato sviluppato uno schema di prestiti per l'assicurazione salariale diretto specificamente ai lavoratori relativamente ben pagati e progettato per integrare le prestazioni (GRAEME COOKE, 2011). La logica di questi schemi è che la contribuzione è

"polvere d'oro psicologica" e che isola i lavoratori dal rischio di disoccupazione. L'aspetto negativo è che inevitabilmente distinguono i contribuenti dai non contribuenti, anche negli schemi più estesi della società e concentrano l'antipatia dell'opinione pubblica su gruppi che probabilmente sono particolarmente deboli nel mercato del lavoro e vulnerabili.

I programmi redistributivi si concentrano sulla distribuzione dei redditi di mercato (HACKER, 2011). Per coloro che si trovano in basso, con un lavoro poco retribuito e spesso a tempo parziale, i redditi, infatti, sono semplicemente insufficienti per una vita familiare dignitosa. Uno dei risultati dei programmi redistributivi è la massiccia espansione delle misure di sostegno al reddito, principalmente a favore dei lavoratori poveri, come il credito d'imposta e i sussidi per l'alloggio e la casa dall'uno al trenta per cento del bilancio del Department for Work and Pensions dalla fine degli anni Settanta (BROWNE & HOOD, 2012). La redistribuzione cercherebbe di migliorare i salari imponendo (o, nel caso di alcune fantasiose proposte del partito laburista) di incoraggiare i datori di lavoro a pagare al livello del Living Wage, circa il 20% sopra il salario minimo. Ciò implica problemi di transizione che dovrebbero essere scaglionati e potrebbero variare a seconda dei settori (PENNYCOOK, 2012). L'approccio potrebbe anche rafforzare il potere di contrattazione attraverso comitati aziendali, comitati retributivi più rappresentativi e l'abrogazione di alcune leggi antisindacali (COATS, 2012).

Una discussione più ambiziosa, ma più vaga, suggerisce di controllare i livelli degli affitti, i prezzi delle utenze e gli altri costi che gravano su molte persone e di estendere la redistribuzione per coprire gli investimenti sociali attraverso programmi di formazione e istruzione, che si estendano durante la vita lavorativa, per garantire un più ampio accesso ai redditi da lavoro (CARLIN, 2012). Questo approccio è chiaramente interventista, allontana la preoccupazione che non vi siano richiedenti, concentrandosi sui redditi di mercato e quindi sul lavoro; richiederebbe il sostegno del sistema previdenziale per coprire coloro che non lavorano. L'investimento sociale cerca di diminuire le preoccupazioni sul diritto alle prestazioni pubbliche, sottolineando il valore sociale degli interventi statali. Il valore netto di un programma universale di assistenza all'infanzia costa fino a 5.000 sterline all'anno per ogni madre in grado

di passare da un'assistenza all'infanzia a tempo pieno a un lavoro a tempo pieno con un salario medio (BEN-GALIM, 2011); l'importo si basa sul reddito fiscale e sui sussidi risparmiati. Anche senza questo spostamento, il costo di un programma del genere potrebbe essere molto inferiore alle cifre di riferimento e contribuirebbe alla parità di genere. Un programma corrispondente per l'assistenza agli anziani potrebbe liberare importi comparabili (PICKARD, et al 2012). L'investimento sociale cerca di giustificare la spesa per il welfare su basi economiche. Molte attività possono essere viste come investimenti, tra cui l'assistenza sanitaria, gli alloggi dignitosi per garantire la mobilità e prevenire le malattie. La maggior parte del lavoro si concentra sull'istruzione e la formazione, dove l'esperimento naturale dell'innalzamento dell'età di uscita dalla scuola nel 1973 indica un ritorno superiore al 10 per cento annuo per gli individui in termini di maggiore capacità di guadagno e di probabilità di un guadagno netto per la società (DICKSON & SMITH, 2011).

Diventa sempre più difficile giustificare gli interventi quanto più ci si allontana dall'istruzione, dalla formazione e dall'assistenza all'infanzia/sociale, perché non è certo come si possa identificare il ritorno attribuibile a un intervento, per esempio, in materia di sostegno sociale o di sostegno ai salari. Questa breve discussione dimostra che è possibile avanzare argomentazioni a favore della spesa assistenziale redistributiva, nonostante lo stigma legato alle provvidenze per i poveri. L'argomentazione che può essere avanzata è parziale e a volte comporta chiare divisioni, tipicamente basate sull'attaccamento reale o potenziale al mercato del lavoro. Un rischio è che questi approcci diventino di genere. Ciò suggerisce che è importante sottolineare gli aspetti più inclusivi degli approcci e che è utile trovare il modo per combinarli in una narrazione condivisa, in modo da poterli perseguire di concerto.

## **CAPITOLO II**

### **DIVERSI MODELLI DI WELFARE IN EUROPA**

#### **2.1 IL MODELLO DEL SUD EUROPA**

Inizierò con un'introduzione che prende in considerazione il dibattito sull'esistenza di un modello di Stato sociale dell'Europa meridionale che sottolinea il contesto di sviluppo e le strutture istituzionali distintive del welfare nella regione europea meridionale. Sebbene possano incarnare principi di organizzazione delle politiche sociali simili a quelli del Nord Europa, gli Stati sociali dell'Europa meridionale presentano delle particolarità per la cui comprensione occorre prenderne in seria considerazione le specifiche caratteristiche politico-istituzionali. Allo stesso modo, ci può essere una certa convergenza in termini di spesa e di orientamento politico in tutta l'Europa occidentale; i problemi che affrontano le loro società, così come le loro risposte, rivelano la persistenza di una "sindrome del sud" nella politica sociale europea. Gli Stati sociali dell'Europa meridionale sono diventati solo di recente l'oggetto di interesse accademico. In passato, sono stati esclusi dagli studi comparativi sulle politiche sociali, oppure sono stati considerati come sistemi poco sviluppati e sulle stesse traiettorie di sviluppo istituzionale delle loro controparti più avanzate del nord. Il principale esempio di quest'ultimo è uno studio che, pur non includendo esplicitamente Spagna, Portogallo o Grecia, ha fatto dell'Italia un membro del mondo conservatore-continentale del capitalismo del benessere, che si distingue per i suoi programmi di welfare differenzianti e per i sistemi di mantenimento del reddito e di assistenza sanitaria fortemente legati all'occupazione e allo status familiare (ESPING-ANDERSEN, 1990).

Per quanto riguarda le analisi dello sviluppo politico in un senso lato si tendeva a negare l'esistenza di uno specifico modello meridionale e a collocare i paesi del Sud nella corrente principale dell'analisi comparativa (LIJPHART, et al., 1988). Questo è stato un utile correttivo al tradizionale assunto che questi Paesi fossero ancora sottosviluppati, sia politicamente ed economicamente, al di fuori del mainstream delle società democratiche occidentali, anche se l'Italia era un solido membro di quel campo dalla fine degli anni Quaranta, e il Portogallo, la Spagna e Grecia avessero tutti compiuto il passaggio alla democrazia e sperimentato un rapido sviluppo economico dall'inizio degli anni Settanta.

Gli studi comparativi che si sono concentrati su un "tipo di Sud" lo hanno fatto o in termini di modello di transizione democratica o di un particolare tipo di economia politica, collocando questi Paesi, ad esempio, alla "periferia del

mondo", e analizzando le conseguenze di questa posizione per i legami internazionali e lo sviluppo interno. Tuttavia, pur essendo utili, questi studi di solito non sono riusciti a estendere le loro analisi alla particolare forma di stato sociale che è emersa in quelle circostanze (SANTOS, 1994, PETMESIDOU & TSOULOU, 1994). Più recentemente, si è assistito a una proliferazione di studi comparativi e di un singolo Paese sulla politica sociale dell'Europa meridionale. Questi includono tentativi di riaffermare i punti in comune tra gli Stati sociali dell'Europa meridionale e quelli più sviluppati dell'Europa settentrionale. Un esempio è che, pur deplorando l'abbandono dell'Europa meridionale nell'analisi comparativa, si cerca ancora una volta di correggere l'impressione che questi Paesi rappresentino ancora la "retroguardia" del welfare (CASTLES, 1995). Concentrandosi sulla sicurezza sociale e sui trasferimenti assistenziali, è stato sostenuto che i Paesi dell'Europa meridionale devono essere visti come membri tipici della famiglia conservatrice delle nazioni, che spendono meno di altre solo perché sono povere e hanno un'età relativamente giovane (CASTLES, 1995). Tentare di separare la topografia istituzionale dai loro principi organizzativi o dal loro disegno originale sembrerebbe di valore limitato. Certamente impedisce di comprendere l'esempio estremo dei problemi che affliggono i sistemi di welfare meridionali. L'inserimento dei Paesi del Sud in un modello "continentale" più ampio diminuisce la nostra comprensione della loro forma di base, del funzionamento e delle conseguenze distributive.

In uno studio sul Portogallo, vi sono due limiti all'applicazione dell'approccio del regime antecedente all'Europa meridionale: ci si concentra sulla decommodificazione dei diritti dei lavoratori nel mercato del lavoro formale, i mercati del lavoro informale che giocano un ruolo così importante nel sud sono invece esclusi dall'analisi; non riuscendo ad esplicitare i meccanismi solidaristici della società civile meridionale, le istituzioni informali sulle quali questi sistemi si basano così pesantemente, combattono la povertà e l'esclusione sociale (PEREIRINHA, 1992). Dunque, una concettualizzazione degli Stati sociali non solo in termini di relazione tra Stato e mercato, ma che abbracci pienamente il ruolo della società civile, differenziata in settore domestico e settore volontario (PEREIRINHA, 1992).

La specificità del welfare meridionale è forse da ricercarsi nel fatto che la famiglia era impegnata in un processo di cambiamento legato alla trasformazione del mercato del lavoro e all'estensione di un certo numero di valori relativi alla sfera domestica, proprio nel momento in cui lo sviluppo delle istituzioni formali di welfare è stato messo a repentaglio dalla recessione economica. In effetti, il "galateo socio-politico" che ispira il funzionamento di tutti gli Stati sociali dell'Europa meridionale è talmente diverso da quello degli altri Paesi corporativisti e cattolici del nord, che di fatto crea un tipo di sistema di welfare distintivo, in cui ci sono effettivamente picchi di generosità senza precedenti per alcune categorie della popolazione e che, a prescindere da un processo di "recupero" in termini di spesa sociale, è molto resistente alla convergenza istituzionale (FERRERA, 1996). Infatti, mentre le differenze tra il sistema meridionale e quello continentale possono essere attribuite in parte allo sviluppo, l'organizzazione sociopolitica di queste società ha garantito che quando e dove lo sviluppo si è verificato, esso sia stato gravemente distorto a favore di alcuni gruppi privilegiati, creando una "sindrome" di benessere specificamente meridionale.

È stato specificato che le principali caratteristiche di questa sindrome sono un sistema di mantenimento del reddito fortemente frammentato e corporativistico caratterizzato da dualismo e polarizzazione in termini di reddito e delle pensioni (che comprende una distribuzione particolare delle risorse abitative e dei trasferimenti assistenziali a favore di fasce privilegiate di anziani) (CASTLES & FERRERA, 1996); un allontanamento dalle tradizioni corporative (tipiche del modello "conservatore" continentale) nell'assistenza sanitaria e l'istituzione di servizi sanitari nazionali; l'abbandono delle tradizioni corporative con un basso grado di penetrazione dello Stato nella sfera del welfare (riflesso in livelli di spesa assistenziale ancora bassi in questi Paesi, esclusa l'Italia); con un mix distintivo di welfare (Stato/famiglia/chiesa/carità) e clientelismo che distribuiscono sussidi in denaro a gruppi di clienti politici.

I fattori politico-istituzionali indicati come "giochi di potere" derivanti dalle strutture specifiche della politica sudeuropea sono: la debolezza delle istituzioni statali e l'incapacità di dotare questi di una funzione pubblica razionale-weberiana prima dell'espansione di massa dei programmi di welfare

(FERRERA, 1996); la preminenza dei partiti come principali aggregatori di interessi sociali; la polarizzazione ideologica (e, in particolare, la presenza di una sinistra radical-massimalista e divisa) nei sistemi partitici del Sud. Pertanto, si attribuiscono gli squilibri interni ai sistemi di mantenimento del reddito in Spagna e in Italia in parte alla competizione tra i partiti, sia all'interno della sinistra (i partiti socialisti che cercavano di smantellare il separatismo occupazionale nella previdenza sociale e di introdurre una pensione universale di tipo scandinavo sono stati osteggiati dai partiti comunisti di entrambi i Paesi) sia tra la sinistra e i partiti conservatori, orientati al clientelismo (FERRERA, 1996).

Prima di considerare i problemi particolari affrontati dagli Stati sociali meridionali, sia per far fronte all'eredità di uno sviluppo istituzionale ed economico ineguale, sia per rispondere alle nuove sfide, vale la pena di sottolineare che la qualità della vita e le opportunità di vita sono migliorate negli ultimi trent'anni in questi Paesi e che i progressi dei programmi dello Stato sociale hanno svolto un ruolo importante nel migliorare il benessere individuale e collettivo.

L'introduzione di nuovi ammortizzatori sociali ha svolto un'importante funzione sia di sostegno sia alla transizione della democrazia e sia al suo consolidamento. Questo non vuol dire negare le notevoli carenze di offerta e di sviluppo di questi sistemi. La creazione di servizi sanitari nazionali e le ampie riforme dei sistemi sanitari sono state molto ambiziose e inevitabilmente non sono state all'altezza delle aspettative, più in alcuni Paesi del Sud (Portogallo e Grecia) che in altri.

In Portogallo, la mortalità infantile è la più alta dell'OECD e le malattie debellate sono state eliminate altrove in Europa (alcune però sono ancora diffuse, a causa delle cattive condizioni di vita e anche per l'inadeguatezza dei servizi sanitari); mentre Spagna e Italia si collocano ben al di sopra della media OECD in termini di tutti gli indicatori generali dello stato di salute (mortalità infantile e prenatale e vita media). In Grecia, i servizi sanitari nelle zone rurali sono così scarsamente sviluppati che per molte cure è necessario recarsi nei centri più importanti. Sia in Portogallo che in Grecia, l'assistenza sanitaria è frammentata e sottofinanziata e mantiene una struttura duale pubblico-privato, nonostante la creazione formale di sistemi sanitari nazionali.

Il tasso di recupero in altre aree è stato lento: il sistema educativo in Portogallo era ancora poco sviluppato (con uno dei più alti tassi di analfabetismo d'Europa); in Grecia soffriva per il calo degli investimenti dove i recenti miglioramenti, soprattutto nell'istruzione professionale, sono dipesi interamente dai finanziamenti del Quadro Comunitario di Sostegno. In Italia, il rapporto di spesa per l'istruzione tra regioni settentrionali e meridionali era di tre a uno alla fine degli anni Ottanta ma, come in altre parti dell'Europa meridionale, i tassi di partecipazione all'istruzione obbligatoria e post-obbligatoria continuano a essere bassi rispetto agli altri Paesi europei (RHODES, 1995). In alcuni Paesi del Sud, tuttavia, la qualità e l'estensione dell'offerta hanno raggiunto i livelli di programmi di alcuni Stati sociali del Nord, soprattutto perché questi ultimi vengono ora ridotti o lasciati erodere. In tutti questi paesi, ciò nonostante, le possibilità di successo di una "riforma delle riforme" resa necessaria dalla rapida e spesso squilibrata crescita dell'assistenza sociale, sono state gravemente lese all'inizio della recessione a metà degli anni Settanta e dal passaggio da politiche economiche espansive a politiche di austerità, da cui nessuno degli Stati sociali occidentali è stato immune.

Gli anni avvenire saranno critici per i paesi dell'Europa meridionale, che dovranno adattare le loro economie, le loro culture amministrative oltre i loro confini, considerando il consolidamento del mercato unico, la convergenza dell'UEM e una maggiore concorrenza nei mercati mondiali più aperti. In una certa misura queste pressioni porteranno a un maggiore conformismo, in termini di disciplina di bilancio, razionalizzazione delle burocrazie, di riduzione del clientelismo e attacchi alle anomalie nella tassazione e nei benefici (RHODES, 1995). In questo processo, la natura distorta dell'offerta di welfare e i picchi di generosità che sono ancora caratteristici di questi sistemi dovrebbero riuscire gradualmente, a seconda della determinazione politica, ad affrontare le disuguaglianze radicate e gli interessi acquisiti che le difendono. È probabile che ci sia una continua convergenza su un modello di welfare a contratto pubblico (modello di welfare nel settore sanitario) e la diffusione dei principi organizzativi di mercato con l'espansione del settore privato, soprattutto in quei paesi che presentano un'ampia insoddisfazione degli utenti nei confronti del sistema attuale (Grecia e Italia). Ci sarà anche una certa convergenza nelle

dinamiche di cambiamento delle politiche, per gli accordi che coinvolgono le parti sociali in settori che vanno dalla regolamentazione del mercato del lavoro al finanziamento della sicurezza sociale e delle pensioni, le quali rimarranno indispensabili in Italia, Spagna e Portogallo (FERRERA, 1996).

Come dimostrano i recenti sviluppi delle politiche in Portogallo, i miglioramenti nella copertura previdenziale in Spagna e l'eliminazione delle anomalie nel sistema pensionistico italiano e greco, giustificano un misurato ottimismo sulla capacità di riforma di questi sistemi. Tutto questo non significa che le caratteristiche di base della "sindrome del sud" scompariranno da un giorno all'altro. Le strutture amministrative rimarranno frammentate e colonizzate da interessi acquisiti, gli alti tassi di povertà e di disoccupazione persisteranno in molte regioni del Sud e la riforma dei sistemi sanitari, previdenziali e pensionistici sarà lenta e, nella maggior parte dei casi, in ritardo rispetto alle aspettative. L'evasione fiscale e la frode previdenziale continueranno ad essere un problema importante, che dipende tanto da una riforma degli atteggiamenti sociali quanto da una riforma sostanziale delle amministrazioni statali. Il clientelismo è radicato nella politica di questi Paesi ed è difficile da estirpare, soprattutto quando gli agenti del cambiamento, i partiti politici, dipendono dai gruppi di clienti per il sostegno.

Allo stesso tempo, lo sviluppo tra le regioni più povere e quelle più prospere (Italia e Spagna settentrionali, Spagna, costa atlantica del Portogallo e Grecia) potrebbe allargarsi, creando nuove disparità nell'erogazione del welfare, in particolare quanto alla responsabilità per la gestione delle risorse; una tendenza che si sta manifestando in Portogallo e, seppur con l'opposizione politica, anche in Grecia (FERRERA, 1996).

Tuttavia, nonostante il contesto di turbolenza economica, la direzione del cambiamento in tutti i paesi della regione meridionale è stata positiva negli ultimi anni, anche considerando un'accettazione piuttosto acritica delle regole del mercato e della concorrenza nella riforma dei servizi sanitari. Alcuni dei principali difetti sistemici della "sindrome meridionale" vengono affrontati per la prima volta, soprattutto in Italia e in Grecia, benché in quest'ultima si sia ancora lontani dal successo. Nuovi strumenti, come i programmi di reddito minimo stanno aiutando a riparare le reti di sicurezza deboli in questi Paesi. Le

disuguaglianze in materia di sicurezza sociale e di pensioni sono state lentamente eliminate, ma il proseguimento della riforma e del consolidamento di questi Stati sociali dipendono in larga misura da variabili esterne, particolarmente importante sono lo "scudo e la minaccia" forniti ai governi della regione dal Trattato di Maastricht e dagli effetti politici che ne derivano. Se questo vincolo esterno si allentasse, si teme che anche l'impulso alle riforme verrebbe meno.

## 2.2 CRISI STRUTTURALE NELL'EUROPA MERIDIONALE

Le politiche sociali latine non sono solamente legate da un unico profilo istituzionale e da un analogo percorso storico, ma si trovano oggi a fronteggiare eguali sfide evolutive di natura interna ed esterna.

Le sfide esterne sono connesse al processo di unificazione economico-monetaria europea (UEM, COMMISSIONE EUROPEA, 1993) e, alla crescente globalizzazione dell'economia mondiale. Nei paesi dell'Europa meridionale questi sviluppi esercitano pressioni sempre maggiori nei confronti della disciplina di bilancio per l'ammodernamento della pubblica amministrazione e per il contenimento del costo del lavoro al fine di difendere la competitività del sistema sociale.

In Italia, Spagna, Portogallo e Grecia vengono registrati i deficit pubblici più elevati all'interno dell'Unione Europea, nettamente al di sopra dei parametri di Maastricht. I deficit sono generalmente connessi alla dinamica della spesa sociale, soprattutto pensionistica: la Grecia, l'Italia e il Belgio hanno i debiti pubblici maggiormente elevati d'Europa. È vero che possono esservi spazi per un aumento della pressione fiscale in tutti e quattro i paesi, considerando che le entrate pubbliche in rapporto al PIL si situano in quest'area ad un livello inferiore alla media europea, soprattutto in Spagna e Portogallo (FERRERA, 1993).

La pressione fiscale è perciò cresciuta a ritmi molto sostenuti nel corso dell'ultimo decennio. Date le dimensioni dell'economia informale, l'incidenza del prelievo sulla quota formale di attività economiche è più forte di quanto non risulti dalle percentuali aggregate. Secondo alcune stime recenti, l'economia

informale rappresenta il 15% del PIL italiano: in questo caso la pressione fiscale sull'economia formale salirebbe dal 43% al 55% (EUROSTAT, 1994). Un ulteriore aumento di tale pressione potrebbe però innescare rischiosi contraccolpi (backlash) da parte dei contribuenti. Tensioni sociali altrettanto marcate potrebbero d'altra parte essere suscitate da provvedimenti per combattere l'evasione.

I costi del lavoro sono piuttosto bassi nell'Europa del Sud, ma tutti i paesi dell'Europa meridionale hanno provveduto ad avviare incisive riforme per il contenimento della spesa per il welfare. Le sfide interne si focalizzano tutte nella direzione dell'austerità: la principale tra di esse è l'invecchiamento della popolazione, che determina una domanda crescente di prestazioni pensionistiche e sanitarie. I tassi di fertilità italiani e spagnoli sono i più bassi del mondo; in Italia e in Grecia la spesa pubblica destinata agli anziani ha già raggiunto i livelli più elevati dell'area OECD: 15,3% e 12,8% del PIL rispettivamente nel 1991 (OECD, 1994). In Spagna e Portogallo vi sono generose formule pensionistiche, tuttavia, tali valori sono destinati ad aumentare a ritmi piuttosto sostenuti. L'Europa del sud ha iniziato a mostrare chiari segnali di indebolimento. Nel campo della sanità, inoltre, l'universalismo incompiuto ha originato crescenti dilemmi di equità, peraltro esacerbati a seguito dell'inasprimento dei cosiddetti ticket (FERRERA, 1995). Non sarà facile gestire e risolvere la crisi strutturale dello state sociale in Sud Europa.

Dopo la crisi vi sono state delle modifiche, da un lato, una redistribuzione dei pesi all'interno del sistema di protezione: meno prestazioni per le categorie privilegiate e maggior sostegno alle categorie davvero bisognose. Dall'altro lato, una incisiva ristrutturazione organizzativa e finanziaria, volta a promuovere maggiore efficienza e maggiore equità. Entrambe le operazioni andrebbero a toccare interessi forti e organizzati, con conseguenti rischi di aspre tensioni, non facili da gestire in contemporanea all'emergenza finanziaria.

Per certi aspetti lo scenario che potrebbe profilarsi è quello di una protesta sociale come quella registrata in Francia alla fine del 1995, in assenza però di istituzioni forti come quelle della Quinta Repubblica. Al centro dei dibattiti nazionali alcune voci sostengono ormai apertamente che il calendario di Maastricht è troppo precipitoso e che un'Unione Europea più ampia rischia di

danneggiare prematuramente l'Europa meridionale e di lederne gli interessi, relegandola in una periferica Europa di secondo piano. Altre voci continuano invece a sostenere che i vincoli del processo d'integrazione rappresentano un'opportunità da non perdere per effettuare un'integrazione con l'Europa più progredita. Comunque la si voglia vedere, è certo che i rapporti geo-economici e geo-sociali fra litorale mediterraneo ed entroterra continentale si trovano in questa fine di secolo ad uno snodo evolutivo cruciale: ci vorranno però molti anni per sapere com'è andata a finire (FERRERA, 1995).

### 2.3 LA STORIA DELLE POLITICHE SOCIALI IN ITALIA

Il welfare state in Italia è un welfare state democratico cristiano, che presenta infatti la maggior parte, se non tutte, delle caratteristiche di quello che viene spesso definito nella letteratura comparativa sul welfare state come Stato sociale democratico cristiano: programmi di assicurazione sociale legati all'occupazione che riproducono i differenziali di status, una predominanza dei trasferimenti sui servizi, una bassa partecipazione femminile alla forza lavoro e bassi tassi di occupazione. La spiegazione principale di queste caratteristiche in diversi Paesi è stata, secondo la letteratura comparativa, la forza dei partiti cristiano-democratici (HUBER, RAGIN & STEPHENS, 1993; HUBER & STEPHENS, 2001).

In Italia, sia le caratteristiche istituzionali che la forza politica della Democrazia Cristiana (DC) sono innegabilmente presenti, rendendo plausibile la tesi secondo cui la Democrazia Cristiana ha costruito lo Stato sociale italiano. Tuttavia, questa visione dello Stato sociale italiano come organicamente correlato alla forza politica di un partito cristiano-democratico non si preoccupa adeguatamente dei meccanismi attraverso i quali la Democrazia Cristiana come fenomeno politico si traduce in strutture di welfare state. In effetti, ci dice poco su come i partiti democratici cristiani possano aver creato stati sociali omologhi, distinti dagli stati sociali costruiti nelle *polities* dominate dai partiti socialdemocratici o liberali.

Un secondo filone di pensiero nella letteratura comparativa ha fatto di più per scoprire i meccanismi causali dell'opera dei partiti democratico cristiani (BECKER & VAN KERSBERGEN, 1988; ESPING-ANDERSEN, 1990; VAN KERSBERGEN, 1995). Questa letteratura ha identificato due percorsi principali, che possono operare simultaneamente, attraverso i quali la Democrazia Cristiana come fenomeno sociale e politico influisce sui risultati delle politiche di welfare: l'ideologia cattolico-sociale come veicolata dai partiti politici e da altri attori sociali (ESPRING-ANDERSEN, 1990, VAN KERSBERGEN, 1995); la "politica della mediazione" (BECKER & VAN KERSBERGEN 1988, VAN KERSBERGEN, 1995), cioè un particolare tipo di strategia politica caratteristica dei partiti centristi, basata su coalizioni sociali trasversali alle classi e orientate alla religione. Questa ricostruzione ha un valore immenso perché insiste nello specificare i meccanismi alla base della correlazione osservata tra la forza dei partiti cristiano-democratici e le politiche di welfare state "cristiano-democratiche".

In questo capitolo, tuttavia, si sosterrà che nessuno dei due meccanismi finora individuati spiegano pienamente lo sviluppo in Italia di quelle caratteristiche di politica comunemente considerate caratteristiche di uno Stato sociale cristiano-democratico. Una breve ricostruzione della storia del welfare state italiano offre una minima evidenza dell'impatto delle dottrine religiose sulla forma delle politiche sociali; il ruolo della Chiesa come forza di pressione per la promozione di particolari politiche era strettamente circoscritto, con l'eccezione forse della sola istruzione. Anche il ruolo della domanda a livello di massa di specifiche politiche in accordo con gli insegnamenti sociali cattolici è limitato.

La deriva politica (HACKER, 2002), anziché la domanda proveniente da una società di ispirazione religiosa, guida molte delle caratteristiche politiche chiave che altri hanno interpretato come prova di un'impronta democratica cristiana. L'evidenza dell'impatto delle strategie competitive di parte sulla forma delle politiche sociali italiane è più solida e sembra confermare i risultati precedenti (BECKER & VAN KERSBERGEN, 1988, VAN KERSBERGEN, 1995). Tuttavia, più che la "politica di mediazione" praticata da altri partiti cristiano-democratici dell'Europa Continentale, è stata soprattutto la DC a fare la differenza.

Lo scopo principale di questo capitolo, quindi, è quello di illustrare i meccanismi attraverso i quali la Democrazia Cristiana ha influenzato il welfare state italiano, e sottolineare l'importanza della presenza di un cleavage religioso all'interno della politica (VAN KERSBERGEN & MANOW, 2009).

Le politiche attuate dai governi liberali anticlericali gettano le basi dello Stato sociale italiano. Pur essendo talvolta dirette contro gli interessi della Chiesa a volte vi si sono conformate. Laddove corrispondevano agli interessi della Chiesa, tuttavia, non furono attuate solo per questo motivo: i governi liberali attuarono queste politiche nonostante la Chiesa le sostenesse.

Nel secondo dopoguerra, la forza dominante che ha dato forma alle strutture dello Stato sociale italiano è stata la DC, ma non a causa della dottrina sociale cattolica che i leader di questo partito potevano o meno sposare. Infatti, come è stato osservato, non ci sono prove che i leader della DC abbiano mai cercato di applicare come politica i principi della democrazia cristiana (ZUCKERMAN, 1979). La modalità di competizione politica altamente particolaristica della Democrazia Cristiana, che è andata ben oltre quanto richiesto dalla dottrina sociale cattolica o dalla "politica della mediazione", è responsabile dell'immobilismo politico che, combinato con la deriva politica, crea uno Stato sociale altamente stratificante e familista.

I programmi di assicurazione sociale di tipo occupazionale dell'Italia, che nel tempo sono maturati in uno stato sociale che ha premiato i maschi anziani, ma che ha eliminato la spesa per i sussidi alle famiglie e ai giovani adulti, hanno avuto origine già durante il periodo liberale e non hanno subito le pressioni della Chiesa o di un nascente partito cristiano-democratico. L'approccio non vincolante dei liberali all'assistenza sociale, che alla fine maturò in uno stato sociale familista che forniva pochi benefici diretti alle donne, bambini e giovani adulti, era condizionato in parte dal monopolio della Chiesa sulla carità nel XIX secolo. Ma è stato anche ispirato da ideologie liberali che privilegiavano il contenimento fiscale e un apparato amministrativo poco sviluppato. La chiusura delle politiche statali nei confronti dei giovani e delle donne "outsider" del mercato del lavoro a metà del XX secolo e oltre non è stato un risultato imposto o anche necessariamente desiderato dai democratici cristiani del secondo

dopoguerra, pur essendo stato influenzato dal dominio della Chiesa nel settore della beneficenza durante il periodo liberale.

Nel dopoguerra la DC si è assunta la responsabilità cruciale di mantenere e intensificare i modelli politici dell'epoca liberale. Nel corso del tempo, e di concerto con i cambiamenti demografici e del mercato del lavoro, questi modelli di politica dell'epoca liberale hanno dato allo stato sociale italiano il suo caratteristico carattere occupazionista e familista, dovuto, tuttavia, al clientelismo della DC e non al suo cattolicesimo. L'importanza della presenza di un cleavage religioso in politica è fuori discussione (VAN KERSBERGEN & MANOW, 2009).

Un'opportunità per una revisione radicale dei programmi di assicurazione e assistenza sociale preesistenti si è presentata in Italia dopo la Seconda Guerra Mondiale. Le condizioni del tempo di guerra avevano aggravato i problemi sociali e i programmi assicurativi erano andati in bancarotta a causa dell'inflazione incontrollata e della distruzione bellica delle proprietà. Il Partito Comunista (PCI), il secondo partito italiano per importanza dopo la DC, ha sostenuto con forza la sostituzione del vecchio sistema di assicurazione sociale professionale con uno stato sociale universale basato sulla cittadinanza.

Il PCI non era il solo. Sotto l'influenza dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro (OIL) e dell'esempio delle politiche sociali della Gran Bretagna, l'Italia, come la maggior parte dei Paesi europei con welfare state occupazionale (FERRERA, 1993), ha istituito delle commissioni ufficiali non partitiche per indagare sulla fattibilità dell'introduzione di programmi di welfare basati sulla cittadinanza, sul modello del Piano Beveridge britannico. Due commissioni non partitiche, nel 1947 e nel 1963, hanno raccomandato che il sistema pensionistico dovesse ridurre al minimo le distinzioni professionali ed estendere la copertura ai lavoratori autonomi (COMMISSIONE D'ARAGONA, 1948, CNEL, 1963). Ma a partire dagli anni Cinquanta il sistema pensionistico fu gradualmente esteso, sotto la tutela della DC, a nuove categorie di beneficiari (piccoli agricoltori, pescatori, artigiani, commercianti, casalinghe, ecc.), ognuna con un proprio regime separato.

Nell'ambito dell'assistenza sociale, la politica del dopoguerra ha continuato a limitare lo sviluppo dei servizi sociali pubblici fino al periodo repubblicano (FARGION, 1997). La Costituzione del dopoguerra ha riconosciuto per la prima volta ai cittadini il diritto all'assistenza sociale, ridefinendo la carità come un dovere dello Stato. La competenza amministrativa, tuttavia, era affidata alle regioni e ai comuni, e i timori della DC che una maggiore autonomia dei governi regionali avrebbe portato a guadagni elettorali per il PCI, ha fatto sì che le disposizioni che conferivano alle regioni poteri reali rimanessero lettera morta fino agli anni Settanta. Allo stesso tempo, agli enti parastatali dell'epoca fascista che si occupavano di assistenza sanitaria e disponevano di risorse significative che potevano essere usate come moneta di scambio nella macchina politica clientelare della DC, vennero attribuite alcune funzioni importanti (FARGION, 1997).

Le politiche e le pratiche di governo della DC limitavano le competenze delle istituzioni statali, sia a livello locale e regionale che a livello nazionale, e l'"inerzia" dello Stato permetteva a sua volta alla Chiesa di mantenere il suo ruolo tradizionale nel settore dei servizi sociali (FARGION, 1997). Sia nel periodo liberale che nel primo dopoguerra, il monopolio organizzativo della Chiesa nei settori dell'assistenza e dei servizi sociali ha rafforzato il modello di welfare state occupazionale perseguito dagli attori laici durante l'era liberale. Questa "segregazione" dello Stato sociale italiano nelle funzioni assistenziali e assicurative rimane tutt'oggi una questione politicamente controversa, in parte perché il ruolo dello Stato con riguardo alle prime non è mai stato chiaramente stabilito.

I servizi sociali e la lotta alla povertà insieme rappresentano oggi solo il due per cento della spesa dello Stato sociale in Italia (ABRAMOVICI, 2003). Nel campo delle assicurazioni sociali, la configurazione di base della politica di welfare state del secondo dopoguerra ha contrapposto una sinistra universalizzante a una DC poco interessata a cambiare lo status quo. La sinistra italiana (il PCI, il PSI e la maggioranza del movimento sindacale) era a favore dell'universalizzazione della previdenza sociale per ragioni ideologiche legate allo sviluppo della cittadinanza universale nella nuova Repubblica italiana. La DC, invece, se era a

favore del mantenimento dello status quo occupazionale, non lo era per ragioni parallele di ideologia sociale cattolica.

Fino al 1975, le fazioni di sinistra più animate da ideali cattolico-sociali sono state escluse del tutto dagli organi direttivi del partito e dal suo processo decisionale (ZUCKERMAN, 1979). Le fazioni che dominavano il partito erano motivate non dall'ideologia, ma piuttosto dal duplice obiettivo di costruire un'organizzazione di partito indipendente dalla gerarchia ecclesiastica e di mantenere il proprio potere all'interno del partito. La distribuzione clientelare di beni e servizi pubblici (posti di lavoro statali, sgravi fiscali, trattamento pensionistico preferenziale) è avvenuta nei confronti di blocchi di sostenitori affidabili.

Nel dopoguerra, i lavoratori autonomi e i contadini del Sud erano gli elettori più ambiti (LAPALOMBARA, 1964). A ciò si aggiunga che il voto di preferenza consentiva agli elettori di esprimere un voto per un particolare candidato dalla lista di un partito, permettendo a quest'ultimo di determinare il potere e i privilegi all'interno dell'apparato nazionale del partito. La competizione all'interno del partito favorita dal voto di preferenza rendeva i legislatori forse più sensibili di quanto sarebbero stati altrimenti agli interessi economici locali, il che incoraggiò la proliferazione di leggi che garantivano un trattamento preferenziale nel sistema di assicurazione sociale a categorie economiche microscopicamente definite. Dopo che per diversi decenni la DC si è trovata nella posizione di distribuire posti di lavoro pubblici a titolo clientelare, i dipendenti del settore pubblico e delle parastatali sono diventati fonti di sostegno ancora più cruciali. La priorità della politica del sistema pensionistico è stata quindi quella di generare il massimo consenso assicurando i massimi benefici per gruppi occupazionali e settoriali piuttosto ristretti. Le proposte di riforma del sistema pensionistico italiano, creando diritti alla pensione basati sulla cittadinanza, avrebbero minacciato il consenso della DC in diversi modi: particolarismo, tassazione e fallimento dell'universalismo.

Il sistema fiscale, che in Italia soffre di un deficit di legittimità e di alti livelli di evasione, era di per sé radicato nella politica clientelare e ha rafforzato a sua volta la natura occupazionale del sistema pensionistico.

L'incapacità di tassare efficacemente i clienti chiave della DC non solo è servita alla DC stessa, ma ha anche eroso lentamente il sostegno della sinistra all'universalismo tra il 1945 e il 1970. Il principale ostacolo in Italia all'attuazione delle proposte pensionistiche universalistiche del primo dopoguerra era il sistema fiscale. I rapporti delle commissioni di riforma del 1947 e del 1963 citano entrambi l'impossibilità di valutare e riscuotere adeguatamente i contributi pensionistici, soprattutto tra i lavoratori autonomi (COMMISSIONE D'ARAGONA, 1948, CNEL, 1963). I leader sindacali, pur dichiarandosi favorevoli all'idea di una copertura universale, temevano però che l'eventuale universalizzazione del sistema sarebbe stata pagata con l'aumento delle imposte sui salari dei dipendenti, e quindi chiesero ripetutamente una riforma fiscale come prerequisito per la riforma delle pensioni. L'estensione non finanziata del sistema pensionistico da parte della DC a nuovi clienti negli anni Cinquanta e Sessanta ha contribuito a erodere il sostegno del movimento sindacale per l'universalizzazione.

All'inizio degli anni Sessanta, il sistema pensionistico italiano era suddiviso in due tipi di fondi: quelli in attivo, principalmente il FPLD (Fondo pensioni lavoratori dipendenti) e i fondi speciali per piccoli gruppi come i giornalisti; e quelli in forte deficit, principalmente il FPLD (Fondo pensioni lavoratori dipendenti). Questi ultimi fondi erano stati istituiti alla fine degli anni Cinquanta e all'inizio degli anni Sessanta dai governi della DC al fine di beneficiare clientele particolarmente importanti per la DC (REGONINI, 1996). Questi fondi presentavano ampi disavanzi perché, in funzione degli obiettivi clientelari delle riforme, i tassi di contribuzione erano bassi e le prestazioni erano rese a persone con una storia contributiva molto limitata. Sebbene lo Stato sovvenzionasse in qualche misura queste pensioni con le entrate generali, in gran parte erano i fondi dei lavoratori a cui è stato chiesto di compensare le carenze in una forma di "solidarietà forzata" (FERRERA, 1993).

Alla fine degli anni Sessanta, sia la Confindustria (la principale confederazione dei datori di lavoro) sia i sindacati si lamentavano per l'aumento delle tasse sui salari, diventato necessario per sostenere questo sistema pensionistico. L'unico elemento di universalismo del sistema pensionistico italiano era la Pensione Sociale, che ha avuto origine da accordi tripartiti nel 1964 e che ha fornito una

pensione di ultima istanza ad anziani a basso reddito. Ma il modo in cui la pensione sociale fu attuata tra il 1965 e il 1970 ha finito per minare il sostegno della sinistra a un sistema pensionistico universale. L'accordo del 1964 stabiliva che le prestazioni della Pensione Sociale dovessero essere finanziate con le entrate statali depositate in un nuovo Fondo sociale. Fu anche concordato che il livello della prestazione sarebbe stato sufficiente a garantire un tenore di vita dignitoso, come stabilito dall'articolo 38 della Costituzione del 1947. Sono stati questi i primi passi verso una prestazione pensionistica veramente universale.

Nel 1968, tuttavia, sia la Confindustria che i sindacati avevano denunciato che i contributi statali al Fondo Sociale erano inadeguati a coprire i costi totali. A questo punto era diventato chiaro che le pensioni sociali avrebbero dovuto provenire dalle tasche dei lavoratori, se proprio dovevano essere pagate, e il sostegno dei sindacati a un'ulteriore universalizzazione del sistema pensionistico, così come per l'innalzamento del livello della pensione sociale a un minimo sociale adeguato, si è affievolito (FERRERA, 1993). La mancata attuazione delle leggi fiscali esistenti ha ulteriormente eroso il sostegno della sinistra all'universalismo.

La riluttanza delle amministrazioni successive ad applicare le leggi fiscali è continuata anche dopo la sconfitta definitiva delle proposte di istituire un sistema pensionistico universale. L'evasione dei contributi pensionistici per i lavoratori dipendenti continuò a essere un problema importante dalla fine degli anni Settanta in poi. Nel 1978 la CGIL e il PCI cominciarono a denunciare con insistenza il mancato versamento dei contributi da parte dei datori di lavoro per conto dei loro dipendenti. Questa pratica contribuiva ai disavanzi che cominciavano ad affliggere anche i fondi più solidi amministrati dall'INPS. Una proposta sindacale del 1978 di rendere l'evasione dei pagamenti come reato penale fu bocciata dal governo della DC, in parte perché la proposta avrebbe trasferito il sistema separato di legge, in parte perché la proposta avrebbe trasferito il sistema separato di indennizzo degli infortuni sul lavoro all'INPS, che era controllato dai sindacati, rendendo così indisponibile una fonte chiave di clientelismo per il governo (REGINI & REGONINI, 1981).

Sia le leggi fiscali (l'incapacità di tassare adeguatamente i clienti chiave della DC), sia la loro attuazione (l'incapacità di far rispettare le leggi in vigore) sono

scaturite dalla modalità di competizione politica del dopoguerra. L'incapacità di riscuotere le entrate dai settori economici chiave ha reso impossibile l'universalizzazione del sistema pensionistico senza gravare eccessivamente sui lavoratori. Questo ha alterato le preferenze della sinistra italiana in materia di universalizzazione, e ha reso quasi impossibile la riforma del sistema pensionistico di stampo più universalistico per un periodo di quasi trent'anni. Se le pratiche politiche particolaristiche hanno impedito l'implementazione di un sistema fiscale in grado di sostenere una coalizione politica a favore delle pensioni universali, il clientelismo ha anche impedito l'implementazione di un sistema fiscale per le pensioni universali. Il clientelismo ha incoraggiato, infatti, gli esponenti della DC a mantenere e persino a estendere la frammentazione occupazionale del sistema pensionistico, perché la frammentazione delle disposizioni occupazionali forniva ai politici clientelari importanti risorse.

Per la maggior parte degli osservatori, in Italia hanno proliferato numerose misure, ciascuna con una propria formula delle prestazioni, aliquote contributive, grado di sovvenzione statale, norme diverse che regolano l'età di pensionamento, anni di servizio richiesti per accedere alla pensione. Il sistema pensionistico è stato utilizzato per attirare il sostegno di particolari gruppi della popolazione (PACI, 1984; MAESTRI, 1994; FERRERA, 1984). Lo stesso vale per la pratica di dotare le agenzie pensionistiche di sostenitori dei partiti e di decidere le domande di pensione in base all'affiliazione partitica del richiedente (REGONINI, 1996). Questa percezione non è limitata alla comunità degli studiosi. Anche il sottosegretario al Ministero del Lavoro di allora, nel bel mezzo del dibattito sulle pensioni del 1982, ha inviato un telegramma in cui accusava due rappresentanti della coalizione di maggioranza di particolarismo dilagante per perniciose ragioni elettorali (REGONINI, 1984).

Negli anni Cinquanta e Sessanta i politici democristiani avevano sostenuto la necessità di estendere le prestazioni pensionistiche ai lavoratori autonomi a condizioni molto generose, nell'ambito di una strategia volta ad acquistare la fedeltà di questi gruppi. Nel dopoguerra, tuttavia, i dipendenti statali sono stati i principali destinatari della legislazione pensionistica clientelare. Poiché il personale delle organizzazioni pubbliche e para pubbliche è stato dominato dai sostenitori dei partiti di governo, i benefici pensionistici del settore pubblico

hanno assunto un valore speciale per i politici associati a quei partiti. Le disposizioni speciali per i dipendenti del settore pubblico risalgono già al periodo fascista (CHERUBINI, 1977 e PACI, 1984), ma i dipendenti del settore pubblico sono stati i destinatari del più grande fenomeno di legislazione pensionistica nel periodo 1948-1983, e l'attenzione a questo settore è venuta prevalentemente dai legislatori della DC e del PSI (MAESTRI, 1994).

## 2.4 IL MODELLO FAMILISTICO ITALIANO

La deriva politica del dopoguerra e la creazione di un welfare state familista, il clientelismo della DC hanno reso il frammentato sistema pensionistico occupazionale italiano molto resistente alle riforme, anche quando è diventato chiaro che la spesa pensionistica stava superando di gran lunga le risorse disponibili. Negli ultimi anni, questo fenomeno ha suscitato ansie per l'equità intergenerazionale e per il declino demografico, oltre alle consuete preoccupazioni per la sostenibilità fiscale (ONOFRI, 1997; ROSSI, 1997). Le ragioni di preoccupazione risiedono nel fatto che, in una società che ha sperimentato un drammatico declino della fertilità dal secondo dopoguerra, l'onere di prendersi cura dei figli e dei genitori anziani ricade soprattutto sulle donne in età matura, ma gli uomini anziani ricevono le prestazioni più generose dello Stato sociale. Allo stesso tempo, i sussidi di disoccupazione molto deboli e le deboli politiche attive del mercato del lavoro promuovono la dipendenza a lungo termine dei "giovani" disoccupati (fino a trent'anni) dai genitori.

Queste patologie del welfare state italiano sono ben note e possono essere agevolmente riassunte (ESPRING-ANDERSEN, 1996). Il mix di spesa assistenziale a forte componente pensionistica ha effetti importanti sulla struttura delle famiglie italiane. Le deboli politiche attive del mercato del lavoro e la mancanza di sussidi di disoccupazione per chi è alla ricerca di un primo impiego costringono molti giovani adulti a ritardare la formazione di una famiglia indipendente e a rimanere nelle famiglie di origine.

La scarsità di servizi di assistenza pubblici scoraggia anche la partecipazione femminile al mercato del lavoro. Queste lacune nella politica sociale italiana

sono accettabili per gli elettori in gran parte perché un sistema pensionistico generoso fa fluire le risorse nelle mani degli uomini anziani, i quali a loro volta ridistribuiscono le risorse che sovvenzionano l'inattività (sul mercato del lavoro) delle loro mogli e dei figli adulti (JURADO & NALDINI, 1996). La dottrina della sussidiarietà non avrebbe potuto inventare un modo migliore per preservare i modelli tradizionali di autorità: ironia della sorte, però, la dottrina della sussidiarietà non è stata la forza motivante del mix di politiche pensionistiche dello Stato sociale italiano.

Gli Stati sociali orientati agli anziani come quello italiano sono meglio interpretabili come il prodotto di scelte istituzionali precoci in materia di programma e delle strategie competitive dei politici (LYNCH, 2006). Questo ci riporta ancora una volta alle politiche di stampo anticlericale nel periodo liberale e sostenute successivamente dal clientelismo della DC, le quali sono legate al mix pensionistico dello Stato sociale italiano in due modi.

In primo luogo, nel corso del ventesimo secolo, i programmi di assicurazione sociale professionale in rapida crescita e l'attività minima dello Stato nel campo dell'assistenza sociale hanno incoraggiato un mix di spesa notevole dal punto di vista pensionistico. In secondo luogo, come abbiamo visto, la politica clientelare rafforza i programmi sociali professionali, mantenendoli in vigore abbastanza a lungo da produrre i loro effetti distintivi sull'orientamento all'età della spesa sociale. Nel loro insieme, questi due passaggi implicano che il familismo e l'orientamento maschile dello Stato sociale italiano sono in gran parte il risultato di una deriva politica incontrollata. I programmi sociali occupazionali messi in atto durante il periodo liberale hanno portato, infatti, alla fine del ventesimo secolo, a un mix di politiche "pesante" dal punto di vista pensionistico che non era nelle intenzioni dei fondatori dello Stato sociale. Le pratiche clientelari della DC, dal canto loro, sono un ingrediente cruciale di questa deriva politica perché bloccano le politiche occupazionali nonostante gli importanti cambiamenti nelle strutture sociali e nei mercati del lavoro. L'occupazionalismo ha portato in Italia a uno stato sociale "pesante" dal punto di vista pensionistico, lentamente, gradualmente, e in gran parte come conseguenza involontaria di decisioni programmatiche prese alla fine del XIX e all'inizio del XX secolo. I programmi di welfare state occupazionale inaugurati in epoca liberale proteggevano i

membri di un nucleo di forza lavoro giovane e le loro famiglie, lasciando la responsabilità dell'assistenza sociale agli anziani poveri e alle famiglie senza capofamiglia maschile nelle mani della Chiesa. Ma queste stesse istituzioni di politica sociale implicano modelli diversi di spesa sociale per i diversi gruppi sociali alla fine del XX secolo rispetto a cento anni fa (EUROSTAT, 1998).

Con l'espansione delle pensioni legate al lavoro pubblico, siccome più persone in un maggior numero di settori dell'economia e un gran numero di pensionati sono arrivati a percepire generose prestazioni da un maturo sistema pensionistico pubblico, sempre più la spesa dello Stato sociale è stata destinata agli anziani anziché ai lavoratori della prima età. Questo sistema pensionistico professionale, sempre più costoso, è finanziato attraverso l'aumento delle imposte sui salari che scoraggiano le nuove assunzioni, facendo sì che la spesa pubblica per le prestazioni professionali anche per i lavoratori attivi nel nucleo protetto del mercato del lavoro resti sempre più a beneficio dei lavoratori più anziani. Il sistema italiano di sostegno alla disoccupazione, ad esempio, destina i sussidi più generosi principalmente ai lavoratori più anziani, mentre tra il sessanta per cento dei disoccupati in Italia che hanno meno di trent'anni (EUROSTAT, 1998), solo il quattro per cento riceve sussidi di disoccupazione o assistenza (SCHMID, 1998).

L'apparente familismo e l'orientamento maschile del welfare state italiano sono il risultato di livelli molto elevati di spesa per i pensionati, che indirizzano le risorse pubbliche principalmente nelle mani dei capifamiglia maschi più anziani, escludendo altre forme di spesa sociale come i servizi per le famiglie o le politiche attive del mercato del lavoro a favore di chi è in cerca di prima occupazione. Le politiche di welfare state, relativamente statiche, hanno interagito con le strutture sociali dinamiche e con i mercati del lavoro e delle assicurazioni per creare un modello di spesa sociale che è sì maturato, ma non è mai stato così ampio. Inoltre, il clientelismo è stato un potente freno allo sviluppo di alternative basate sulla cittadinanza alla struttura occupazionale di base istituita nel periodo liberale.

L'elevata spesa pensionistica è il risultato dell'uso da parte dei politici clientelari della frammentazione occupazionale. Il mantenimento di questo sistema è a sua volta dovuto ai vantaggi che fornisce ai politici clientelari, come la divisibilità e

l'opacità. In questo senso, il familismo dello Stato sociale italiano si può dire di origine cristiano-democratica. Ma esso non è il risultato del cattolicesimo sociale attuato da un partito cristiano-democratico. Infatti, la secolarizzazione della società italiana nel corso del tempo suggerisce che l'impatto del cattolicesimo sociale sulle politiche sociali avrebbe dovuto essere visibile semmai nella politica sociale italiana anteriore, anziché in quella successiva. È importante notare che anche altri aspetti apparentemente familisti dello Stato sociale italiano sono parimenti piuttosto recenti. Sia modelli che elargiscono risorse finanziarie alle famiglie allargate sia l'erogazione di servizi di cura per le famiglie non nucleari sono stati implementati solo di recente, in quanto i responsabili delle politiche hanno cercato di risparmiare sui programmi sociali, già ridotti ai limiti dalla crescente spesa pensionistica (SARACENO, 1994; ADDIS, 1998).

## 2.5 POLITICHE SOCIALI PARTICOLARISTICHE-CLIENTELARI IN ITALIA E ANCHE IN EUROPA

Negli anni Ottanta è stata documentata in forma abbastanza dettagliata l'estesa diffusione di pratiche di erogazione clientelare del welfare nel nostro paese, soprattutto nel Mezzogiorno (ASCOLI, 1984; FERRERA, 1984; PACI, 1984). È necessario aggiornare le passate ricerche: ma la semplice lettura della stampa quotidiana conferma che il mercato assistenziale (FERRERA, 1984) ha prosperato fino a tempi recentissimi, almeno nei due settori a suo tempo individuati come principali, ossia l'invalidità e la disoccupazione agricola. Per quanto riguarda l'invalidità, alcuni dati che furono raccolti presso l'Università di Pavia (VERONESE, 1994) segnalano che il circuito clientelare aveva già subito nell'ultimo decennio una ristrutturazione organizzativa ed una rilocalizzazione istituzionale dopo la riforma del 1984. Vi è un'abbondante letteratura di taglio storico o socio-antropologico sulla diffusa presenza di reti e di concezioni di tipo patrimoniale dello stato in tutti i sistemi politico-sociali del litorale latino, dal Portogallo a Cipro (EISENSTADT & RONINGER, 1984). Esistono poi specifici studi che hanno confermato la persistenza di questo retaggio clientelare sino ad oggi, sia nelle relazioni sociali che in quelle politiche; tali studi hanno

anche documentato la trasformazione delle forme tradizionali e duplici di clientelismo in forme più moderne e «di partito», che si sono consolidate soprattutto nelle fasi autoritarie del processo di modernizzazione. Gli studi sui governi socialisti insediatisi in Spagna, Portogallo e Grecia dopo il ritorno alla democrazia nel corso degli anni Ottanta dedicano più di un cenno al ruolo svolto dalla spesa sociale nell'assicurare legittimità ai nuovi regimi democratici e nel consolidare il radicamento dei partiti e sindacati, soprattutto nelle aree più esterne (MARAVALL 1992; MORENO & SARASA 1992). È stato rilevato che in Spagna le pensioni di invalidità sono pressoché raddoppiate fra il 1976 e il 1982 (GUILLEN, 1992) e che sono continuate a crescere a ritmo sostenuto anche negli anni successivi, pur in presenza di politiche economico-sociali orientate nel senso del fiscalismo (PAPPALARDO, 1991). Come in Italia, tali prestazioni costituiscono dei supplementi di routine al reddito tratto dall'economia sommersa e semi-sommersa, diffusi su larga scala con la complicità delle autorità locali, dei partiti, dei sindacati e della Chiesa e distribuiti di fatto come ricompensa per voti deferenti (PEREZ DIAZ, 1990). In alcune regioni spagnole si è poi sviluppato un vero e proprio circuito clientelare per il sostegno del reddito dei lavoratori agricoli (Braceros) che presenta alcune sorprendenti somiglianze con il mercato assistenziale delle indennità di disoccupazione agricola del nostro Mezzogiorno (FERRERA, 1995).

## 2.6 EMBEDDEDNESS E OPINIONE PUBBLICA

Negli ultimi decenni, la legittimità del welfare state è stata discussa e studiata intensamente dagli scienziati sociali. A livello microeconomico, sappiamo che gli individui sono motivati a sostenere il welfare principalmente per interesse personale (BROOKS & MANZA, 2006; KORPI, 1983; VAN OORSCHOT, 1999), ma anche le norme sociali, gli obblighi morali e la reciprocità sono efficaci motivi di sostegno e di radicamento (embeddedness) del welfare state negli individui (BOWLES & GINTIS 2000; KANGAS, 1997; ULLRICH, 2002; VAN OORSCHOT, 2002). Queste motivazioni dipendono in una certa misura dal contesto istituzionale a livello macroeconomico (LARSEN, 2006; ARTS & GELISSEN, 2001; MAU, 2003; SVALLFORS, 1997; TAYLOR-GOOPY,

2008). Tuttavia, non sappiamo ancora in quali circostanze l'opinione pubblica si adatta ai disegni delle politiche e in quali casi i disegni delle politiche si adattano all'opinione pubblica.

Perché le stesse istituzioni di welfare sono a volte responsabili della trasformazione delle istituzioni di welfare e, in altre circostanze, invece, l'opinione pubblica sembra guidare le riforme del welfare? Gli studi esistenti non rispondono a questa domanda. Piuttosto, tendono a studiare una sola direzione di questa relazione: o il nesso opinione-politica, in cui la politica si adegua all'opinione o il nesso politica-opinione in cui l'opinione si adegua alla politica. Da un lato, gli studi che esaminano il nesso politica-opinione si concentrano sull'analisi di come i diversi regimi di welfare, (ESPING-ANDERSEN, 1990) producono particolari opinioni sul benessere sociale (LARSEN, 2006; ARTS & GELISSEN, 2001; SVALLFORS, 1997). L'argomento principale di questi studi è che i cittadini approvano le modalità di welfare presenti nel loro sistema sociale e questo prova che esiste un'influenza istituzionale sugli atteggiamenti individuali. Questi studi hanno ricevuto diverse critiche, ma sono problematici perché non possono accertare se le istituzioni determinino gli atteggiamenti dei cittadini (HALVORSEN, 2007), poiché è empiricamente difficile dimostrare la direzione della causalità in questo modo. Inoltre, studi come questi forniscono spesso solo un piccolo supporto all'idea che gli atteggiamenti siano strutturati dal regime di welfare (JAEGER, 2009). Inoltre, diversi autori sostengono che nell'attuale epoca di austerità (PIERSON, 2001) la consistenza interna di Esping-Andersen per raggruppare i suoi regimi di welfare possa essere diminuita o addirittura scomparsa (BANNINK & HOOGENBOOM, 2007; HINRICHS & KANGAS, 2003; KASZA, 2002; PFEIFER, 2009). È improbabile che i regimi di welfare strutturino gli atteggiamenti di benessere perché gli elementi strutturanti dei regimi di welfare sono di natura arbitraria.

### **CAPITOLO III**

#### **CONSEGUENZE PSICOSOCIALI CONNESSE AL WELFARE STATE**

### 3.1 DEPRESSIONE, DISAGIO ECONOMICO E REGIMI DI WELFARE

Ricerche passate svolte negli Stati Uniti suggeriscono che la depressione legata alle difficoltà economiche diminuisce con l'età. Sulla base dei dati di diversi Paesi nell'ambito dell'indagine sociale europea, le analisi multilivello mostrano che il ruolo moderatore dell'età dipende dal contesto sociopolitico. Mentre il legame disagio-depressione non è significativamente diverso nel corso della vita nei regimi nordici e bismarckiani, il legame disagio-depressione aumenta con l'età nei Paesi dell'Europa meridionale e orientale e diminuisce con l'età nei regimi di welfare anglosassoni.

I regimi di welfare state giocano un ruolo significativo nell'attenuare, potenziare o addirittura invertire gli effetti sulla salute di esperienze sociali come il disagio economico sull'invecchiamento. Le conoscenze in materia di salute acquisite attraverso una ricerca che ignora il contesto sociopolitico possono essere limitate in termini di generalizzazione. Nel mondo postindustriale, la depressione è una delle principali cause di malattia e disabilità (ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITA' [OMS], 2003). Le difficoltà economiche sono uno dei principali fattori di rischio (ROSS & HUBER, 1985).

Sebbene i meccanismi precisi che collegano depressione e difficoltà economiche siano ancora poco conosciuti (MCDONOUGH, PEGGY & BERGLUND, 2003), si possono distinguere due approcci principali. Le teorie della selezione sociale sostengono che la depressione provoca una mobilità sociale verso il basso, portando al disagio economico e alla povertà (EATON et al., 2001). La depressione può ridurre la produttività economica e i guadagni e i costi per le terapie e i farmaci aumentano la pressione sul bilancio familiare (O'NEILL, DAVE & BERTOLLO, 1998). In modo più indiretto, la depressione può causare eventi di vita come la dissoluzione di una relazione (WADE, TERRANCE & PEVALIN, 2004), la disoccupazione, il pensionamento anticipato o il fallimento (WHOOLEY et al., 2002), che sono fattori di rischio per le difficoltà economiche (GALLIE, KOSTOVA & KUCHAR, 2001). La maggior parte dei ricercatori, tuttavia, ritiene che siano meccanismi di causalità sociale. Anche in questo caso, vi sono due principali correnti di pensiero: la visione materialista sostiene che la depressione è dovuta a scelte di vita, attraverso, per esempio,

alimentazione inadeguata (SIEFERT et al., 2004), alloggi poco consoni per la vita (EVANS, WELLS & MOCH, 2003), cattiva salute (EVANS, WELLS & MOCH, 2003), scarse conoscenze in materia di salute (LEVECQUE, 2008), oppure, l'accesso limitato a fornitori di servizi sanitari (TOWNSEND & DAVIDSON, 1992). Il punto di vista psicosociale sostiene che, oltre agli effetti fisiologici diretti, le difficoltà economiche influiscono indirettamente sulla depressione attraverso un complesso processo di stress (AVISON, ALI & WALTERS, 2007; PEARLIN et al., 1981, 2007; TURNER & LLOYD, 1999). In questo processo di stress, i sentimenti di deprivazione derivanti dal confronto sociale giocano un ruolo importante (YNGWE et al., 2005), così come la mancanza di sostegno sociale e di controllo sulla propria vita (BROWN, HARRIS & HEPWORTH, 1995). La mancanza di supporto sociale è particolarmente problematica per gli individui in posizioni socioeconomiche più basse (MCLEOD & KESSLER, 1990): sia le difficoltà economiche che la depressione variano nel corso della vita.

Nella maggior parte dei Paesi europei, le persone anziane corrono un rischio maggiore di povertà (ORGANIZZAZIONE PER LA COOPERAZIONE E LO SVILUPPO ECONOMICO [OECD], 2008). Diversi autori riportano tassi di depressione più elevati tra gli anziani (MIROWSKY & ROSS, 1992; SCHIEMAN, GUNDY & TAYLOR, 2001). Il modello psicosociale collega entrambe le osservazioni, tuttavia, sono state condotte poche ricerche per stabilire se l'associazione tra difficoltà economiche e depressione varia nel corso della vita (KAHN & PEARLIN, 2006). Sono state formulate due ipotesi sul collegamento tra depressione ed età.

Secondo la prima, l'effetto delle difficoltà economiche sulla depressione diminuisce con l'età perché una maggiore maturità, consapevolezza ed esperienza superano le vicissitudini della vita (MIROWSKY & ROSS, 1992, 2001). Si presume che con l'avanzamento dell'età si arrivi a una generale uniformità di temperamento; si diventa progressivamente più intraprendenti, si ha una rete di supporto migliore e si diventa più disciplinati, capaci di affrontare la vita e soddisfatti della stessa, meno emotivi, nervosi e frustrati. Le persone più anziane possono avere una maggiore esperienza nel sopravvivere a problemi simili a quelli affrontati in passato, il che dà loro un vantaggio rispetto agli adulti

più giovani. Considerano difficoltà economiche come una parte transitoria e gestibile della vita e quindi si sentono meno demoralizzati o minacciati.

L'ipotesi del futuro limitato, al contrario, si basa sull'idea generale di vecchiaia come declino (MIROWSKY & ROSS, 1992, 2001). L'età avanzata non indica solo maturità, ma anche opportunità sempre più limitate; una ridotta capacità di generare reddito e un rischio crescente di malattie gravi aumentano la vulnerabilità alla povertà, a meno che non siano in atto politiche sociali complete ed efficaci (LLOYD & SHERLOCK, 2000). Inoltre, gli anziani possono sentirsi meno in grado di riprendersi dalle difficoltà perché non vedono un futuro in cui le cose miglioreranno. Le ipotesi per la popolazione adulta degli Stati Uniti hanno dato sostegno alla tesi dell'esperienza di sopravvivenza. Resta da comprendere se tale modello di esperienza di sopravvivenza sia limitato agli Stati Uniti o se si tratti di un modello più universale (MIROWSKY & ROSS, 2001).

### 3.2 POVERTA' E DEPRESSIONE ASSOCIATE ALLE POLITICHE SOCIALI

Gli studi multinazionali dimostrano che le caratteristiche nazionali sono rilevanti per spiegare le variazioni transnazionali della salute (disuguaglianza socioeconomica) (NAVARRO & SHI, 2001; OLSEN & DAHL, 2007; AVENDANO, HENDRIK & MACKENBACH, 2009). In epidemiologia sociale comparata gli studiosi hanno iniziato a esaminare come i diversi modelli sociali nazionali influenzino la salute della popolazione (EIKEMO & BAMBRA, 2008). L'ipotesi di fondo è che gli stati sociali sono determinanti non solo dalla posizione socioeconomica e di disagio economico, ma anche dalla salute, in quanto mediano gli effetti sulla salute della posizione socioeconomica, ad esempio fornendo servizi sanitari sufficienti e a prezzi accessibili (TOWNSEND & DAVIDSON, 1992). La tassazione e i trasferimenti alle famiglie influiscono sia sulla disuguaglianza di reddito che sulla povertà, e sui servizi forniti o finanziati dallo Stato sociale, come l'assistenza sanitaria, l'alloggio, i pasti, (volti a facilitare il fronteggiamento della povertà). Gli Stati sociali più estesi non solo forniscono più trasferimenti, riducendo così difficoltà economiche, ma anche un

maggior numero di servizi che riducono l'impatto delle difficoltà economiche. In particolare, i servizi forniti alle persone anziane possono fare la differenza. Da quando sono stati analizzati i tre mondi del capitalismo assistenziale, è emersa una notevole quantità di servizi per gli anziani (ESPRING-ANDERSEN, 1990). Una consistente letteratura ha mostrato che la disuguaglianza socioeconomica e la povertà variano a seconda dei regimi di welfare state (KORPI & PALME, 1998).

Gli Stati sociali che forniscono trasferimenti sociali estesi sono i più efficaci nel combattere il disagio economico e la povertà (ATKINSON, 1998). È dimostrato che i trasferimenti di sicurezza sociale e la spesa sanitaria pubblica sono stati i fattori più significativi nella riduzione della povertà in diciotto nazioni occidentali a partire dal 1967 (BRADY, 2005). I tassi di povertà variano tra i gruppi di età nella maggior parte dei Paesi, di solito con rischi più elevati tra le persone anziane (OECD, 2008). Tuttavia, per comprendere l'effetto del regime sul modo in cui gli anziani affrontano le difficoltà economiche, i trasferimenti diretti possono essere meno importanti dei trasferimenti nascosti sotto forma di servizi forniti o sostenuti dal sistema di welfare. Alcuni autori hanno sollevato l'idea che le politiche abitative che promuovono una strategia efficace contro la povertà e i suoi effetti in età avanzata, in quanto una casa fornisce una fonte nascosta di reddito, rendano più facile il sostentamento con una piccola pensione (FAHEY, NOLAN & MAÎTRE, 2004). Tuttavia, delle ricerche condotte in Europa dimostrano che i nuclei familiari con a capo un pensionato sono particolarmente vulnerabili alla povertà di lungo periodo (OECD a,2000).

Le riforme pensionistiche in tutta Europa comportano esperienze di povertà per molte persone. L'aumento delle disuguaglianze socioeconomiche osservato è in parte attribuibile ai cambiamenti radicali attualmente in atto nei regimi di protezione sociale di tutti i Paesi europei. Questi cambiamenti sono caratterizzati da una riduzione della gamma di schemi di protezione sociale collettiva e dall'indebolimento dei pilastri di questi sistemi, come le pensioni. Allo stesso tempo, esiste una grande diversità sia nella natura sia nell'estensione dei rimanenti sistemi di protezione sociale che i Paesi europei offrono (ESPRING-ANDERSEN, 2003). La diversità può essere presa in considerazione osservando i regimi di welfare. Sono state sviluppate diverse tipologie alternative di regimi

di welfare state (ESPRING-ANDERSEN, 1990), che riguardano soprattutto un numero limitato di Paesi, la loro classificazione all'interno di un certo regime e l'insufficiente considerazione del genere (ARTS & GELISSEN, 2002). Non è stato ancora raggiunto un consenso sulla tipologia: il disagio economico è al centro dell'interesse (FERRERA, 1996), che si basa su livelli di copertura, tassi di sostituzione e tassi di povertà. Il disagio economico è influenzato sia dai trasferimenti di denaro sia dai servizi, come l'assistenza sanitaria e i servizi sociali (ESPRING-ANDERSEN, 1990).

Sono stati individuati quattro distinti regimi di welfare state; a cui può essere aggiunto un quinto tipo per i Paesi postsocialisti dell'Europa orientale. Un primo tipo di regime è quello degli Stati sociali democratici nordici, caratterizzati da una copertura universale dei rischi della vita: prestazioni universali, spesa pubblica sociale (compresa l'assistenza sanitaria), ampie disposizioni in materia di welfare e una forte enfasi sulla fornitura pubblica di servizi sociali e sulla redistribuzione attraverso il sistema fiscale e di trasferimento (FERRERA, 1996). Anche se non si possono ignorare le variazioni tra i Paesi e che il livello dei servizi pubblici sia stato messo sotto pressione negli ultimi anni, il modello nordico mostra la più alta spesa d'Europa per la protezione sociale degli anziani (OGG, 2005).

I Paesi con un regime bismarckiano hanno stati sociali espansivi, con diritti sociali generosi basati principalmente sui trasferimenti pubblici. Si fondano su contributi versati e su una copertura assicurativa sociale quasi totale attraverso diritti propri o derivati; il sistema è fortemente basato sulla classe e sulla famiglia (BONOLI & PARLIER, 2007). Rispetto agli Stati nordici, le prestazioni in denaro sono preferite ai servizi di welfare.

Lo stato sociale anglosassone è caratterizzato dall'impegno politico a ridurre al minimo i ruoli e le responsabilità dello Stato, a individualizzare i rischi e a promuovere soluzioni di mercato. Le spese sociali pubbliche tendono a concentrarsi su un "gruppo di riposo" di persone molto bisognose, e i sussidi forfettari e la verifica dei mezzi giocano un ruolo essenziale (ARTS & GELISSEN, 2002). In generale, il settore privato è considerato importante nel fornire servizi di welfare. Per quanto riguarda la sanità solo gli Stati anglosassoni

hanno una copertura universale dei rischi, tranne in alcuni Paesi, come gli Stati Uniti (OECD, b, 2000).

Il regime di welfare dell'Europa meridionale, caratterizzato da una forte aderenza all'ideologia della famiglia come attore principale, che si riflette in disposizioni assistenziali rudimentali e frammentarie misure assistenziali che consistono principalmente in schemi di mantenimento del reddito. Alcuni di queste, come le pensioni di vecchiaia, sono molto generose. In questi Paesi, l'assistenza sanitaria è istituzionalizzata come diritto di cittadinanza. Un'altra caratteristica è l'elevato tasso di particolarismo per quanto riguarda le prestazioni in denaro e di finanziamento, che si esprime in alti livelli di clientelismo. Il familismo alla base del modello meridionale è testimoniato da alti dati di co-residenza intergenerazionale e di trasferimenti reciproci di aiuto e sostegno. In risposta alla crescente pressione sulle famiglie causate dai rapidi cambiamenti sociodemografici ed economici, il regime dell'Europa meridionale ha sperimentato un recente aumento dei servizi pubblici e un maggiore ruolo del mercato (OGG, 2005).

I Paesi post-socialisti dell'Europa orientale vengono considerati come quinto tipo di stato sociale. Poiché le loro caratteristiche di welfare state sono state poco studiate, non si può ancora tracciare un quadro chiaro di questo tipo di regime (CHUNG & MUNTANER, 2008). Nel complesso, si può affermare che questi Paesi hanno vissuto un forte sconvolgimento economico nel corso degli anni Novanta e hanno intrapreso un'ampia politica sociale. Essi hanno visto il tramonto del welfare state universalistico e socialista universalistico e uno spostamento verso politiche di welfare più liberali, in particolare verso la commercializzazione e il decentramento. Rispetto agli altri Stati membri dell'Unione europea, questi Paesi hanno servizi sanitari limitati, la salute complessiva della popolazione è relativamente scarsa e i tassi di povertà sono ancora elevati (UE & OMS, 2002). Come le loro controparti dell'Europa occidentale, questi Paesi si trovano ad affrontare una popolazione sempre più anziana, mentre la popolazione giovane e attiva è in calo. Complessivamente, la terza età in questi paesi finisce la propria esperienza lavorativa in condizioni economiche più insicure rispetto ai loro predecessori. Una serie di misure di

emergenza in materia di pensioni è stata messa in atto, ma in generale povertà e l'esclusione sociale si aggravano in tutti questi paesi (OGG, 2005).

Incorporando diversi regimi di welfare state è stato ampliato il modello a microlivello (MIROWSKY & ROSS, 2001).

Così facendo, si può osservare il recente riconoscimento della natura politica della salute della popolazione, ipotizzando che i regimi di welfare differiscano nella misura in cui influenzano le difficoltà economiche attuali e precedenti, offrendo opportunità lungo l'arco della vita per sfuggire ad esso, e siano in grado di fornire un'adeguata protezione contro gli effetti impoverenti delle malattie (a lungo termine). Si tratta di una delle caratteristiche principali dei regimi di welfare state (TOWNSEND & DAVIDSON, 1992), che verifica anche l'impatto della generosità del welfare state. I ricercatori hanno iniziato solo di recente ad esplorare e a spiegare le differenze nei risultati di salute confrontando diversi tipi di regimi di stato sociale (OLAFSDOTTIR, 2007). Questi studi concludono che la salute delle popolazioni è migliore nei Paesi nordici e peggiore nei Paesi dell'Europa meridionale e orientale (BAMBRA, 2006; OLAFSDOTTIR, 2007; EIKEMO, BAMBRA, JUDGE, et al., 2008).

A questo punto si andrà a confrontare come è stata trattata la depressione nei diversi Stati sociali. Paradossalmente, i pochi studi internazionali svolti sulle disparità socioeconomiche nella salute indicano che i Paesi nordici non ottengono risultati significativamente migliori degli altri. Questa conclusione ricorre indipendentemente dall'indicatore utilizzato, sia esso la classe sociale o l'occupazione (BAMBRA, TERJE & EIKEMO, 2009), il livello di istruzione (EIKEMO, HUISMAN, et al., 2008), o di reddito (EIKEMO, BAMBRA, JOYCE, et al., 2008). Mentre l'associazione con la depressione nel regime nordico non differisce significativamente da quella osservata nel regime bismarckiano, nell'Europa meridionale e orientale, l'associazione con la depressione è significativamente più debole rispetto agli Stati sociali anglosassoni. In effetti, il regime anglosassone sembra essere il meno efficace in Europa nel contrastare gli effetti demoralizzanti delle difficoltà economiche. Tuttavia, l'associazione tra difficoltà economiche e depressione non è totalmente indipendente dall'età. Infatti, l'effetto moderatore dell'età varia a seconda del contesto sociopolitico.

Il legame disagio-depressione non è significativamente diverso nel corso della vita nei regimi nordici e bismarckiani, aumenta nei paesi dell'Europa meridionale e orientale e diminuisce nei regimi di welfare state anglosassone. È stato osservato un effetto decrescente per gli Stati Uniti e così interpretato come un meccanismo di sopravvivenza-esperienza in cui una maggiore maturità, consapevolezza ed esperienza nelle persone anziane superano le vicissitudini della vita (MIROWSKY & ROSS, 2001). Il modello osservato nei regimi dell'Europa meridionale e orientale è coerente con l'idea che le difficoltà economiche diventano sempre più demoralizzanti a causa delle opportunità future di recupero sempre più limitate.

Le precedenti analisi suggeriscono che la contrapposizione tra le ipotesi del futuro limitato e dell'esperienza di sopravvivenza non è sufficiente e che la contestualizzazione del processo di invecchiamento sembri più vantaggiosa. Anche le teorie sull'invecchiamento che si basano sul presupposto di un modello universale di invecchiamento o almeno di alcuni aspetti fondamentali universali dell'invecchiamento (come il declino corporeo) potrebbero trarre beneficio dall'adozione di un modello universale di invecchiamento. Nello studio delle disuguaglianze socioeconomiche in materia di salute nel corso della vita, un quadro teorico che tenga conto di entrambi i livelli, micro e macro, sembrano più adatti a guidare l'esplorazione come gli effetti sulla salute di aspetti specifici dell'invecchiamento siano plasmati dal contesto sociopolitico. Paradigmi teorici come l'economia politica dell'invecchiamento (PHILLIPSON, 2005), che si concentra sulla determinazione strutturale da un lato e dall'altro l'agency e l'identità, potrebbero essere molto utili. A seconda dello specifico contesto sociopolitico, gli effetti negativi dell'invecchiamento sulla salute mentale potrebbero essere attenuati o controbilanciati (come nei regimi di welfare nordico e bismarckiano), rafforzati (come nei regimi di welfare state dell'Europa meridionale e orientale), oppure invertiti (come nel regime anglosassone).

Solo pochi studi hanno esaminato la variazione di età nella relazione tra status socioeconomico e salute mentale (KIM & DURDEN, 2007; MIECH & SHANAHAN, 2000); si può ipotizzare sulle vie attraverso le quali il contesto sociopolitico potrebbe moderare l'effetto dell'età sull'associazione disagio economico-depressione. Uno di questi percorsi potrebbe essere l'impatto delle

politiche sociali sull'accumulo di svantaggi nel corso della vita. Il paradigma del corso di vita nella ricerca sull'invecchiamento sottolinea che il benessere è una funzione non solo di esperienze sociali prossimali ma anche lontane e soprattutto di vantaggi cumulativi e dell'impatto deleterio duraturo (PUDROVSKA et al., 2005). In questo contesto, lo studio sulla tensione finanziaria nel corso della vita e sulla salute sottolinea che la pura e semplice persistenza delle difficoltà potrebbe essere più importante del suo verificarsi episodico o del momento in cui si verifica (KAHN & PEARLIN, 2006). Negli ultimi anni, alcuni studi hanno dimostrato che i regimi europei di welfare state si comportano in modo diverso in termini di prevenzione della povertà di reddito ricorrente e persistente. In particolare, gli stati sociali nordici e bismarckiani fanno un lavoro migliore nella prevenzione della povertà a breve e a lungo termine rispetto a quelli anglosassoni e dell'Europa meridionale (FOUARGE & LAYTE, 2005). Un'ipotesi da verificare è che lo svantaggio cumulativo lungo il corso della vita non sia sufficientemente prevalente nei regimi nordici e bismarckiani per svolgere un ruolo significativo nell'associazione tra difficoltà economiche e depressione, portando così a un effetto di interazione non significativo con l'età. La ricerca futura sul modo in cui il contesto sociopolitico influenza il legame tra disagio economico ed età e depressione deve affrontare la questione del perché il termine di interazione nel caso dei regimi anglosassoni sia negativo, mentre è positivo nei regimi dell'Europa meridionale e orientale. Il modello dello svantaggio cumulativo non prevede automaticamente un aumento degli effetti sulla salute della deprivazione economica con l'avanzare dell'età. Forse il termine di interazione negativo osservato per i Paesi anglosassoni è in parte causato da atteggiamenti liberali in materia di welfare che sottolineano l'autoapprovvigionamento e la responsabilità individuale.

Se si pone l'accento sull'autosufficienza, il meccanismo dell'esperienza di sopravvivenza può giocare un ruolo più forte rispetto ai contesti in cui lo Stato dovrebbe essere un attore chiave nell'assicurare uno standard di vita adeguato. Questo effetto degli atteggiamenti liberali nei confronti del welfare potrebbe essere forte, considerando che il termine di interazione negativo è osservato in paesi anglosassoni con diverse caratteristiche strutturali: i livelli di povertà diminuiscono con l'età negli Stati Uniti e aumentano nel Regno Unito e Irlanda

(OECD, 2008). Quando si studia quali caratteristiche strutturali e culturali dello Stato sociale sono rilevanti per le disparità socioeconomiche in materia di salute, non si può ignorare l'effetto non significativo riscontrato per lo Stato sociale. Ciò è contrario a quanto ipotizzato in letteratura (TOWNSEND & DAVIDSON, 1992), ma è coerente con gli studi basati sul regime che non riscontrano prestazioni migliori nei paesi nordici rispetto agli altri (EIKEMO, KUNST, JUDGE, et al. 2008; ESPELT et al., 2008).

Sono necessarie ulteriori ricerche prima di trarre conclusioni definitive sull'impatto della generosità dello Stato sociale sulla salute. La ricerca futura potrebbe includere altre misure di generosità dello stato sociale basate su indicatori diversi. In alternativa, i ricercatori potrebbero anche optare per un focus più disaggregato sulla generosità dello stato sociale, concentrandosi sui livelli di generosità in specifici ambiti politici, in gruppi specifici di popolazione o in fasi specifiche del corso della vita. Il meccanismo dell'esperienza di sopravvivenza nel descrivere il ruolo dell'età nell'attenuare gli effetti demoralizzanti delle difficoltà economiche non è un modello universale (MIROWSKY & ROSS, 2001). Infatti, il ruolo moderatore dell'età è risultato chiaramente dipendente dal contesto sociopolitico. Più specificamente, è stato dimostrato che i regimi di welfare state giocano un ruolo significativo nell'attenuare, potenziare o addirittura invertire gli effetti sulla salute di esperienze sociali come le difficoltà economiche e l'invecchiamento.

### 3.3 COESIONE SOCIALE

Non viene discusso a fondo il motivo per cui le caratteristiche del welfare-state potrebbero essere importanti per l'associazione tra coesione sociale e depressione. È stato riscontrato che nei Paesi dell'Europa meridionale la mancanza di coesione sociale non aumenta il rischio di depressione, mentre nei Paesi dell'Europa orientale e anglosassoni si registrano associazioni forti e significative (BARANYI, 2020). È stato inoltre riscontrato un rischio maggiore di depressione in funzione della mancanza di coesione sociale tra le persone che vivono in Paesi più socialmente equi. Una possibile interpretazione dei risultati

potrebbe essere che la possibilità di acquisire diversi tipi di sostegno, compreso quello materiale, all'interno del proprio quartiere potrebbe essere relativamente più importante per la salute degli anziani nei Paesi con sistemi di welfare meno completi, come gli Stati sociali dell'Europa orientale e anglosassoni (ROSTILA., et al, 2015). Si potrebbe quindi ritenere che la coesione sociale aumenti la probabilità di accedere al welfare informale nei Paesi con scarsa sicurezza sociale, bassi livelli di welfare, alti tassi di povertà e alti livelli di disuguaglianza. Il fatto che i legami sociali, possano essere l'unico modo in cui gli anziani possono ottenere le risorse e il sostegno necessari in questi Paesi significa che l'assenza di coesione sociale potrebbe avere importanti ripercussioni sulla salute mentale e fisica degli anziani (ROSTILA, et al, 2015). Nelle aree ad alta coesione sociale, i pensionati potrebbero ricevere molti tipi di risorse e supporto dai loro simili, tra cui sostegno emotivo, aiuto e supporto pratico, sensazione di sicurezza. In effetti, la semplice consapevolezza che un vicino di casa vi sosterebbe e vi aiuterebbe in caso di necessità potrebbe promuovere la salute mentale degli anziani. Si è inoltre sostenuto che con l'avanzare dell'età e con il pensionamento, l'estensione geografica del loro spazio di mobilità tende a diminuire e spesso diventano più dipendenti dalla loro comunità e dai servizi locali (BARANYI et al., 2020). Ciò li renderà più dipendenti dalle caratteristiche del quartiere, compresa la coesione sociale.

In linea con queste argomentazioni, potrebbe essere ulteriormente dannoso, soprattutto per i pensionati, vivere in un quartiere a bassa coesione in un Paese in cui lo Stato offre servizi di welfare limitati, poiché ciò li renderebbe ancora più dipendenti dalla loro comunità. Al contrario, gli Stati generosi offrono ai cittadini anziani migliori opportunità di mobilità sociale grazie, ad esempio, alle infrastrutture sociali e a trasporti pubblici di qualità superiore. Ciò rende gli anziani meno dipendenti dalla loro comunità e, quindi, la coesione sociale del quartiere avrà meno importanza per la loro salute e il loro benessere.

Un po' inaspettatamente, non sono state trovate associazioni particolarmente forti nei Paesi dell'Europa meridionale che, secondo la teoria del regime di welfare, sono caratterizzati da bassi livelli di sicurezza sociale. Tuttavia, occorre considerare che questi Paesi sono anche molto orientati alla famiglia (ESPRING-ANDERSEN, 1990; FERRERA, 1996), e potrebbe essere che la

famiglia e i parenti svolgano un ruolo maggiore nel sostenere i pensionati e l'invecchiamento in questi Paesi. Pertanto, il capitale sociale familiare e non la coesione sociale del vicinato potrebbero essere il più importante cuscinetto contro la cattiva salute mentale nei Paesi dell'Europa meridionale. Sarebbe stato interessante se si fossero studiate ulteriori misure di relazioni sociali, come il sostegno sociale da parte di familiari e parenti. In questo modo sarebbe stato possibile distinguere tra le associazioni della coesione sociale e quelle del capitale sociale familiare con la salute mentale.

Sebbene vi siano somiglianze tra i Paesi appartenenti a un determinato tipo di regime, vi sono anche notevoli differenze, sicché i tipi di regime dovrebbero essere considerati solo come tipi ideali. I cluster di paesi possono essere utili a fini descrittivi, ma sono molto meno utili se vogliamo davvero aprire la “scatola nera” e analizzare quali aspetti del welfare state sono importanti (LUNDBERG, 2008). Misure specifiche delle caratteristiche del welfare state potrebbero catturare più accuratamente aspetti del welfare state, come politiche familiari specifiche, spesa per vari tipi di protezione sociale, caratteristiche dei sistemi pensionistici. Questi ultimi tipi di misure potrebbero essere particolarmente importanti in un’analisi più specifica (BARANYI et al., 2020). La mancanza di un contributo significativo da parte dei regimi di welfare all’associazione tra coesione sociale e depressione potrebbe riflettere sia il basso numero di Paesi in ciascuna categoria, sia il fatto che la categorizzazione dei regimi di welfare è una misura troppo semplicistica per catturare accuratamente le caratteristiche dello stato sociale significative per la relazione coesione sociale-depressione.

La scoperta contraddittoria che la relazione coesione sociale-depressione è generalmente più forte nei Paesi egualitari, sebbene si riscontrino forti associazioni anche in alcuni dei regimi di welfare più diseguali (cioè quelli liberali e dell'Europa dell'Est), indica che specifici indicatori di welfare potrebbero, in alcuni casi, influenzare la salute in modi opposti a quelli che ci aspetteremmo. Il tutto è complesso, in quanto considera una serie di variabili a diversi livelli di aggregazione, come quello individuale, di quartiere e di nazionalità (BARANYI, et al., 2020). È quindi piuttosto difficile trarre conclusioni solide, in particolare per quanto riguarda i meccanismi alla base delle associazioni; vengono sollevate quindi molte domande che potrebbero

essere approfondite in studi futuri. I ricercatori potrebbero esaminare più esplicitamente i meccanismi alla base delle associazioni, nonché esaminare la coesione in relazione ad altri esiti di salute prevalenti negli anziani, come la demenza, il declino cognitivo e fisico e il diabete. Sarebbe inoltre interessante prendere in considerazione altre misure specifiche di benessere, poiché la categorizzazione del regime di benessere potrebbe essere troppo frammentata per cogliere le caratteristiche specifiche dello stato sociale significative per le associazioni.

Anche le implicazioni politiche sollevano diversi interrogativi e dovrebbero essere approfondite. Le politiche nei Paesi con legami più forti tra vicinato e depressione dovrebbero concentrarsi sul miglioramento dell'ambiente fisico e sul sostegno dei legami sociali nelle comunità, sforzi che potrebbero ridurre la depressione e contribuire a un invecchiamento sano. Tuttavia, non è chiaro come tali politiche debbano essere progettate e se debbano essere rivolte solo alle persone di età maggiore a cinquant'anni o ai pensionati o se debbano essere universali e rivolte a tutti i residenti con bassa coesione sociale (BARANYI et al., 2020). Il rischio di politiche universali per tutti i residenti a bassa coesione sociale è che i residenti più giovani traggano maggiori vantaggi da tali politiche perché sono più sani e socialmente attivi e adottano più facilmente gli interventi. È stato condotto uno studio importante che si rivolge alle domande più grandi dell'epidemiologia sociale (BARANYI et al., 2020). Ha un grande potenziale per ispirare studi futuri che considerino contemporaneamente i determinanti della salute a monte e a valle (KAPLAN, 2004) a diversi livelli di aggregazione.

### 3.4 ESCLUSIONE SOCIALE

Dalla metà degli anni Settanta, sono emersi crescenti segnali di crisi politica e sociale dovuti alla ristrutturazione del modo di produzione capitalistico, con conseguente cambiamento dei modelli di occupazione e, pertanto, nuove sfide per la definizione dei criteri di ammissibilità ai diritti sociali (SILVER, 1994; JORDAN 1996; LITTLEWOOD & HERKOMMER, 1999; LEISERING, 2000; BÖHNKE, 2001).

Il modello europeo per l'inclusione sociale attraverso la partecipazione al mercato del lavoro e il corrispondente accesso ai diritti sociali sembra essere in crisi. Il processo di esclusione sociale è visto come un rischio non solo per le persone interessate, ma anche per la società in generale. I concetti politici e scientifici di esclusione sociale sono stati sviluppati come strumento per analizzare le nuove forme di cleavage sociali e quindi definire nuove forme di strategie di ricerca per questo fenomeno sociale. Con il concetto di esclusione sociale, la questione della disuguaglianza tra la sfera superiore e quella inferiore è stata estesa per includere la situazione dei membri ai margini di una società. L'interrelazione dei tre concetti (povertà, disuguaglianza sociale, esclusione sociale) è stata discussa in modo controverso e spazia dall'idea che i concetti debbano essere complementari l'uno all'altro all'idea che il concetto di esclusione sociale debba sostituire i concetti di disuguaglianza sociale e povertà (GRAY, 2000; LISTER, 2000; SEN, 2000). Sebbene all'inizio del dibattito il concetto di esclusione sociale fosse strettamente legato ai problemi di disoccupazione e povertà nella società, si sta gradualmente applicando a una gamma più ampia di settori.

Sono state elencate diverse dimensioni del concetto di esclusione: esclusione economica (partecipazione al mercato del lavoro, tenore di vita adeguato); esclusione istituzionale (l'accesso alle istituzioni pubbliche); esclusione culturale (le aspettative nei confronti di alcuni gruppi della società); esclusione sociale (la mancanza di relazioni sociali); esclusione spaziale (segregazione locale dell'area di residenza). La molteplicità del concetto si riferisce alla sua natura cumulativa. L'esclusione sociale è vista come un continuum di svantaggi combinati e accumulati, che emergono gradualmente in un processo di riduzione della partecipazione sociale.

Per definire questo processo graduale è stato coniato il termine emarginazione. È definito come il processo di distacco dall'organizzazione e dalle comunità di cui una società è composta e dai diritti e doveri che essa incarna. L'emarginazione si concentra su questioni relazionali, come l'inadeguata partecipazione sociale, la mancanza di integrazione sociale e la mancanza di potere. Pertanto, è strettamente connessa all'accesso negato alle principali aree

sociali e, di conseguenza, ai processi di svantaggio multidimensionale e cumulativo.

I modelli descritti di svantaggio multidimensionale permettono di identificare i gruppi vulnerabili in una società (ROOM, 1995). Il presupposto della natura multipla e cumulativa del concetto solleva la questione di come le dimensioni si rafforzino a vicenda. Questo concetto viene utilizzato per la necessità di una maggiore chiarezza concettuale (WHELAN & WHELAN, 1995). Dal punto di vista dei modelli di svantaggio multidimensionale, la semplice identificazione delle dimensioni dell'esclusione sociale non consente di prendere una decisione sul loro significato e sulla loro interazione. Se l'identificazione di forme distinte dell'esclusione deve essere fruttuosa, dobbiamo dirigere l'attenzione sui fattori, che sono coinvolti nella produzione di diversi tipi di privazioni e considerare le conseguenze variabili di specifici tipi di esclusione (WHELAN & WHELAN, 1995). La distinzione tra determinanti ed esiti sembra essere fondamentale per comprendere le dinamiche del cambiamento sociale e i processi attraverso i quali alcuni individui vengono esclusi (WHELAN & WHELAN, 1995).

Di conseguenza, l'analisi sistematica consente di identificare i fattori cumulativi che innescano l'ingresso e l'uscita da situazioni di esclusione sociale. È all'interno delle situazioni che le dinamiche dell'esclusione si materializzano e gli attori incontrano problemi, analizzano la loro situazione e sviluppano strategie d'azione (WESSELS & MEDIERNA, 2002). L'azione, l'abilità e la competenza degli attori, l'ambito di esclusione e le strutture di risorse disponibili formano il quadro di riferimento. Se una di queste componenti venisse meno, le strategie d'azione efficaci sarebbero ostacolate e potrebbero verificarsi processi di esclusione sociale. Di conseguenza, occorre che la considerazione dell'esclusione sociale affronti la natura e i processi di appartenenza, di fiducia e di accessibilità delle risorse (WESSELS & MEDIERNA, 2002). Si analizzano le nozioni di appartenenza, fiducia e accessibilità delle risorse su tre livelli, ovvero un micro-livello, cioè nella biografia individuale, un meso-livello, cioè negli ambienti vicini, come i quartieri, le reti e un macro-livello, quello della società. La funzione positiva dell'appartenenza si riferisce all'integrazione e alla partecipazione ai tre livelli, mentre al contrario la mancanza di appartenenza si riferisce alla società, alla disorganizzazione sociale e al senso di solitudine.

La fiducia in un governo e l'aspettativa di un trattamento equo caratterizzano le funzioni positive della fiducia, mentre la mancanza di fiducia o la sfiducia si manifestano nei confronti di autorità o istituzioni, nonché verso altri soggetti dell'ambiente sociale. Infine, le funzioni positive dell'accessibilità delle risorse risiedono nelle opportunità di mobilitare il potere e le risorse per l'empowerment sociale e per lo sviluppo personale e la partecipazione sociale. Una mancanza di accesso è caratterizzata da un aumento delle dicotomie tra gruppi diversi nella società, un'infrastruttura di bassa qualità e ostacoli allo sviluppo personale nei singoli percorsi di vita.

Sono state sottolineate l'interrelazione, ma anche una sorta di semi-autonomia, dello sviluppo ai tre livelli (WESSELS & MEDIERNA, 2002). In particolare, il livello sociale crea il quadro per lo sviluppo a livello meso e micro. I concetti di base dell'esclusione sociale e dell'emarginazione sono stati trasferiti solo di recente all'area di ricerca dell'assistenza sociale, in particolare all'assistenza agli anziani.

Come il concetto di esclusione sociale possa essere collegato al concetto di equità, di giustizia, tipicamente usato per valutare la fornitura di servizi, è considerata una questione concettuale chiave. Sono state distinte tre dimensioni quantitative e una qualitativa: garantire standard minimi, sostenere il tenore di vita e ridurre le disuguaglianze e una quarta dimensione qualitativa di promozione del benessere (ÖSTERLE, 1999, 2002). La terza dimensione (riduzione delle disuguaglianze) mette in relazione la situazione dell'individuo alla situazione media di una società. Sulla base di questa, egli chiede di compiere non solo sforzi verticali di redistribuzione per contrastare la disuguaglianza tra ricchi e poveri, ma anche sforzi orizzontali, cioè relativi allo status della famiglia all'interno della società. La quarta dimensione dell'equità richiede la riduzione o la prevenzione dei processi di esclusione sociale. Include questioni di diritti sociali, responsabilità sociali e individuali, solidarietà e autonomia. È stato sostenuto che la dimensione qualitativa dell'integrazione sociale è fortemente correlata a quella quantitativa, vale a dire che l'allocazione delle risorse ha un impatto significativo sulle dimensioni chiave dell'integrazione sociale e della partecipazione (ÖSTERLE, 1999, 2002).

L'accessibilità delle risorse costituisce una base per l'empowerment sociale e lo sviluppo individuale. Sia l'empowerment sociale che lo sviluppo individuale sono definiti come un prerequisito per contrastare o prevenire i processi di esclusione sociale. Le difficoltà a definire empiricamente le dimensioni misurabili del concetto di esclusione sociale nella politica sociale mettono a confronto il concetto più ampio di esclusione sociale con quello più ristretto di equità, che riguarda le questioni operative e l'allocatione dei servizi. In alcuni casi viene sostituito il termine equità con esclusione per valutare i servizi di assistenza (WESSELS & MEDIERNA, 2002; BLACKMAN et al., 2001). Questo mira a definire le caratteristiche dei servizi inclusivi, ovvero i servizi che prevengono o contrastano i processi di esclusione sociale per gli anziani (BLACKMAN et al., 2001). Come punto di partenza per la loro analisi, fanno riferimento ai concetti di solidarietà, allo status di cittadinanza e alla partecipazione a una società come elementi chiave nel dibattito sull'esclusione sociale e l'emarginazione. Definiscono l'esclusione sociale come la negazione dei diritti di cittadinanza, la mancanza di partecipazione e integrazione nella vita sociale, la mancanza di autonomia e come corrispondente status di dipendenza. Queste nozioni devono essere adattate e tradotte in termini concreti analizzando il processo di invecchiamento e le corrispondenti conseguenze sociali. Il concetto di esclusione sociale è stato sviluppato come uno strumento per analizzare i nuovi cleavage sociali nella società, cioè la situazione dei membri ai suoi margini. Il concetto sottolinea l'interazione cumulativa di diverse dimensioni: sociale, istituzionale, culturale, economica e spaziale all'interno del processo di esclusione sociale (BARANYI et al., 2020). Trasferito all'area dell'assistenza agli anziani, il concetto viene utilizzato per valutare la capacità dei sistemi di assistenza di migliorare l'inclusione sociale delle persone, nonostante la loro dipendenza dall'assistenza, promuovere l'indipendenza ed evitare la dipendenza negativa.

## **CONCLUSIONI**

Lo scopo di questa tesi è stato di analizzare il welfare state, dapprima nel suo complesso per poi addentrarci in contesti più specifici.

Nella prima parte è stato introdotto il concetto di stato sociale, andando ad analizzare quali furono i motivi della sua nascita. Poi si è osservato il modo nel quale questo concetto si è evoluto nel corso degli anni, con le conseguenti mutate esigenze della popolazione. Si è anche esaminato come le richieste dei cittadini sono state prese in carico dallo stato e con quali riforme si è riusciti a trovare un accordo, anche per merito delle crescenti risorse dovute soprattutto alla globalizzazione.

Per comprendere al meglio il welfare in tutte le sue sfumature ci si è concentrati sui tre modelli di welfare state adoperati nei differenti stati europei. Mi sono soffermato sul declino del welfare state avvenuto intorno agli anni Novanta, evidenziandone le cause e analizzando le successive riforme volte ad arginare tale fenomeno. Mi sono anche fermato a osservare le più recenti proposte di welfare e come i programmi redistributivi abbiano in parte arginato le differenze tra le classi più ricche e quelle più povere, nonché come l'istruzione e la formazione abbiano incrementato e favorito l'ingresso dei giovani nel mondo del lavoro. Successivamente ho posto l'attenzione sul modello sud-europeo, tra cui quello familistico italiano. Dunque, si è ricostruita la storia del modello italiano e la sua evoluzione, analizzandone le mutazioni dagli albori fino all'epoca contemporanea. Si è così compreso che in Italia il modello familistico è tuttora in vigore ma, se confrontato con quello di partenza, presenta notevoli miglioramenti, riuscendo a soddisfare alcune particolari esigenze, tra cui una diminuzione generale della soglia di povertà minima.

A livello globale nel corso del terzo capitolo si è spiegato che la depressione e i disagi economici sono alla base di sistemi di welfare non sufficientemente in grado di coprire le molteplici esigenze di una popolazione ormai sempre più consapevole. Nello specifico, due dei fattori maggiormente correlati a episodi depressivi sono la coesione sociale e l'esclusione sociale. Si è sottolineato che i soggetti maggiormente colpiti, e per questo anche maggiormente analizzati all'interno della tesi, sono le persone più anziane, le quali spesso si ritrovano maggiormente vulnerabili per l'assenza di un adeguato supporto esterno, e dunque senza la possibilità di poter condurre una vita di qualità accettabile.

L'obiettivo ultimo dell'analisi di questi studi sulle politiche sociali è comprendere il modo nel quale esse si evolvono e sono implementate, e come si possano adattare alle problematiche psicosociali attuali tra cui, soprattutto, la depressione.

## **BIBLIOGRAFIA**

Abramovici G. 2003. *Der Sozialschutz in Europa, Statistik kurz gefasst: Bevölkerung und soziale Bedingungen*, Thema No. 3-3/2003, EUROSTAT.

Addis. 1998. *Gender in the Italian Welfare State Reforms*. Seminar Paper WS/1, European Forum, European University Institute, Florence.

Alber J. 1983. *The expansion of the welfare state in Western Europe: 1900-1975*, in "Rivista italiana di scienza politica" (Italian Journal of Political Science).

Arts, W., & Gelissen, J. 2001. *Welfare States, Solidarity and Justice Principles: Does the Type Really Matter?* Journal of European Social Policy. Acta Sociologica.

Arts, Wil and John Gelissen. 2002. *Three Worlds of Welfare Capitalism or More? A State-of-the-Art Report*. Journal of European Social Policy.

Atkinson A.B. 1995. *Incomes and the Welfare State. Essays on Britain and Europe*, Cambridge, Cambridge. University Press.

Atkinson, Tony B. 1998. *Poverty in Europe*. Oxford, UK: Blackwell.

Avendano, Maurico, Jürges Hendrik, and Johan P. Mackenbach. 2009. *Educational Level and Changes in Health across Europe: Longitudinal Results from SHARE*. Journal of European Social Policy.

Avison, William R., Jennifer Ali, and David Walters. 2007. *Family Structure, Stress, and Psychological Distress: A Demonstration of the Impact of Differential Exposure*. Journal of Health and Social Behavior. American Sociological Association.

- Baldwin P. 1990. *The Politics of Social Solidarity. Class Bases of the European Welfare States 1875-1975*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Bambra, Clare and Terje A. Eikemo. 2009. *Welfare Regimes, Unemployment and Health: A Comparative Study of the Relationship between Unemployment and Self-reported Health in 23 European Countries*. Journal of Epidemiology and Community Health. Wolfson Research Institute, Durham University, Queens Campus, Stockton on Tees.
- Bambra, Clare. 2006. *Health Status and the Worlds of Welfare*. Social Policy and Society. Cambridge University Press.
- Bannik, D. & Hoogenboom, M. 2007. *Hidden Changes: Desegregation of Welfare State Regimes for Greater Insight into Welfare State Change*. Journal of European Social Policy.
- Baranyi G, Sieber S, Cullati S, et al. 2020. *The longitudinal associations of perceived neighborhood disorder and lack of social cohesion with depression among adults aged 50 years or older: an individual-participant-data meta-analysis from 16 high-income countries*. Am J Epidemiol. American Journal of Epidemiology, Volume 189, Issue 4, April 2020.
- Bell, K. and Gaffney, D. 2012. *Making A Contribution*, Touchstone, London.
- Bendix R. 1969. *Stato nazionale e integrazione di classe*, Laterza, Roma-Bari.
- Ben-Galim, D. 2011. *Making the Case for Universal Childcare*, IPPR, London.
- Beveridge W., 1942. *Social Insurance and Allied Services* (The Beveridge Report). London.
- Blackman, T./Brodhurst, S./Convery, J. (eds.) (2001). *Social Care and Social Exclusion*. Houndsmills, Basingstoke.
- Boeri T., Perotti R. 2002. *Meno pensioni, più welfare*, Bologna. Il Mulino.
- Böhnke, P. 2001. *Nothing Left to Lose? Poverty and Social Exclusion in Comparison. Empirical Evidences on Germany*. Discussion-paper WZB (FS III 01-402): Berlin. Social Science Research Center.

- Bonoli, Guiliano and Bruno Parlier. 2007. *When Past Reforms Open New Opportunities: Comparing Old-Age Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems*. Social Policy and Administration.
- Borzaga C., Fazzi L. 2005. *Manuale di politica sociale*, Franco Angeli. Milano.
- Bowles, S., and Gintis, H. 2000. *Reciprocity, Self-Interest and the Welfare State*. Nordic Journal of Political Economy.
- Brady, David. 2005. *The Welfare State and Relative Poverty in Rich Western Democracies, 1967–1997*. Social Forces. Oxford Academic.
- Briggs, A. 1961. *The welfare state in historical perspective*. Archives européennes de Sociologie.
- Brooks and Manza. 2006. *Why Do Welfare States Persist?* Published By: The University of Chicago Press.
- Brown, George W., Tirril O. Harris, and Catherine Hepworth. 1995. *Loss, Humiliation and Entrapment among Women Developing Depression: A Patient and Non-Patient Comparison*. Psychological Medicine. Cambridge University Press.
- Browne, J. and Hood, A. 2012. *A Survey of the UK Benefit System*, BN 13, IFS, London.
- Bruce M. 1961. *The coming of the Welfare State*, Batsford, London.
- Carlin, W. 2012. *A Progressive Economic Strategy*, Policy Network, London.
- Castles, F.C. 1995. *Welfare State Development in Southern Europe*, West European Politics
- Castles, F.C. and M. Ferrera. 1996. *Home Ownership and the Welfare State: Is Southern Europe Different?* South European Society & Politics.
- Cherubini. 1977. *Storia della previdenza sociale in Italia (1869–1960)*. Roma, Editori Riuniti.
- Chung, Haejoo and Carles Muntaner. 2008. *Welfare Regime Types and Global Health: An Emerging Challenge*. Journal of Epidemiology and Community Health. University of Toronto, Canada.

- CNEL. 1963. *Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro Osservazioni e proposte sulla riforma della previdenza sociale*. Assemblea 3 ottobre 1963, Roma.
- Coats, D. 2012. *From the Poor Law to Welfare to Work*, Smith Institute, London.
- Colombo P. 1993. *Stato, in Politica*. Dizionario, a cura di L. Ornaghi, Jaca Book, Milano.
- Colozzi L. 2012. *Dal vecchio al nuovo welfare. Percorsi di una morfogenesi*, Franco Angeli. Milano.
- Commissione d'Aragona. 1948. *La Commissione per la riforma della previdenza sociale attraverso le carte dell'Ufficio legislativo del Ministero del Lavoro*.
- Cooke, G. 2011. *National Salary Insurance: Briefing Paper*, IPPR London.
- Dickson, M. and Smith, S. 2011. *What Determines the Return to Education?* CMPO Paper 11/256, Centre for Market and Public Organisation, Bristol.
- Eaton, William W., Carles Muntaner, Gregory Bavosso, and Corey Smith. 2001. *Socio-Economic Status and Depressive Syndrome: The Role of Inter- and Intragenerational Mobility, Government Assistance, and Work Environment*. Journal of Health and Social Behavior. Published By: American Sociological Association.
- Eikemo, Terje A. and Clare Bambra. 2008. *The Welfare State: A Glossary for Public Health*. Journal of Epidemiology and Community Health. Norwegian University of Science and Technology, 7491 Trondheim.
- Eikemo, Terje A., Clare Bambra, Ken Joyce, and Espen Dahl. 2008. *Welfare Regimes and Income-Related Health Inequalities: A Comparison of 23 European Countries*. European Journal of Public Health. Oxford Academic.
- Eikemo, Terje A., Clare Bambra, Ken Judge, and Kristen Ringdal. 2008. *Welfare State Regimes and Differences in Self-Perceived Health in Europe: A Multilevel Analysis*. Social Science and Medicine. Elsevier.
- Eikemo, Terje A., Martijn Huisman, Clare Bambra, and Anton Kunst. 2008. *Health Inequalities According to Educational Level in Different Welfare*

Regimes: *A Comparison of 23 European Countries*. Sociology of Health and Illness. Blackwell Ltd.

Eisenstadt, S.N. and Roniger, L. 1984. *Patrons, Clients and Friends*, Cambridge University Press.

Espelt Albert, Carme Borrell, Maica Rodriguez-Sanz, Carles Muntaner, Isabel M. Pasarin, Joan Benach, Maartje Schaap, Anton E. Kunst, and Vicente Navarro. 2008. *Inequalities in Health by Social Class Dimensions in European Countries of Different Political Tradition*. International Journal of Epidemiology. Oxford Academic.

Esping-Andersen, Gosta. 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity. Princeton University Press. New Jersey.

Esping-Andersen, Gosta. 2003. *A Welfare State for the 21st Century*. Pp.134–56 in *The Global Third Way Debate*, edited by A. Giddens. Oxford, UK: Polity. Journal of Health and Social Behavior. American Sociological Association.

Esping-Andersen. 1996. *Welfare States in Transition*, London. Journal of European Social Policy.

European Commission. 1993. *Social Protection in Europe*, Brussels. Journal of area Studies.

European Union and World Health Organization. 2002. *Health Status Overview for Countries of Central and Eastern Europe That Are Candidates for Accession to the European Union*. Brussels, Belgium: European Union. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Eurostat. 1994. *Demographic Statistics*, Luxembourg.

Eurostat. 1998. *Various years. Labour Force Survey Results*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Evans, Gary W., Nancy M. Wells, and Annie Moch. 2003. *Housing and Mental Health: A Review of the Evidence and a Methodological and Conceptual Critique*. Journal of Social Issues. Volume 59, Issue 3.

- Fahey, Tony, Brian Nolan, and Bertrand Maître. 2004. *Housing Expenditures and Income Poverty in EU Countries*. Journal of Social Policy. Cambridge University Press.
- Fargion. 1997. *Geografia della cittadinanza sociale in Italia: regioni e politiche assistenziali dagli anni Settanta agli anni Novanta*. Il Mulino, Bologna.
- Ferrera M. 2006. *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Il Mulino, Bologna.
- Ferrera, M. 1984. *Il welfare state in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- Ferrera, M. 1993. *Modelli di Solidarietà, Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Bologna, Il Mulino.
- Ferrera, M. 1995. *The rise and fall of democratic universalism. Health care reform in Italy, 1978-1994*, Journal of Health Politics, Policy and Law. Duke University Press.
- Ferrera, M., Hemerijk, A. and Rhodes, M. 2000. *The Future of the European Welfare State: Managing Diversity for a Prosperous and Cohesive Europe*, Portuguese Presidency of the European Union, Conference on Europe, Globalisation and the Future of Social Policy.
- Ferrera, M. 1996. *The 'Southern' Model of Welfare in Social Europe*. Journal of European Social Policy. Volume 6, Issue 1.
- Field, F. 2009. *Bringing an end to something for nothing welfare*. Cabinet office, London Independent Review on Poverty and Life Chances.
- Fouarge, Didier and Richard Layte. 2005. *Welfare Regimes and Poverty Dynamics: The Duration and Recurrence of Poverty Spells in Europe*. Journal of Social Policy. Cambridge University Press.
- Gallie, Duncan, Dobrinka Kostova, and Pavel Kuchar. 2001. *Social Consequences of Unemployment: An East-West Comparison*. Journal of European Social Policy. Volume 11, Issue 1.
- Gintis, H., Bowles, S., Boyd, R. and Fehr, E. 2005. *Moral Sentiments and Material Interests*, MIT Press, Cambridge, Mass.

- Girotti F. 2004. *Welfare state. Storia, modelli e critica*, Roma: Carocci (I ed. 1998).
- Gray, J. 2000. *Inclusion: A Radical Critique*. In: Askonas, P. /Stewart, A. (eds.) *Social Inclusion*. European Institute Sociology.
- Guillen, A.M. 1992. *Social Policy in Spain: From Dictatorship to Democracy (1939-1982)*, in Z. Ferge and J. E. Kolberg (eds) *Social Policy in a Changing Europe*, Boulder.
- Hacker, J 2011. *The Institutional Foundations of Middle Class Democracy*, Policy Network, London.
- Hacker. 2002. *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, Cambridge. University Press.
- Halvorsen, K. 2007. *Legitimacy of Welfare States in Transition from Homogeneity to Multiculturality: A Matter of Trust*. in Mau, S. and Veghte, B. (ed.) *Social justice, legitimacy and the welfare state*. Aldershot; Burlington, VT, Ashgate.
- Hinrichs, K., and Kangas, O. 2003. *When Is a Change Big Enough to Be a System Shift? Small System-shifting Changes in German and Finnish Pension Policies*. *Social Policy and Administration*. Volume 37, Issue 6.
- Huber and Stephens. 2001. *Development and Crisis of the Welfare State: Parties and Policies in Global Markets*, Chicago. The University of Chicago Press.
- Huber, E., Ragin, C. & Stephens, J.D. 1993. *Social Democracy, Christian Democracy, Constitutional Structure and the Welfare State: Towards a Resolution of Quantitative Studies* *American Journal of Sociology*. The University of Chicago Press.
- Jaeger. 2009. *United But Divided: Welfare Regimes and the Level and Variance in Public Support for Redistribution*, *European Sociological Review*, Volume 25, Issue 6, December 2009. Published by Oxford University Press.
- Jagger C. 2008. *Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a crossnational meta-regression analysis*, *The Lancet*. National Library of Medicine.

- Jones C. 1993. *New Perspectives on the Welfare State in Europe*, Routledge, London.
- Jordan, B. 1996. *A Theory of Poverty & Social Exclusion*. Cambridge: Polity Press.
- Jurado and Naldini. 1996. *Is the South So Different? Italian and Spanish Families in Comparative Perspective*. South European Society and Politics. Volume 1, 1996 - Issue 3: Southern European Welfare States.
- Kahn, Joan R. and Leonard I. Pearlin. 2006. *Financial Strain over the Life Course and Health among Older Adults*. Journal of Health and Social Behavior.
- Kangas, Olli E. 1997. *Self-interest and the common good: The impact of norms, selfishness and context in social policy opinions*, Journal of Behavioral and Experimental Economics (formerly The Journal of Socio-Economics). Elsevier.
- Kaplan GA. 2004. *What's wrong with social epidemiology, and how can we make it better?* Epidemiologic Reviews, Volume 26, Issue 1. Oxford Academic.
- Kasza. 2002. *The Illusion of Welfare 'Regimes'* April 2002 Journal of Social Policy. Cambridge University Press.
- Kim, Jinyoung and Emily Durden. 2007. *Socio-Economic Status and Age Trajectories in Health*. Social Science and Medicine. Elsevier.
- Kini NGS. 1966. *Approaches to a Theory of Comparative Welfare Policies, in Perspectives on the Welfare State*, Manaktalas, Bombay.
- Korpi, Walter and Joakim Palme. 1998. *The Paradox of Redistribution and the Strategy of Equality: Welfare State Institutions, Inequality and Poverty in the Western Countries*, American Sociological Review. Published By: American Sociological Association.
- Korpi, Walter. 1983. *The Democratic Class Struggle*. London: Routledge and Kegan Paul.
- La Palombara, J. 1964. *Interest Groups in Italian Politics*, Princeton, Princeton University Press.
- Larsen, C.A. 2006. *The institutional logic of welfare attitudes: How welfare regimes influence public support*. Hampshire, UK: Ashgate.

- Leisering, L. 2000. *Exklusion* – Elemente einer soziologischen Rekonstruktion. In: Büchel, F./ Diewald, M./Krause, P./Mertens, A./Solga, H. (Hg.). *Zwischen drinnen und draußen. Arbeitsmarktchancen und soziale Ausgrenzungen in Deutschland*. Opladen: Leske und Budrich.
- Levecque, K. 2008. *Armoede en Depressie: (G)Een Evident verband Poverty and depression*. Acco. Department of Sociology.
- Lijphart, A.T.C. Bruneau, P. Nikiforos Diamandourous and R. Gunther. 1988. *Mediterranean Model of Democracy; The Southern European Democracies in Comparative Perspective*, West European Politics.
- Lister, R. 2000. *Strategies for Social Inclusion: Promoting Social Cohesion or Social Justice*. In: Askonas, P. /Stewart, A. (eds.) *Social Inclusion*. Macmillan, Houndmills.
- Littlewood, P./Herkommer, S. 1999. *Identifying Social Exclusion. Some problems of meaning*. In: Littlewood, P./Glorieux, I./Herkommer, S./Jönsson, I. (eds.). *Social Exclusion in Europe: Problems and paradigms*. Aldershot: Ashgate.
- Lloyd-Sherlock, Peter. 2000. *Old Age and Poverty in Developing Countries: New Policy Challenges*. World Development. Elsevier.
- Lundberg OC. 2008. *Commentary: politics and public health—some conceptual considerations concerning welfare state characteristics and public health outcomes*. *International Journal of Epidemiology*, Volume 37, Issue 5. Oxford Academic.
- Lynch. 2006. *Age in the Welfare State: The Origins of Social Spending on Pensioners, Workers and Children*, Cambridge University Press, New York.
- Maestri. 1994. *Rappresentanza degli interessi, partiti e consenso: Giungla pensionistica, clientelismo e competizione politica in Italia*. Milano, Franco Angeli.
- Maravall, J.M. 1992. *What is Left? Social Democratic Policies in Southern Europe*, working paper of the Juan March Institute, Madrid.
- Marshall T. 1961. *The Welfare State: a Sociological Interpretation*, in *Archives Européennes de Sociologie*. Cambridge University Press.

- Mau. 2003. *The Moral Economy of Welfare States: Britain and Germany Compared*, London: Routledge.
- McDonough, Peggy and Berglund. 2003. *Histories of Poverty and Self-Rated Health Trajectories*. Journal of Health and Social Behavior. Published By: American Sociological Association.
- McLeod, Jane D. and Ronald C. Kessler. 1990. *SocioEconomic Status Differences in Vulnerability to Undesirable Life Events*. Journal of Health and Social Behavior. Published By: American Sociological Association.
- Miech, Richard A. and Michael J. Shanahan. 2000. *Socioeconomic Status and Depression over the Life Course*. Journal of Health and Social Behavior. Published By: American Sociological Association.
- Mirowsky, John and Catherine E. Ross. 1992. *Age and Depression*. Journal of Health and Social Behavior. Published By: American Sociological Association.
- Mirowsky, John and Catherine E. Ross. 2001. *Age and the Effect of Economic Hardship on Depression*. Journal of Health and Social Behavior. Published By: American Sociological Association.
- Moreno, L. and S. Sarasa. 1992. *The Spanish Via Media to the Development of the Welfare State*, working paper of the Instituto ed Estudios Sociales Avanzados, Madrid.
- Naldini M. 2007. *Le politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy*, Carocci, Roma.
- Navarro, Vincente and Leiyu Shi. 2001. *The Political Context of Social Inequalities and Health*. International Journal of Health Services.
- O'Neill, Dave M. and David N. Bertollo. 1998. *Work and Earning Losses Due to Mental Illness: Perspectives from Three National Surveys*. Administration and Policy in Mental Health.
- Oecd. 1994. *New Orientations for Social Policy*, Paris. Cambridge University Press.
- Ogg, Jim. 2005. *Social Exclusion and Insecurity among Older Europeans: The Influence of Welfare Regimes*. Aging and Society. Cambridge University Press.

- Olafsdottir, Sigrun. 2007. *Fundamental Causes of Health Disparities: Stratification, the Welfare State, and Health in the United States and Iceland*. Journal of Health and Social Behavior. American Sociological Association.
- Olsen, Karen and Sverre-Age Dahl. 2007. *Health Differences between European Countries*. Social Science and Medicine. Elsevier.
- Organisation for Economic Cooperation and Development. 2000a. *Labour Force Statistics*. Paris, Journal of European Public Policy.
- Organisation for Economic Cooperation and Development. 2000b. *Poverty Dynamics in Six OECD Countries*. Geneva, Journal of Health and Social Behavior.
- Organisation for Economic Cooperation and Development. 2008. *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*. Bristol University Press.
- Österle, A. 1999. *Equity and Long-Term Care Policies. A Framework for the Comparative Analysis*. European University Institute Florence.
- Österle, A. 2002. *Evaluating Equity in Social Policy. A Framework for Comparative Analysis*. Evaluation.
- P. Onofri. 1997. *La riforma del welfare. Dieci anni dopo la «Commissione Onofri»*. Bologna, Il Mulino.
- Paci, M. 1984. *Il sistema di welfare italiano tra tradizione clientelare e prospettive di riforma*. In *Welfare state all'italiana*, a cura di Ascoli, Roma-Bari, Laterza.
- Paci, M. 1987. *Pubblico e privato nel sistema italiano di welfare*, in Lange, P. e Regini, M. (a cura di), *Stato e regolazione sociale. Nuove prospettive sul caso italiano*, Bologna, Il Mulino
- Pappalardo, A. 1991. *Austerità conservatrice e rigore socialista: che differenza?* in Rivista italiana di scienza politica.
- Pearlin, Leonard I., Jim B. Nguyen, Scott Schieman, and Melissa A. Milkie. 2007. *The Life-Course Origins of Mastery among Older People*. Journal of Health and Social Behavior. American Sociological Association.

- Pearlin, Leonard I., Morton A. Lieberman, Elizabeth G. Menaghan, and Joseph T. Mullan. 1981. *The Stress Process*. Journal of Health and Social Behavior. American Sociological Association.
- Pennycook, M. 2012. *What Price a Living Wage?* IPPR/Resolution Foundation.
- Pereirinha, J. 1992. *Portugal, consolidated report for the Observatory on national policies to combat social exclusion*, Brussels, European Commission.
- Perez Diaz, V. 1990. *El Espectro del Neo-clientelismo*, in El País.
- Petmesidou, M. and L. Tsoulouvis .1994. *Aspects of the Changing Political Economy of Europe: Welfare State, Class Segmentation and Planning in the Postmodern Era*. Sociology, Volume 28 Issue 2.
- Pfeifer, M. 2009. *Public Opinion on State Responsibility for Minimum Income Protection: A Comparison of 14 European Countries*. Acta Sociologica, Volume 52, Issue 2.
- Phillipson, Chris. 2005. *The Political Economy of Old Age*. In The Cambridge Handbook of Age and Ageing, edited by M. L. Johnson, V. L. Bengtson, P. G. Coleman, and T. B. L. Kirkwood. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Pickard, L. Et al 2012. *Public Expenditure Costs of Carers Leaving Employment*. LSE Health and Social Care. National Institute for Health Research (NIHR).
- Pierson. 2001. *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Pudrovska, Tetyana, Scott Schieman, Leonard I. Pearlin, and Kim Nguyen. 2005. *The Sense of Mastery as a Mediator and Moderator in the Association between Economic Hardship and Health in Late Life*. Journal of Aging and Health.
- Regini e Regonini. 1981. *La politica delle pensioni in Italia: Il ruolo del movimento sindacale*. Giornale di diritto del lavoro e di relazioni industriali.
- Regonini. 1984. *Il sistema pensionistico: Risorse e vincoli*. In *Welfare state all'italiana*, a cura di Ascoli, Roma, Laterza.

- Regonini. 1996. *Partiti e pensioni: Legami mancanti*. In *Il gigante dai piedi di argilla: la crisi del regime partitocratico in Italia*, a cura di Cotta M. e Isernia P., Bologna, Il Mulino.
- Rhodes, M. 1995. *Regional Development and Employment in Europe's Southern and Western Peripheries*, in M. Rhodes (ed.), *The Regions and the New Europe: Patterns in Core and Periphery Development*, Manchester.
- Room, G. 1995. *Poverty in Europe: competing paradigms of analysis*. Policy & Politics. Policy Press.
- Ross and Huber. 1985. *Hardship and Depression*. Journal of Health and Social Behavior. American Sociological Association.
- Rossi. 1997. *Meno ai padri, più ai figli*. Bologna, Il Mulino.
- Rostila M, Nygård M, Nyqvist F. 2015. *The role of welfare states and social capital for self-rated health among older Europeans*. In: Forsman A, Nyqvist F, eds. *Social Capital and Health Among Older People: The Meaning of Community and Context*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Santos, B. 1994. *Etats, rapports salariaux et protection sociale à la semi-périphérie – cas du Portugal*, Peuples Méditerranéens.
- Saraceno C. 1997. *Lo stato delle famiglie in Italia*, Bologna, Il Mulino.
- Saraceno. 1994. *The Ambivalent Familism of the Italian Welfare State*. Social Politics. Board of Trustees of the University of Illinois.
- Schieman, Scott, Karen Van Gundy, and John Taylor. 2001. *Status, Role and Resource Explanations for Age Patterns in Psychological Distress*. Journal of Health and Social Behavior. American Sociological Association.
- Schmid. 1998. *Transitional labour markets: a new European employment strategy*. Social Science Open Access Repository.
- Sen, A. 2000. *Social Exclusion: Concept, Application, And Scrutiny*. Social Development Paper No. 1. Office of Environment and Social Development. Asian Development Bank.
- Serps. 1979. *The Second State Pension replaced the former State Earnings-Related Pension Scheme*. Institute for Fiscal Studies.

- Siefert Kristine, Colleen M. Heflin, Mary E. Corcoran, and David R. Williams. 2004. *Food Insufficiency and Physical and Mental Health in a Longitudinal Survey of Welfare Recipients*. Journal of Health and Social Behavior. American Sociological Association.
- Silver, H. 1994. *Social Exclusion and social solidarity: Three paradigms*. International Labour Review. England.
- Svallfors. 1997. *Worlds of Welfare and Attitudes to Redistribution: A Comparison of Eight Western Nations*, published By: Oxford University Press.
- TaylorGooby P. 2009. *Reframing Social Citizenship*. Oxford: Oxford University Press.
- TaylorGooby, P. 2008. *Choice and Values: Individualised Rational Action and Social Goals*. Journal of Social Policy. Cambridge University Press.
- Titmuss R. 1974. *Social Policy: An Introduction*, Allen & Unwin, London.
- Titmuss R. 1986. *Essays on the Welfare State*, Edizioni Lavoro, Roma.
- Townsend, Peter and Nick Davidson (eds.). 1992. *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide*. London: Penguin.
- Turner, Jay R. and Donald A. Lloyd. 1999. *The Stress Process and the Social Distribution of Depression*. Journal of Health and Social Behavior. American Sociological Association.
- Ullrich, C.G. 2002. *Reciprocity, justice and statutory health insurance in Germany*. Journal of European Social Policy.
- Van Kersbergen and Becker. 1988. *The Netherlands - A Passive Social Democratic Welfare-State in A Christian Democratic Ruled Society*. Journal of Social Policy. Cambridge University Press.
- Van Kersbergen and Manow. 2009. *Religion, Class Coalitions, and Welfare States*. Cambridge Studies in Social Theory, Religion and Politics. Cambridge University Press.
- Van Kersbergen. 1995. *Social capitalism: a study of Christian democracy and of the welfare state*. Routledge, London.

Van Oorschot, W. 2002. "Individual Motives for contributing to welfare benefits in the Netherlands". Policy Press, Volume 30: Issue 1.

Van Oorschot, Wim, and Richard Engelfreit. 1999. *Work, Work, Work. Labour Market Participation Policies in the Netherlands (1970–2000)*. Paper presented at the conference *The Modernisation of Social Protection and Employment*, European University Institute, Florence, Italy.

Veronese, P. 1994. *Sistema politico e tutela dell'invalidità: il caso italiano*, Università di Pavia, Facoltà di Scienze Politiche.

Vogliotti S. - Vattai S. 2014. *Modelli di Welfare State in Europa*, IPL, Bolzano.

Wade, Terrance J. and David J. Pevalin. 2004. *Marital Transitions and Mental Health*. Journal of Health and Social Behavior. American Sociological Association.

Wessel, B., Medierna, S. 2002. *Towards understanding situations of social exclusion* In: Steinert, H./ Pilgrim A (eds.). *Welfare Policy From Below: Struggles Against Social Exclusion in Europe*.

Whelan, B./Whelan, C.T. 1995. *In what sense is poverty multidimensional?* In: Room, G. (ed.) *Beyond the threshold. The Measurement and Analysis of Social Exclusion*.

Whooley, Mary A., Catarina I. Kiefe, Margaret A. Chesney, Jerome H. Markovitz, Karen Matthews and Stephen B. Hulley. 2002. *Depressive Symptoms, Unemployment and Loss of Income: The CARDIA Study*. Archives of International Medicine.

World Health Organization. 2003. *Investing in Mental Health Care*. This publication was produced by the Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization, Geneva.

Yngwe, Monica A., Johan Fritzell, Bo Burström, and Olle Lundberg. 2005. *Comparison or Consumption? Distinguishing between Different Effects of Income on Health in Nordic Welfare States*. Social Science and Medicine. Elsevier.

Zuckerman, M. 1979. *Sensation seeking beyond the optimal level of arousal.*;  
Chicago / Turabian. Elsevier.