

Sistemi di welfare ed emergenze sanitarie: un confronto tra Stati Uniti ed Europa nell'anno del Covid-19¹

Introduzione

Nel 1941, nel suo discorso sullo stato dell'Unione, il presidente degli Stati Uniti Roosevelt si rivolse ai cittadini del suo paese esponendo quali dovessero essere, in un mondo ormai in guerra, le finalità che gli USA avrebbero dovuto perseguire a livello planetario, nel discorso sulle "Quattro libertà": libertà di parola e di espressione, libertà di culto, libertà dal bisogno (sicurezza sociale) e libertà dalla paura.

Da allora il senso del concetto di benessere sociale, di welfare appunto, ha attraversato diverse fasi: negli anni Ottanta, con l'amministrazione Regan furono praticati pesanti tagli alla spesa sociale, in particolare all'istruzione, all'edilizia popolare e dell'aiuto delle famiglie povere. Tali politiche trovarono la loro legittimazione culturale nel neoliberismo.

Il *Patient Protection and Affordable Care Act*, il cosiddetto Obamacare, del 2013, ha incontrato diverse difficoltà nelle sue fasi di attivazione e, secondo molti è costato al Presidente un netto calo negli indici di gradimento degli americani, contribuendo all'elezione di Donald Trump, le cui linee guida di politica economica hanno riguardato il taglio della spesa pubblica, per la parte non legata alla Difesa, con l'obiettivo della riduzione del deficit di bilancio.

Di segno opposto il modello di welfare europeo, che nell'ottica statunitense appare troppo generoso con tutti e quindi troppo costoso, ma che in realtà presenta diverse sfaccettature in ragione di dinamiche politiche, economiche e demografiche differenti, secondo la ben nota classificazione di Esping-Andersen².

¹ Relazione presentata alla XIII Conferenza ESPAnet Italia, "Il welfare state di fronte alle sfide globali", conferenza online organizzata dal Board di Espanet Italia e dall'Università Ca' Foscari, 17-19 settembre 2020.

² Esping-Andersen G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, New York, Polity Press

L'irrompere della pandemia del Covid-19 ha costituito un evento che ha focalizzato l'attenzione collettiva sulla gestione dei sistemi sanitari ridefinendo le priorità, confermando in alcuni casi le scelte politiche oppure aiutando in altri a superare le inerzie istituzionali.

Obiettivo del paper è una riflessione sul modo in cui l'evento della pandemia ha influenzato le scelte politiche sanitarie e più in generale di assistenza sociale nordamericane ed europee, in particolare italiane, modificando in alcuni casi o riaffermando in altri, le linee essenziali dei sistemi di welfare.

Modelli di welfare

Una delle classificazioni più note dei sistemi di welfare è quella proposta da Esping-Andersen che comprende tre tipologie: quella liberale, che in Europa include Gran Bretagna e Irlanda, quella del welfare social-democratico, con gli Stati del Nord Europa (Svezia, Danimarca, Finlandia), e quella corporativistica (Germania, Austria, Francia e Italia)³. Per il primo sistema di welfare l'intervento dello Stato nel combattere la povertà è limitato agli indigenti, e largo spazio viene dato al libero mercato. Il secondo focalizza il suo interesse nella riduzione delle differenze di reddito e un sistema di sicurezza sociale di tipo universale, con tassi di occupazione femminile alti. Il terzo gruppo, infine, è caratterizzato da un interesse particolare nei confronti di target occupazionali specifici. In questo tipo di classificazione i sistemi di welfare vengono quindi considerati come il prodotto di fattori politici, economici e storici differenti per ogni paese; rappresentano un costrutto storico definito, derivante da un contratto sociale tra Stato e cittadini in un'economia di mercato.

Il lavoro proposto da Esping-Andersen ha stimolato un ampio dibattito e ha portato diversi autori a formulare nuove proposte: alcuni (Leibfried, 1992; Ferrera, 1996) hanno sostenuto la necessità di considerare separatamente i paesi dell'Europa meridionale che, per le loro caratteristiche, costituirebbero un ulteriore modello di welfare. Il lavoro proposto da Leibfried elabora una tipologia nell'intento di indagare se i differenti sistemi di welfare possano armonizzarsi e convergere in un unico modello europeo. Leibfried sostiene, infatti, che l'Europa è più di una entità geografica, o di un mercato comune, ma detiene un patrimonio culturale condiviso tra i paesi al suo interno e che ne fanno un soggetto analogo e distinto rispetto agli Stati Uniti. Le variabili sulle quali vengono costruite le tipologie di welfare riguardano, in questo caso, le policy relative alle assicurazioni sociali e alla povertà e l'analisi delle possibili conseguenze derivanti dall'introduzione del reddito minimo nei

³ Ibidem

diversi paesi europei. L'autore sostiene la necessità di aggiungere un ulteriore modello ai tre mondi di Esping-Andersen e propone di distinguere i regimi di welfare in scandinavo (Danimarca, Norvegia, Finlandia, Svezia), anglosassone (Gran Bretagna, Australia, Nuova Zelanda e Stati Uniti), bismarckiano (Germania e Austria) e latino (Italia, Spagna, Portogallo e Grecia). Il modello scandinavo si caratterizza per la piena occupazione alimentata dal sistema di protezione stesso, infatti il welfare state è in primo luogo "employer" oltre che "compensator". Tale regime si basa sul diritto al lavoro ed è sostenuto dall'istituzionalizzazione del concetto di cittadinanza. Il modello bismarckiano condivide con il primo l'istituzionalizzazione della nozione di cittadinanza, ma se ne differenzia da un lato perché basato sul diritto alla sicurezza sociale anziché al lavoro e, dall'altro, perché il welfare è prima "compensator" e poi "employer". Il modello anglosassone è considerato come strettamente connesso al mercato e basato sul diritto a trasferimenti monetari, ha carattere compensatorio, e si inserisce in un contesto in cui non è riconosciuta la nozione di cittadinanza sociale. Infine, il modello latino è considerato come rudimentale poiché il diritto al lavoro e al welfare rappresenta più una proclamazione che una realtà e l'istituzionalizzazione della cittadinanza sociale risulta solo parzialmente implementata⁴.

Successiva alla proposta tipologica di Leibfried è quella elaborata da Maurizio Ferrera che elabora modelli di sistemi di welfare basati su una dimensione qualitativa⁵. L'analisi dei differenti sistemi di welfare state si è infatti tradizionalmente concentrata sulla dimensione quantitativa della protezione e quindi sulla quantità delle prestazioni, della spesa e dei beneficiari. Ferrera, invece, si propone di individuare "chi è protetto", piuttosto che "quanto si protegge", attraverso l'indagine del sistema di copertura relativo agli schemi pensionistici e sanitari. L'autore vede come storicamente si siano affermati due distinti modelli di copertura (occupazionale e universalistico), la cui differenza è riconducibile alle prime assicurazioni sociali obbligatorie che in alcuni paesi erano di tipo occupazionale e in altri nazionale. All'interno dei modelli di copertura occupazionali e universalistici è poi possibile distinguere i tipi puri da quelli misti, in quanto i primi sono rimasti fedeli al modello originario, mentre i secondi se ne sono distaccati. La tipologia proposta si articola quindi in quattro modelli: occupazionali puri (Francia, Belgio, Germania, Austria), occupazionali misti (Svizzera, Italia, Olanda e Irlanda), universalistici misti (Gran Bretagna e Canada) e universalistici puri (Svezia, Norvegia, Danimarca e Finlandia).

L'autore individua alcune specificità del modello relativamente ai meccanismi di garanzia del reddito centrati sui trasferimenti monetari e il carattere dualistico delle forme di protezione: il forte divario

⁴ Leibfried S. (1992), *Towards a European welfare state? On integrating poverty regimes into the European Community*

⁵ Ferrera M. (1993) *Modelli di solidarietà. Politiche e riforme sociali nelle democrazie*, Bologna, Il Mulino.

fra prestazioni “forti” (riservate ai lavoratori attivi nei settori centrali dell’economia) e prestazioni “deboli” (riservate ai lavoratori attivi nei settori periferici dell’economia), determina un «iper-garantismo selettivo», caratteristico del modello di welfare del Sud Europa⁶. La seconda area riguarda il settore della sanità che è caratterizzato da un approccio universalistico e dalla presenza di specifici mix pubblico-privato. L’ultima area riguarda invece il carattere particolaristico e clientelare del modello di welfare sud-europeo. Le peculiarità di questi sistemi di welfare vengono spiegate sulla base di alcune variabili politico-istituzionali che riguardano principalmente la debolezza delle istituzioni statuali, che ha favorito la diffusione di meccanismi clientelari, e la competizione interpartitica, che ha invece agevolato il mantenimento della frammentazione corporativa nei sistemi di garanzia del reddito.

Un’ulteriore proposta tipologica è quella elaborata da Giuliano Bonoli⁷. In questo caso vengono analizzati i due principali aspetti dell’attuale sviluppo del welfare, che riguardano da un lato il movimento verso l’espansione o la contrazione dei sistemi di welfare e, dall’altro, la convergenza (o divergenza) verso un “modello medio” di protezione sociale. Bonoli parte dalla considerazione secondo cui la maggior parte delle tipologie elaborate in letteratura trovano il loro limite nel fatto di essere costruite su un’unica dimensione e per questo propone un’analisi riguardante sia il livello di protezione (dimensione quantitativa) che il modo in cui questa è fornita (dimensione qualitativa). La dimensione qualitativa, riprendendo il lavoro di Ferrera, riguarda la distinzione fra modelli di welfare di tipo Beveridgiano e Bismarckiano e quindi fra modelli universalistici e occupazionali, mentre quella quantitativa è quella relativa al livello di spesa. Viene considerata, quindi, da un lato la percentuale di spesa sociale e dall’altro il modo in cui tale spesa è finanziata, dove il ricorso alla tassazione generale riflette il modello Beveridgiano, mentre il metodo contributivo è tipico di quello Bismarckiano. La tipologia elaborata si articola in quattro modelli: Beveridgiano con alta spesa (Danimarca, Svezia, Finlandia, Norvegia), Beveridgiano con bassa spesa (Regno Unito e Irlanda), Bismarckiano con alta spesa (Germania, Francia, Belgio, Olanda e Lussemburgo), Bismarckiano con bassa spesa (Italia, Spagna, Grecia, Svizzera e Portogallo).

Crisi economiche e sanitarie

⁶ Ferrera, M. (1996) ‘The Southern Model of Welfare in Social Europe’, *Journal of European Social Policy*

⁷ Bonoli G. (1997) *Classifying Welfare State: A Two-Dimension Approach*. Cambridge University Press.

Gli anni Ottanta segnano, secondo molti, la fine della età dell'oro del welfare state (Esping-Andersen, 1996; Pierson, 1994). Se infatti nel periodo post-bellico i sistemi di welfare si erano strutturati in un contesto di espansione economica, a partire dagli allora si trovano ad affrontare la sfida posta dalle nuove politiche economiche di austerità. La politica dei tagli allo stato sociale avviata in Gran Bretagna e negli Stati Uniti dalle amministrazioni Thatcher e Reagan ha portato Paul Pierson nel 1994 a chiedersi se si stesse effettivamente smantellando il sistema di welfare. Tale visione è stata infatti sostenuta dai principi liberisti secondo cui il welfare state è incompatibile con il perseguimento dello sviluppo economico, al punto da fare affermare allo stesso Pierson che “per Regan e Thatcher il welfare state non è stato semplicemente vittima di scarse prestazioni economiche, ma una delle sue principali cause”⁸.

Anche in Italia la crisi del welfare ha portato, come in altri paesi europei, a processi di riforma che riguardano la progettazione di formule miste, che sottraggono alcune competenze allo Stato per affidarle all'iniziativa privata⁹.

Massimo Paci individua nella presenza di un mix pubblico/privato la principale caratteristica del welfare italiano, sottolineando come il settore sociale sia stato storicamente caratterizzato dalla scarsa presenza di servizi pubblici e dalla realizzazione di politiche che, fondate sui trasferimenti monetari, hanno sempre attribuito alla famiglia le responsabilità di cura¹⁰.

Altre crisi hanno messo a dura prova la sostenibilità dei sistemi di welfare quali la grave crisi finanziaria del 2008 e quella economica che ne è seguita e che ha piegato la gran parte delle economie mondiali come non accadeva dal 1929.

Attualmente la crisi generata dalla pandemia si caratterizza per la gravità dell'impatto dell'emergenza sanitaria sia sull'economia che sulla salute pubblica e privata. Gli effetti economici sono ancora indeterminati e dipenderanno anzitutto dalla durata della crisi che è ancora incerta, ma le prime stime indicano un ordine di grandezza nella caduta del Pil mondiale doppio di quella delle crisi del 2008 e un gravissimo impatto sulla occupazione, di oltre 250 milioni di disoccupati secondo le previsioni dell'OIL.

Anche l'origine della crisi attuale è diversa dal passato: secondo gli esperti è strettamente legata all'interdipendenza sempre più profonda tra le vicende economico-sociali e la vita delle persone nel mondo globale. Il virus ha trasformato il rischio da interdipendenza in una drammatica emergenza.

⁸ Pierson P. (1994) *Dismantling the Welfare State?* Cambridge University Press

⁹ De Leonardis, O. (1996). *I welfare mix. Privatismo e sfera pubblica. Stato E Mercato*

¹⁰ Paci M (1989) *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*. Liguori editore.

Si è verificata una vera e propria rottura dell'ordine sociale: “negli ultimi mesi a traballare sono stati i pilastri stessi della vita sociale su cui si era fondata la nostra “sicurezza ontologica” (Giddens, 1991), la ragionevole aspettativa che ciascuno di noi ha di sapere quello che si può aspettare dalle persone e dalle istituzioni che lo circondano. Se il “mondo” nel quale la vita quotidiana si svolge è una realtà dotata di senso, continuità e stabilità, l'emergenza coronavirus ne costituisce una radicale messa in discussione”¹¹.

L'Europa si è trovata ad affrontare l'emergenza da coronavirus in un momento socio-politico particolare, in cui il dibattito tra egoismi nazionalisti e spinte al consolidamento dell'Unione dopo gli scossoni derivanti dalla Brexit stava raggiungendo il suo momento culminante. La stessa comunità mondiale si trovava in una fase in cui coesistevano da un lato l'isolamento di alcuni Stati, le misure economiche in materia di dazi, le iniziative protezionistiche via via adottate, e, dall'altro, le istanze di globalizzazione introdotte dal rapido sviluppo di sistemi di commercio su rete.

Il veloce diffondersi della pandemia a livello mondiale avrebbe dovuto spingere all'elaborazione di piani condivisi tra le nazioni, mentre, invece ha ancor più alimentato l'isolamento di ciascun paese rispetto agli altri: ogni straniero poteva essere considerato un potenziale untore, anziché una vittima del virus cui estendere un sistema di cure alimentato dalla solidarietà globale. La pandemia, com'era prevedibile, ha varcato i confini di ogni continente, senza fare distinzioni tra aree geografiche, tra sistemi economici, tra razze e religioni, avvantaggiandosi anzi di questa mancanza di coordinamento globale. Ciò porta a riflettere sulla necessità di creare nuovi modelli di cooperazione tra Stati, basati sulla ricerca di una via intermedia tra le illusioni di una globalizzazione assoluta e gli egoismi di un nazionalismo miope¹².

La pandemia da Covid-19 sta mettendo a dura prova le reti di sicurezza sociale in tutto il mondo, mostrando al contempo le grosse differenze di approccio nelle strategie messe in campo da Europa e Stati Uniti. In Europa, il collasso delle attività produttive, costrette alla chiusura per evitare la diffusione del contagio, ha portato all'attivazione di programmi di sostegno al reddito con l'obiettivo di conservare milioni di posti di lavoro che andrebbero altrimenti persi. Il programma SURE (Support to mitigate Unemployment Risks in an Emergency), lanciato dalla Commissione europea il 2 aprile, intende fornire prestiti (per un valore complessivo fino a 100 miliardi) a condizioni agevolate agli stati membri che adottino misure fiscali a sostegno dell'occupazione, quali il potenziamento di programmi di integrazione salariale.

¹¹ Magatti M. (2020) Dal rischio all'interdipendenza. Un possibile percorso dentro la crisi. In Cnel (2020) *Il modo che verrà*.

¹² Severino P. (2020) *Lo sviluppo dopo la crisi sanitaria globale: alcuni spunti tra protezione dei diritti fondamentali, modelli di governance e ripresa economica*. In Cnel (2020) *Il mondo che verrà*.

Al contrario, negli Stati Uniti il CARES Act (Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act), un pacchetto emergenziale di 2,3 trilioni di dollari (pari all'11% del PIL), di cui oltre 250 miliardi volti ad ampliare l'Unemployment Insurance (UI), ha l'obiettivo di sostenere la capacità di spesa delle famiglie.

Secondo l'economista Andre Sapir la politica di bilancio messa in campo dagli Stati Uniti esercita in parte il ruolo che in Europa è demandato al sistema di welfare, molto più generoso di quello americano. Negli Usa, nei periodi di crisi economica chi perde il posto di lavoro può perdere l'assicurazione sanitaria e corre il rischio di perdere anche la casa in caso di ipoteca. D'altra parte, gli europei pagano di regola più tasse e quindi guadagnano meno nei periodi di prosperità economica. “Negli Stati Uniti devi continuare a pompare liquidità nell'economia affinché le persone mantengano il proprio posto di lavoro, perché è protetto solo chi ha un'occupazione”, ha sottolineato Sapir all'*Associated Press*¹³.

Il sistema sanitario negli Stati Uniti è di tipo assicurativo privatistico; alle assicurazioni private si affiancano programmi assistenziali pubblici come Medicare e Medicaid istituiti nel 1965. Medicare è il programma nazionale di assistenza agli anziani over 65, universalistico, in quanto indipendente dal reddito. Medicaid è un programma gestito dai singoli Stati (con un contributo federale che copre il 60% delle spese) ed è rivolto ad alcune fasce di popolazione a basso reddito, come famiglie con bambini, donne in gravidanza, anziani e disabili. Nel 2010 il presidente Barack Obama ha introdotto l'*Affordable Care Act* (Aca) con l'obiettivo di ridurre il numero di cittadini non assicurati. Ma da allora, questo numero ha ripreso a crescere: nel 2018 era pari a 27,9 milioni, su 325 milioni di abitanti¹⁴. Di solito, restano scoperti i gruppi particolarmente svantaggiati (come le comunità di colore) e gli immigrati irregolari che non possono utilizzare Medicaid o acquistare la copertura assicurativa attraverso i mercati introdotti dall'Aca.

Nella frammentazione di un sistema multi-erogatore e multi-pagatore abbondano i piani sanitari: una delle questioni sorte in tema di politiche sanitarie riguarda, per esempio, le “fatture mediche a sorpresa” (surprise medical bills), da un fornitore al di fuori della rete convenzionata col proprio assicuratore. Sono molti gli assicurati che temono di non potersi permettere di pagare fatture mediche “a sorpresa” per sé o per la propria famiglia. Non sorprende quindi che qualsiasi interazione con il sistema sanitario negli Usa rappresenti un potenziale grave rischio finanziario per la maggior parte

¹³ <https://apnews.com>

¹⁴ Kaiser Family Foundation analysis of 2018 American Community Survey (ACS), 1-Year Estimates

degli americani. Inoltre molti dei lavoratori nei settori retail, food&beverage, e con salario minimo non hanno diritto a un congedo per malattia (sick leave).

Uno dei primi provvedimenti esecutivi del Presidente Trump, una volta insediato alla Casa Bianca, nel gennaio del 2017, è stato il tentativo di smantellamento dell'Obamacare. È dunque comprensibile perché molti americani scelgano di ridurre al minimo indispensabile le visite mediche e di recarsi al lavoro nonostante non siano in condizioni di farlo.

L'accessibilità economica dell'assistenza sanitaria è peggiorata durante la pandemia. Poiché la maggior parte degli americani riceve un'assicurazione sanitaria attraverso il proprio lavoro, il grande aumento della disoccupazione ha portato a un calo della copertura sanitaria complessiva. Ciò a sua volta ha scoraggiato i test e ha limitato l'accesso alle cure per il virus¹⁵.

La pandemia da Covid-19 ha rappresentato un buon esempio di quello che nell'analisi delle politiche pubbliche è chiamato *focusing event*, un evento di tale portata che sconvolge l'agenda dei decisori pubblici e costringe l'opinione pubblica a prestargli attenzione ridefinendo le priorità, agendo come possibile innesco per un cambio di policy, superando inerzie istituzionali e resistenze al cambiamento¹⁶.

Nel nostro paese, particolarmente colpito a livello mondiale dalla pandemia, soprattutto in una fase iniziale, la necessità di contenere l'emergenza sanitaria ha focalizzato l'attenzione dell'opinione pubblica e delle istituzioni su un tema centrale per il nostro sistema di welfare: le precarie condizioni di salute del Servizio Sanitario Nazionale. L'imperativo del contenimento dei costi, che ha dominato il dibattito italiano sulle politiche sanitarie degli ultimi due decenni ed ha portato ad una contrazione della spesa pubblica soprattutto in termini di turnover del personale, sembra ora improvvisamente ridimensionato.

Secondo i dati forniti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 1980 l'Italia aveva 922 posti letto per la terapia intensiva ogni 100mila abitanti, nel 2010 sono diventati 300, nel 2015 sono scesi a 275. Tra il 2010 e il 2019 sono stati tagliati circa 37 miliardi alla sanità, e nello stesso periodo sono diminuiti di 46,500 unità (il 6,2% del totale) il numero di medici e infermieri.

Una lettura in chiave comparata ci dice che nel 2017 la spesa sanitaria pubblica italiana era pari ad appena il 6,5% del Pil a fronte di una media UE dell'8% (nel 2009, in Italia, era il 7%), incidendo sul totale della spesa sociale pubblica per il 23,1% a fronte del 29,5% osservabile in media negli Stati

¹⁵ Bubula and Valenti (2020) Welfare Policies in the U.S. During the COVID-19 Pandemic. Sipa

¹⁶ Birkland, Th. A. (1998), "Focusing Events, Mobilization, and Agenda Setting", *Journal of Public Policy*, 18 (1).

UE. Un ultimo indicatore illustra chiaramente il divario fra l'impegno finanziario italiano nel campo delle politiche sanitarie e quello profuso dagli altri Paesi europei: si tratta del valore della spesa sanitaria pubblica *pro capite* a parità di potere d'acquisto, che nel 2016 in Italia era inferiore di oltre 500 euro a quello calcolato mediamente in Europa (1.811,35 euro in Italia contro i 2.338,03 euro della media UE secondo i dati Eurostat).

L'imperativo del contenimento dei costi sembra ora improvvisamente ridimensionato dall'irruzione nell'agenda di una questione sanitaria come l'attuale pandemia. Il Decreto "Cura Italia" rappresenta una considerevole inversione di tendenza, con lo stanziamento di circa 3 miliardi a favore del SSN, allentando molti vincoli finanziari attraverso deroghe alla normativa esistente. Per il 2020 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 1,41 miliardi di euro, cui si aggiungono 1,65 miliardi stanziati per alimentare le disponibilità del "Fondo per le Emergenze Nazionali". È così previsto un finanziamento aggiuntivo per coprire il lavoro straordinario del personale sanitario, nuove assunzioni (a tempo determinato) da parte del Ministero della Salute e dell'INAIL, deroghe ai limiti di spesa per le aziende sanitarie coinvolte in azioni di potenziamento dell'assistenza territoriale¹⁷.

L'onda d'urto del Covid19 ha fatto comprendere alla società italiana il valore del nostro sistema sanitario nazionale come bene comune, facendone rivalutare l'immagine a livello internazionale¹⁸. Quello che appariva un possibile vulnus del sistema di welfare italiano ora, alla luce dell'attuale situazione di contenimento dell'epidemia, può essere considerato una risorsa: un sistema di assistenza pubblico che cerca, con tutte le difficoltà dovute all'emergenza della situazione, di prendere in carico la popolazione nel suo complesso, come appare necessario nel caso di una pandemia di carattere globale, è diventato ora un punto di forza.

Il decreto-legge "Cura Italia" (DL 17 marzo 2020, n. 18), oltre al potenziamento del Sistema Sanitario, ha individuato altri tre ambiti principali di intervento: la protezione del lavoro e dei redditi, il sostegno alla liquidità delle imprese e delle famiglie, la sospensione delle scadenze per il versamento delle imposte e dei contributi previdenziali ed assistenziali. Per le famiglie sono previste, tra le misure, un bonus per acquisto servizi di baby-sitting di massimo di 600 euro, l'incremento dei giorni di permesso retribuito coperto da legge 104 e dei giorni di congedo parentale. Al fine di proteggere i redditi sono state messe in atto una temporanea sospensione delle procedure di licenziamento, una estensione della Cassa integrazione in deroga per tutti i dipendenti di tutti i settori

¹⁷ <https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/il-coronavirus-e-i-nervi-scoperti-del-welfare-italiano.html>

¹⁸ <https://www.nytimes.com/2020/07/31/world/europe/italy-coronavirus-reopening.html>

produttivi, con uno stanziamento complessivo di 4 miliardi di euro, un indennizzo di 600 euro per i lavoratori autonomi e le partite IVA e il Fondo per il reddito di ultima istanza per tutti gli esclusi dall'indennizzo di 600 euro. È stato stabilito, inoltre, il differimento delle scadenze e la sospensione dei versamenti fiscali e contributivi per tutte le imprese di piccola dimensione, per i professionisti e per gli autonomi¹⁹.

Ma com'è andata nel resto d'Europa? Fin da marzo, la Germania ha mostrato notevoli differenze nella gestione dell'emergenza Covid-19 rispetto a Francia, Italia Spagna e Regno Unito, dal punto di vista del tracciamento e il contenimento dei contagi, grazie anche alla disponibilità di letti di terapia intensiva. Nel complesso la Germania ha fatto ricorso a misure di sostegno al reddito già esistenti estendendole in parte, rendendole più flessibili, semplificandone l'accesso. In particolare, per abbassare il rischio di licenziamenti, è stato reso più facile l'accesso al *Kurzarbeit*, programma di riduzione dell'orario di lavoro simile alla nostra Cassa integrazione. Tuttavia, contrariamente alle intenzioni dei programmi messi in atto, sono stati "lasciati indietro" coloro che erano già ad altissimo rischio di povertà ed esclusione sociale: lavoratori stagionali, pensionati titolari di pensioni di base, rifugiati e richiedenti asilo, senza fissa dimora. Come in altri paesi europei, il *lockdown* delle attività produttive ha seguito il criterio della *systemrelevanz* (importanza per il sistema); tuttavia, il fatto che settori "importanti" come quello agricolo, della macellazione, o dell'assistenza domiciliare siano anche quelli in cui lavoratrici e lavoratori (spesso immigrati) abbiano avuto pochissime tutele e spesso per loro si sia verificato un mancato ottemperamento delle misure di protezione sanitaria ha sollevato numerose critiche, mettendo in luce mancanze strutturali nelle tutele delle fasce più deboli²⁰.

In Francia la crisi sanitaria è intervenuta in un momento particolarmente problematico, a seguito dei tagli al welfare che avevano scatenato le violente reazioni dei gilet gialli, con la riforma del sistema pensionistico e i tagli al servizio sanitario, la chiusura di posti letto dei reparti e una forte pressione sugli stipendi del personale medico. L'emergenza sanitaria ha determinato un parziale cambiamento di rotta: per la sanità un aumento dei fondi per gli ospedali e degli stipendi per medici e infermieri, e di una parziale messa in discussione della riforma pensionistica²¹. L'intervento pubblico previsto è molto rilevante: il 17 marzo il governo francese ha annunciato lo stanziamento di un pacchetto di aiuti da 45 miliardi di euro a sostegno delle piccole imprese. Gli interventi sono sotto forma di contributi previdenziali per un importo di 35 miliardi di euro; prestazioni per forza maggiore tempo

¹⁹ <https://www.mef.gov.it/focus/Decreto-Cura-Italia-cosa-prevede-per-le-famiglie/>

²⁰ Borri G., Struffolino E. (2020) Politiche di sostegno al reddito in Germania durante l'emergenza COVID-19: poteva andare peggio, ma anche molto meglio.

²¹ https://www.repubblica.it/esteri/2020/07/02/news/macron_cambia_rotta_e_governo_dopo_l_onda_verde_serve_un_nuovo_cammino_con_una_nuova_squadra_-260811049/

parziale forzato (8,5 miliardi)²². Il governo francese ha previsto, infatti, un massiccio ricorso da parte delle imprese allo *chômage partiel*, il sistema francese di riduzione dell'orario di lavoro, che è stato esteso ai lavoratori dipendenti a tempo determinato, in particolare ai cosiddetti *salariés au forfait annuel heure/jour*, e stagionali.

La Spagna ha predisposto misure che rafforzano le coperture dell'ERTE (Expedientes de Regulación Temporal de Empleo), un meccanismo già esistente che permette temporaneamente alle imprese di sospendere i contratti di lavoro o ridurre le giornate lavorative, a causa di difficoltà economiche, tecniche e organizzative che mettano a rischio la sostenibilità dell'impresa, a cui è stato semplificato l'accesso. Ai lavoratori interessati dalle sospensioni delle attività, parziali o totali, viene garantito il sussidio di disoccupazione, indipendentemente dai contributi maturati a tal fine. I contributi sociali sono per il 75% a carico dello stato, per il 100% nel caso di imprese con meno di 50 dipendenti. L'autorizzazione viene concessa entro cinque giorni ed è retroattiva. Sono inoltre previste specifiche agevolazioni di riduzione dell'orario di lavoro anche fino al 100% per chi si prende cura di familiari a carico per età, malattia o disabilità, anche a fronte dell'eccezionale chiusura di scuole e centri di assistenza sociale²³.

Nel Regno Unito le misure intraprese dal cancelliere dello Scacchiere Rishi Sunak segnano la fine delle politiche economiche di austerità, con un massiccio aumento della spesa pubblica. Le prime parole di Sunak, appena entrato in carica, sono state per l'emergenza coronavirus: «Voglio che tutti sappiano che stiamo facendo tutto il possibile», ha detto, annunciando 30 miliardi di sterline di fondi per rafforzare il sistema sanitario sia a livello centrale che a livello locale, per i sussidi per i lavoratori autonomi e per aiutare le imprese nel pagare gli stipendi dei dipendenti assenti per malattia²⁴. È previsto il pagamento dell'80% dello stipendio fino a 2.500 sterline al mese a tutti i dipendenti britannici costretti a casa dal coronavirus. «Per la prima volta nella nostra storia» lo Stato interverrà per contribuire a redditi e salari, ha detto Sunak, annunciando anche un congelamento dell'Iva aiuti alle imprese e incrementi allo schema del credito universale²⁵.

La Svezia ha adottato una strategia differente da ogni altro Stato europeo, tranne che rispetto alla posizione iniziale del governo Johnson in Gran Bretagna (entrambi i paesi si caratterizzavano per lo

²² <https://www.ilsole24ore.com/art/le-ricette-economiche-ue-contro-coronavirus-francia-AD0drJJ>

²³ <https://www.confindustria.it/home/centro-studi/temi-di-ricerca/valutazione-delle-politiche-pubbliche/tutti/dettaglio/misure-sostegno-occupazione-Europa-USA-durante-emergenza-covid19>

²⁴ <https://www.ilsole24ore.com/art/londra-addio-all-austerita-doppia-mossa-tesoro-e-banca-d-inghilterra-AD0EmYC>

²⁵ https://www.ilmessaggero.it/mondo/coronavirus_diretta_tempo_reale_news_cosa_succede_italia_cina_mondo_oggi-5122285.html

scetticismo sulle possibilità di contenere l'epidemia, mentre priorità veniva data al raggiungimento in tempi non lunghi dell'immunità collettiva, che, stante la capacità di contagio del SARS-CoV-2, implicava che si infettasse un 60-70% della popolazione). La Svezia ha limitato notevolmente il *lockdown*, a favore del principio di auto responsabilità. Il Governo, infatti, tenendo conto anche di diversi fattori, quali la scarsa densità abitativa e la diffusione del modello di famiglia mononucleare, ha ritenuto di non dover chiudere le attività. Pertanto, ha tenuto aperti bar, ristoranti e scuole per ragazzi sotto i 16 anni. Imponente comunque, è stato il peso delle risorse messe in campo per sostenere imprese e lavoratori: più del 9% del Pil del Paese scandinavo²⁶.

Conclusioni

La diffusione della pandemia acuirà molto probabilmente il divario tra poveri e ricchi, determinando la comparsa di un "Quinto Stato" (Ferrera, 2019) che tenderà ad essere travolto dai processi messi in moto dalla globalizzazione (liberalizzazione dei mercati del lavoro, delocalizzazioni e così via), prefigurando l'affacciarsi di un ulteriore motivo di forte stress per i sistemi di Welfare oggi vigenti²⁷.

La strada di un approccio comune alla gestione del debito pubblico appare obbligata, anche solo per finanziare le misure necessarie alla ripresa, soprattutto in termini di ammortizzatori sociali, sussidi per i lavoratori, fondi per il sostegno alle imprese. Ciò porta necessariamente a una revisione sostanziale del patto di stabilità: se i Paesi europei non vogliono interrompere proprio ora il cammino che, pur tra mille difficoltà, è stato intrapreso con la moneta unica e con la sempre maggiore integrazione politica culminata nel trattato di Lisbona, è il momento di rivedere le regole sulla via di una maggiore solidarietà. Un'unione meramente economica non ha futuro e rischia di crollare di fronte a elementi destabilizzatori di questa portata. L'emergenza Covid-19 rappresenta la chance per proseguire in modo deciso verso una vera integrazione politica e soprattutto ideale, che porti i cittadini a sentirsi davvero e finalmente parte di un progetto unitario e condiviso. Per far ciò è necessario ampliare le competenze dell'Unione ben oltre il mero controllo dei conti creando una linea comune sulla tutela della salute, dell'ambiente, del lavoro, sulle politiche migratorie e sugli scambi, nonché, soprattutto sulle relazioni internazionali, soprattutto con USA, Russia e Cina e con i paesi in via di sviluppo²⁸.

²⁶ <https://www.ilsole24ore.com/art/il-modello-svedese-lockdown-volontario-aiuti-fino-9percento-del-pil-ADnfnSH>

²⁷ Bruni C (2020) COVID-19. Una sfida per le politiche sociali. Rivista trimestrale di Scienze dell'Amministrazione.

²⁸ Bray M. (2020) Fino a dove può spingersi il potere politico, in Cnel (2020) Il mondo che verrà.

Nella crisi Covid-19 le barriere nazionali contro eventuali epidemie erano quelle standard della sanità pubblica, peraltro ancora molto imperniata sulla cura ospedaliera invece che sulla prevenzione e la medicina di base. Il virus ha così trovato delle facili vie di trasmissione, persino i pronto soccorso sono diventati luoghi d'infezione. E' emersa l'impreparazione della UE in maniera eclatante. L'art. 168 del Trattato di Lisbona stabilisce che l'Unione "completa le politiche nazionali per la prevenzione delle malattie e per l'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute". L'azione UE, si precisa, "comprende la sorveglianza, l'allarme, e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero". Ma a metà marzo 2019, gli interventi si sono limitati a qualche rimpatrio dalla Cina e a qualche stanziamento per la ricerca sui farmaci, nonostante già nel 2013 Parlamento e Consiglio avessero definito modalità d'intervento per le emergenze sanitarie: sistemi di allerta e monitoraggio comune, valutazione dei rischi, coordinamento delle risposte nazionali, acquisto congiunto di attrezzature sanitarie, persino l'invio di squadre di soccorso nei paesi più colpiti²⁹.

Gli scenari futuri possono andare verso direzione diverse, ma è certamente possibile che si tenga presente la logica di quello che Beck ha chiamato "principio di interdipendenza" per il quale "nel mondo interdipendente in cui viviamo non c'è un fuori"³⁰. È diventato ancora più chiaro il legame che ci lega gli uni agli altri, come la diffusione del virus in tutto il mondo ha mostrato. Il rischio nella società moderna, ci dice Beck, rappresenta il prodotto della modernità. I progressi tecnico scientifici permettono di affrontare pericoli che prima della modernità erano catastrofi certe, tuttavia il rischio stesso è connesso alla modernità. La minaccia terroristica, il mutamento climatico, i rischi legati alle crisi finanziarie o economiche caratterizzano la nostra civiltà contemporanea. Caratteristica fondamentale è quella per cui il rischio moderno trascende l'ambito nazionale, diventando globale. Esso può concretizzarsi in una catastrofe a livello nazionale ma i suoi effetti si esercitano a livello globale o quantomeno necessitano una risposta sovranazionale³¹.

L'esperienza del Covid-19 suggerisce allora di adottare un nuovo approccio fortemente integrato, che prefigura un solo sistema in cui la salute di ogni elemento umano, animale o ambientale è strettamente interconnesso con gli altri. Per questo appare necessario incoraggiare la transizione non solo verso l'economia circolare, ma anche verso la salute circolare. Sembra un dato ormai acquisito che non solo la salute è un bene comune, ma che salute di tutti dipende dalla salute di ciascuno.

²⁹ Cnel (2020) Il mondo che verrà.

³⁰ Yates J. (a cura di) (2016) Paura e società del rischio Un'intervista a Ulrich Beck. Lo Sguardo. Rivista di Filosofia

³¹ Beck U. (2008) *Conditio Humana: il rischio nell'età globale*

Bibliografia

Beck U. (1986) *La società del rischio*.

Beck U. (2008) *Conditio Humana: il rischio nell'età globale*.

Bonoli G (1997) *Classifying Welfare State: A Two-Dimension Approach*. Cambridge University Press.

Birkland, Th. A. (1998), "Focusing Events, Mobilization, and Agenda Setting", *Journal of Public Policy*, 18 (1).

Bonoli G (1997) *Classifying Welfare State: A Two-Dimension Approach*. Cambridge University Press.

Borri G., Struffolino E. (2020) *Politiche di sostegno al reddito in Germania durante l'emergenza COVID-19: poteva andare peggio, ma anche molto meglio*.

Bruni C. (2020) COVID-19. "Una sfida per le politiche sociali". *Rivista trimestrale di Scienze dell'Amministrazione*.

Bubula A. , Valenti P. (2020) *Welfare Policies in the U.S. During the COVID-19 Pandemic*. Sipa

Bray M. (2020) *Fino a dove può spingersi il potere politico*, in Cnel (2020) *Il mondo che verrà*.

De Leonardis O. (1996). "I welfare mix. Privatismo e sfera pubblica", in *Stato E Mercato*

Esping-Andersen G. (1990) *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, New York, Polity Press

Ferrera, M. (1993), *Modelli di Solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Bologna, Il Mulino.

Ferrera, M. (1996) 'The Southern Model of Welfare in Social Europe', *Journal of European Social Policy*.

Ferrera M. (2019) *La società del quinto stato*. Bari. Laterza.

Giddens A. (1991) *Modernity and Self-identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford University Press.

Leibfried S. (1992), *Towards a European welfare state? On integrating poverty regimes into the European Community*, in Ferge Z. e Kolberg J. E., (1992), *Social Policy in a Changing Europe*, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Francoforte.

Magatti M. (2020) *Dal rischio all'interdipendenza. Un possibile percorso dentro la crisi*. In Cnel (2020) *Il mondo che verrà*.

Milanovic B.(2017) *Ingiustizia globale. Migrazioni, disuguaglianze e il futuro della classe media.* Luiss University Press

Paci M. (1989) *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare.* Liguori Editore

Pierson P. (1994) *Dismantling the Welfare State?* Cambridge University Press

Severino P. (2020) Lo sviluppo dopo la crisi sanitaria globale: alcuni spunti tra protezione dei diritti fondamentali, modelli di governance e ripresa economica. In Cnel (2020) *Il mondo che verrà*

Sitografia

<https://apnews.com>

<https://www.ilsole24ore.com/art/il-modello-svedese-lockdown-volontario-aiuti-fino-9percento-del-pil-ADnfnSH>

<https://www.ilsole24ore.com/art/le-ricette-economiche-ue-contro-coronavirus-francia-AD0drJJ>

<https://www.confindustria.it/home/centro-studi/temi-di-ricerca/valutazione-delle-politiche-pubbliche/tutti/dettaglio/misure-sostegno-occupazione-Europa-USA-durante-emergenza-covid19>

<https://www.ilsole24ore.com/art/londra-addio-all-austerita-doppia-mossa-tesoro-e-banca-d-inghilterra-AD0EmYC>

https://www.ilmessaggero.it/mondo/coronavirus_diretta_tempo_reale_news_cosa_succede_italia_ci_na_mondo_oggi-5122285.html

<https://www.mef.gov.it/focus/Decreto-Cura-Italia-cosa-prevede-per-le-famiglie/>

<https://www.secondowelfare.it/primo-welfare/il-coronavirus-e-i-nervi-scoperti-del-welfare-italiano.html>

https://www.repubblica.it/esteri/2020/07/02/news/macron_cambia_rotta_e_governo_dopo_l_onda_verde_serve_un_nuovo_cammino_con_una_nuova_squadra_-260811049/

