



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

Corso di Laurea triennale in
Economia e Commercio

**ANALISI COMPARATIVA DEL DUALISMO
TERRITORIALE DEL WELFARE STATE:
“WELFARE DEL NORD” E “WELFARE DEL SUD”**

**COMPARATIVE ANALYSIS OF THE TERRITORIAL
DUALISM OF THE WELFARE STATE:
“WELFARE OF THE NORTH” AND
“WELFARE OF THE SOUTH”**

Relatore:
Prof.ssa Elena Spina

Rapporto Finale di:
Loris Diotallevi

Anno Accademico 2022/2023

INDICE

Introduzione	2
Capitolo 1- Origine e traiettoria evolutiva del welfare state in Italia	4
1.1 Illustrazione e tipologie di welfare state	4
1.2 Nascita del welfare italiano: periodo liberale (1898-1922)	7
1.3 Fascismo e trentennio glorioso (1922-1975)	8
1.4 Crisi e rescaling (1975-2008)	11
1.5 Austerità e risanamento (2008-oggi)	14
Capitolo 2- Analisi del dualismo territoriale: welfare del nord e welfare del sud	17
2.1 Comparsa del fenomeno	17
2.2 Il welfare del Nord e il welfare del Sud	21
2.2.1 Politiche pensionistiche	22
2.2.2 Politiche sanitarie	23
2.2.3 Politiche socioassistenziali	24
2.2.4 Politiche del lavoro	27
2.2.5 Politiche di istruzione	29
Conclusioni	32
Bibliografia	34

Introduzione

Alla base di questo studio vi è l'analisi del welfare state e delle sue variazioni a livello territoriale, in primis all'interno della stessa Europa (con richiamo ai contesti anglofoni), e in secondo luogo, all'interno del contesto italiano.

In particolare, si pone l'attenzione sulle differenze territoriali presenti tra Nord e Sud Italia, che evidenziano un quadro estremamente variegato che offre diversi spunti di analisi.

Le motivazioni che hanno spinto ad approfondire tale tema sono riconducibili al forte interesse circa il ruolo dello stato all'interno delle economie avanzate, e in particolar modo, all'interno dell'Italia Repubblicana.

Dopo essermi documentato sugli studi condotti al riguardo, l'analisi svolta da Ferrera, in merito alla traiettoria storica, e da Ascoli (con ausilio dei dati Inps e dati Istat più recenti), in merito al differenziale territoriale, hanno rappresentato la base su cui ho fondato il presente lavoro.

L'obiettivo è quello di fornire un'analisi che sia in grado di fotografare caratteristiche e limiti dello stato sociale, e in particolar modo, la presenza di due diversi modelli: il "welfare del Nord" e il "welfare del Sud". Questi rispondono in maniera differente alle diverse sfide che impongono un cambiamento: dai trend demografici (calo del tasso di natalità e aumento dell'aspettativa di vita) ai fattori strutturali (crescita del terziario ed evoluzione del mercato del lavoro); da quelli sociali (crescente partecipazione delle donne al mercato del lavoro e dinamismo di struttura, funzioni e comportamenti delle famiglie) a quelli culturali (crescita delle aspettative nel campo del "benessere"); dalla crescente eterogeneità sociale (dovuta al forte aumento dei flussi migratori) a quelli finanziari (crescente sbilanciamento fra entrate e spesa pubblica).

Il lavoro è articolato in due capitoli: nel primo viene fornita un'illustrazione dei concetti fondamentali delle politiche sociali e del welfare state e una panoramica storica di queste ultime, con riferimento al caso italiano, sottolineando le dinamiche di funzionamento delle politiche più rilevanti (pensioni, lavoro, sanità, assistenza).

Nel secondo capitolo, invece, viene esaminato il fenomeno della divergenza territoriale che investe il nostro paese fin dall'unità, sotto l'aspetto socioeconomico, con

approfondimento relativo alla differente produzione del benessere nelle regioni meridionali e in quelle settentrionali.

Capitolo 1- Origine e traiettoria evolutiva del welfare state in Italia

1.1 Illustrazione e tipologie di welfare state

Il welfare state (Stato del benessere) è un insieme di politiche pubbliche connesse al processo di modernizzazione, poste in essere da uno Stato che interviene, in un'economia di mercato, con lo scopo di fornire ai propri cittadini protezione contro rischi e bisogni prestabiliti, attraverso forme di assistenza, assicurazione o sicurezza sociale; introducendo, inoltre, specifici diritti sociali nonché specifici doveri di contribuzione finanziaria [Ferrera 2019]. Esso nasce in concomitanza con le contraddizioni e problematiche collegate all'economia capitalistica, la fine della civiltà contadina, la nascita del proletariato, l'urbanizzazione, l'emigrazione, l'estensione del diritto di voto e l'avvento al potere dei partiti socialdemocratici. Tali trasformazioni economiche, sociali e politico istituzionali, definite come processo di modernizzazione, sono alla base della crescente necessità di un coinvolgimento diretto dello Stato che inizia pertanto, in maniera graduale, a farsi carico dei bisogni dei cittadini, seppur per ragioni strumentali e con modalità eterogenee [Alber 1983]. Nel corso dello scorso secolo, sono diversi i tentativi di pervenire ad una modellizzazione che permetta di andare a distinguere quelle che sono le diverse tipologie di welfare nazionali che si vengono a delineare; questi vanno oltre la mera individuazione di due macro modelli che permettano di classificare e distinguere le prime forme di intervento pubblico: un modello occupazionale, di origine bismarckiana, fondato sul sistema assicurativo e su una pluralità di schemi professionali, che è diretto a mantenere il livello di vita e le differenziazioni tra gruppi sociali, e un modello universalistico, di stampo beveridgeano, finanziato attraverso la fiscalità generale, che si basa sul principio di protezione universale a prescindere dalla diversità di status dei beneficiari [Spina 2022]. È con Titmuss [1974] che si perviene ad una tripartizione che vada in maniera più dettagliata ad individuare e classificare il ruolo dello Stato, per quanto concerne la tipologia di interventi pubblici che vengono posti in essere per tutelare i bisogni di sicurezza sociale, e i principali destinatari degli interventi. I modelli così individuati sono tre:

- I. quello residuale (public assistance model) in cui gli attori principali nella fornitura di prestazioni di welfare sono la famiglia e il mercato mentre lo

Stato interviene solo in via residuale. I beneficiari degli interventi statali sono individui in condizioni di necessità, a cui le istituzioni pubbliche garantiscono, in maniera discrezionale secondo quella che è la logica del means testing, prestazioni assistenziali minimali e temporanee;

- II. quello meritocratico-occupazionale (industrial achievement-performance model) in cui lo stato svolge un ruolo di complementarità al mercato individuando nella politica sociale uno strumento correttivo del mercato. In questo scenario lo stato interviene basandosi sul presupposto secondo cui ciascun individuo sia in grado di provvedere a sé stesso attraverso il proprio reddito da lavoro e di affrontare le situazioni di bisogno grazie al versamento dei contributi che lo assicurano contro i rischi sociali (disoccupazione, malattia, infortuni, ecc.). Il grado di benessere di cui ciascun individuo ha diritto dipende dalla posizione coperta nel mercato del lavoro;
- III. quello istituzionale-redistributivo (institutional redistributive model) in cui lo stato adotta criteri universalistici nell'erogazione dei servizi, i quali sono organizzati in risposta ai bisogni dell'intera popolazione con la finalità di garantire un'elevata percezione di sicurezza sociale. Lo stato interviene nell'idea che il mercato non sia in grado di raggiungere anche gli strati più poveri della popolazione [Titmuss 1974].

Anni dopo è Esping-Andersen [1990] ad intervenire in merito alla classificazione delle varie tipologie di modelli di Welfare. Secondo questo studioso durante il periodo di capitalismo keynesiano si sono consolidati tre diversi regimi di welfare: quello liberale, quello conservatore-corporativo e quello socialdemocratico. Con l'espressione regime di welfare, Andersen fa riferimento non solo al contenuto delle politiche sociali dello stato, ma all'intero sistema di interrelazioni fra queste e il mercato del lavoro, da un lato, e la famiglia, dall'altro [Ferrera 2019]. I tre regimi si differenziano rispetto alla loro capacità di de-mercificazione, cioè la misura in cui essi sottraggono il lavoratore/cittadino dalle logiche del mercato, e rispetto al tipo di stratificazione sociale promosso dalla politica sociale. Essi si distinguono in:

- I. regime socialdemocratico, caratteristico dei paesi nordici (Svezia, Danimarca e Norvegia). Qui prevalgono schemi universalistici di sicurezza sociale con alti standard di prestazioni, formule di computo generose ma prevalentemente

a somma fissa basate sul finanziamento fiscale, e in cui i destinatari sono tutti i cittadini;

- II. regime liberale, sviluppatosi nei contesti anglofoni, è caratterizzato dalla prevalenza del mercato come principale agente di socializzazione dei rischi e da un basso livello di de-mercificazione. In questo regime la maggior parte dei programmi pubblici di assistenza sociale sono di tipo categoriale, riferiti cioè solo a specifici gruppi ad alto rischio. L'intervento dello stato, in questo scenario, non copre tutte le possibili situazioni di rischio e le prestazioni assistenziali sono rivolte agli individui in grado di dimostrare un reale stato di bisogno attraverso la prova dei mezzi;
- III. regime conservatore-corporativo, tipico dei paesi continentali (Germania, Italia, Olanda, Belgio e Francia) si caratterizza per una maggiore importanza attribuita alla famiglia e alle associazioni intermedie nella socializzazione dei rischi, infatti, la logica sottesa al processo di de-mercificazione enfatizza la collettivizzazione dei rischi in base alla posizione socioeconomica degli individui. L'intervento dello stato si limita alle situazioni in cui viene meno la capacità della famiglia di provvedere ai suoi componenti rispetto ai più comuni rischi sociali, quali invalidità, malattia, disoccupazione e vecchiaia [Ferrera 2019].

Successivamente, alcuni studiosi, tra cui Leibfried [1992], Ferrera [1996] e Bonoli [1997], evidenziano la necessità di separare i paesi mediterranei (Spagna, Portogallo, Grecia e Italia) dal resto d'Europa, andando ad individuare un ulteriore regime definito "Quarta Europa sociale". L'integrazione di quest'ultimo deriva dalla consapevolezza che la tripartizione classica elaborata da Andersen non include i paesi dell'Europa meridionale, nonostante l'Italia sia ricondotta al regime conservatore-corporativo. Nelle prime due fasi del loro sviluppo, questi paesi hanno seguito la via bismarckiana adottando forme di prestazione differenziate e finanziate prevalentemente attraverso i contributi sociali. È durante la fase di espansione che cominciano ad essere evidenti e riscontrabili tratti caratteristici dell'Europa meridionale, con un modello che si differenzia per essere un modello familistico e solidaristico in cui sono proprio le famiglie e le reti parentali ad agire come ammortizzatori sociali mentre lo state riveste un ruolo residuale. Si notano, inoltre, un basso livello di de-stratificazione con picchi di generosità per alcune

categorie privilegiate (dipendenti pubblici e lavoratori dipendenti delle grandi aziende) rispetto ad altre (lavoratori precari, stagionali, autonomi, dipendenti di piccole imprese ecc.) che comportano la creazione di un modello di protezione dualistico, livelli sbilanciati di de-mercificazione, elevato particolarismo che caratterizza il funzionamento del welfare state, il corporativismo, l'influenza della Chiesa Cattolica e l'istituzione, fra gli anni Settanta e gli Ottanta, di servizi sanitari nazionali [Ferrera 2019].

1.2 Nascita del welfare italiano: periodo liberale (1898-1922)

Il welfare italiano nasce nella seconda metà dell'Ottocento con l'introduzione nel 1883 delle prime assicurazioni sociali volontarie contro gli infortuni (diventano obbligatorie nel 1898) e con l'avvio della riforma che estende il controllo statale sulle strutture di assistenza sociale nel 1890. La cornice economica e socioculturale del Regno d'Italia descrive un paese fortemente arretrato e ancorato ad una economia prevalentemente agricola; l'aspettativa di vita alla nascita è molto bassa (29 anni), come conseguenza della piaga delle morti infantili; un'ampia fetta della popolazione vive in condizioni di povertà e l'analfabetismo dilaga [Taroni 2011]. Fin dalla sua origine il welfare presenta delle importanti criticità. Difatti, esso si sviluppa più lentamente che altrove, come gli altri paesi della Quarta Europa sociale, ed evidenzia due disfunzioni di fondo. La prima deriva da una eccessiva enfasi posta sulla tutela della vecchiaia (introduzione nel 1919 dell'assicurazione pensionistica obbligatoria, dapprima rivolta agli operai del settore privato, in seguito altre categorie occupazionali furono interessate, prevedendo schemi differenziati per ognuna di esse) rispetto alle garanzie relative ad altri rischi. La seconda distorsione interessa il versante distributivo, dove la copertura resta a carattere occupazionale, dando origine a profonde disuguaglianze tra tutelati ed esclusi (insiders e outsiders). Dalla sua nascita fino allo scoppio del primo conflitto mondiale le innovazioni che vengono introdotte restano frammentate e l'efficacia delle politiche rimane circoscritta, in particolar modo a causa dell'incapacità della classe dirigente di intercettare in modo adeguato i bisogni della popolazione [Spina 2022]. Nell'ambito dell'assistenza sociale, il primo intervento normativo risale addirittura al 1862, quando viene stabilita la presenza delle congregazioni di carità in ogni comune (primi organi di assistenza pubblica generica nei confronti dei bisognosi). Tuttavia, va precisato che in questi anni sono ancora le opere pie a

rappresentare il perno centrale del settore. Nel 1890 si ha l'intervento normativo sicuramente più incisivo con la legge Crispi che attribuisce alle opere pie personalità giuridica pubblica, denominate ora istituti pubblici di beneficenza (IPAB) che, nella sostanza, continuavano ad essere orientate al paternalismo e al controllo sociale degli assistiti. Durante gli anni della Prima guerra mondiale nascono l'Opera nazionale per gli invalidi di guerra (1917) e l'Opera nazionale combattenti (1918), prototipi degli enti assistenziali nazionali che sorgeranno in epoca fascista [Ferrera 2019]. Nel corso del periodo liberale le politiche sanitarie appaiono residuali. Nel 1988 viene scritta la legge sull'Igiene e la Sanità pubblica, segno di un embrionale atteggiamento divergente rispetto alle logiche di "Laissez faire" che dominano la scena. Nel 1907 vengono riunite le norme emanate tra il 1900 e il 1904 nel Testo Unico delle leggi sanitarie, cercando di evidenziare la crescente centralità che le questioni sanitarie cominciano ad assumere per le azioni dello Stato [Spina 2022]. Nel periodo liberale, dunque, tende a prevalere un welfare di tipo residuale, sostanzialmente ispirato a logiche di *laissez faire*, che limitano l'intervento dell'attore pubblico [Vicarelli 2010].

1.3 Fascismo e trentennio glorioso (1922-1975)

È con l'avvento del fascismo che cominciano ad essere poste in essere politiche sociali di tipo meritocratico-autoritario, sostenute da logiche corporative e di controllo sociale [Spina 2022]. Durante questo periodo resta presente l'impostazione occupazionale-bismarckiana, con la presenza di schemi differenziati per le diverse categorie occupazionali ed un rafforzamento della tutela che arriva soltanto nella fase conclusiva del regime. Di particolare importanza sono l'introduzione della pensione di reversibilità e la riduzione dell'età pensionabile con contestuale differenziazione tra uomini (60 anni) e donne (55 anni), destinati a rimanere congelati fino alla riforma Amato [Ferrera 2019]. Nel campo sociale sono importanti l'istituzione dell'ONMI (Opera nazionale per la maternità e per l'infanzia) per fornire sostegno alle famiglie e coordinare le iniziative a favore dell'infanzia (<<ben presto divenne uno strumento della politica demografica e razziale del regime>> [Minesso 2007, in Ferrera 2019: 278]), e l'istituzione degli istituti ECA (Enti comunali di assistenza) a cui viene affidata l'assistenza generica (soccorrere i poveri, gli orfani, i minori, gli abbandonati, i ciechi e sordomuti poveri) [Ferrera 2019]. In merito alla sfera sanitaria, nel 1927, attraverso la Carta

del lavoro, vengono istituite le Casse mutue di malattia, indirizzate inizialmente ai soli lavoratori del settore privato, finanziate dai lavoratori stessi e dai datori di lavoro, garantendo l'assistenza gratuita ai poveri. Le scelte del regime mantengono il carattere frammentato e categoriale delle tutele ancora legate all'appartenenza occupazionale, e legittimano una pratica clientelare, tratto peculiare del welfare italiano [Spina 2022]. Nel 1934 nasce l'Istituto di Sanità Pubblica, che prenderà poi il nome di Istituto Superiore di Sanità nel 1941. Con la legge 138 del 1943 viene introdotta l'obbligatorietà di assicurazione sociale di malattia di lavoratori dipendenti e nasce quello che diventerà poi Istituto nazionale di assicurazione malattia (INAM), la più importante fra le Casse mutue. È in questo periodo storico che inizia a manifestarsi un problema che caratterizza l'Italia di oggi, ovvero la frammentazione della gestione della salute pubblica data dalla molteplicità di amministrazioni parallele, opere nazionali e casse mutualistiche. Superata la Seconda guerra mondiale, l'Italia vive un periodo di importante crescita economica, caratterizzato da una difficile ma importante ricostruzione del paese, ancora visibilmente provato dai segni della guerra e del totalitarismo. Si entra nel c.d. "Trentennio Glorioso" dei sistemi nazionali di welfare. Nel comparto pensionistico, storicamente il più "coccolato" dagli interventi pubblici, le novità più importanti sono:

- I. il passaggio della modalità di gestione dei contributi da capitalizzazione a ripartizione, avviato con la creazione del FIAS (Fondo d'integrazione per le assicurazioni sociali) e poi del Fondo di solidarietà sociale nel 1947;
- II. il graduale passaggio del metodo di calcolo delle prestazioni da contributivo a retributivo trova la sua costituzione definitiva con la riforma del 1969 (l. n. 153);
- III. la creazione della rete di protezione minima (safety net) per quegli anziani con nessun requisito contributivo, attraverso la nascita del FIAS tra il 1945 e il 1947, istituzionalizzata successivamente attraverso la c.d. integrazione al minimo (1952) per le prestazioni previdenziali d'importo inferiore ad una soglia prestabilita e la pensione sociale (1969);
- IV. l'estensione della copertura dell'assicurazione pensionistica obbligatoria attraverso la creazione di nuovi schemi per le diverse categorie di lavoratori autonomi [Ferrera 2019].

Passando alle politiche del lavoro, durante gli anni Quaranta viene istituita la Cassa integrazione guadagni (CIG), ovvero una misura di integrazione del reddito non a carattere universalistico in quanto rivolta alla conservazione del posto di lavoro nelle imprese medio-grandi che fronteggiano un transitorio periodo di difficoltà. Sicuramente, il modello italiano, circa le politiche di protezione del rischio di disoccupazione, risulta essere caratteristico, in quanto, durante questo periodo storico, decide di effettuare importanti investimenti rivolti alla CIG (modificandone finalità e utilizzo iniziali), trascurando l'indennità di disoccupazione. L'Italia non riesce quindi a sviluppare, in concomitanza con il pilastro assicurativo, i due assistenziali (sussidio di disoccupazione per i soggetti che non hanno i requisiti per accedere al primo pilastro o che hanno perso il diritto all'indennità senza avere trovato un nuovo lavoro). «I modelli di tutela del rischio disoccupazione oggi identificabili sul piano empirico sono quattro e si articolano lungo un pilastro assicurativo e due assistenziali, uno dedicato e uno generale: scandinavo, anglosassone, continentale, iberico. L'Italia non rientra in nessuno di questi quattro» [Ferrera 2006: 130]. In merito alle misure di regolazione dei rapporti di lavoro, le principali risultano essere:

- I. la disciplina dei contratti a tempo determinato (l. n. 230/1962);
- II. disciplina dei licenziamenti individuali (l. n. 604/1966);
- III. statuto dei lavoratori (l. n. 300/1970);
- IV. accordo sulla scala mobile (1975) [Ferrera 2019].

In riferimento al settore dell'assistenza sociale, nel secondo dopoguerra, la Carta Costituzionale diventa il nuovo punto di riferimento, in ordine a due articoli (38 e 117). Il primo sancisce la responsabilità dello stato verso il benessere dei cittadini, mentre il secondo riconosce potestà legislativa e amministrativa alle regioni in materia di assistenza e beneficenza pubblica. Gli interventi principali riguardarono sia la sfera del sostegno al reddito, sia quella dei servizi sociali territoriali [Ferrera 2019]. In merito a quest'ultimo aspetto, di estrema rilevanza è la legge Mariotti (1968) che va a separare in due settori distinti assistenza e sanità, fino a quel momento disciplinate congiuntamente dalla Legge Crispi (1890). Nel periodo che segue la fine della Seconda guerra mondiale la sanità continua a essere organizzata con il sistema mutualistico, che rimane diseguale anche in termini territoriali, tra aree urbane e rurali del paese. Si ricerca una riforma del sistema assistenziale e sanitario, obiettivo della Commissione d'Aragona (1947), tuttavia frenata dal clima avverso, oltre che da limiti di natura

economica e dalla tendenza a voler mantenere lo status quo piuttosto che avviare riforme audaci e dagli esiti incerti. Nel 1958 viene invece istituito il Ministero della Sanità, prova tangibile della volontà di dare corpo e dignità istituzionale alla salute pubblica [Spina 2022]. Tuttavia, la crisi che comincia a destabilizzare i processi di crescita e gli ormai obsoleti sistemi di Welfare, durante gli anni Settanta, porta ad un aumento dei debiti contratti dalle casse mutue che porta all'avvio della riforma che segna il passaggio da un sistema mutualistico a uno di tipo universalistico.

1.4 Crisi e rescaling (1975-2008)

A metà anni Settanta, l'avvento della crisi petrolifera (1973) sancisce l'inizio della fase di decrescita economica seguita da un'inflazione martellante e dall'aumento del tasso di disoccupazione (stagflazione). Si ha un graduale abbandono del modello fordista, simbolo del "Trentennio glorioso", per osservare il passaggio ad una società postindustriale, caratterizzato dalla crescita del settore terziario. Si assiste ad un'inedita partecipazione delle donne al mercato del lavoro (se non si considera l'era preindustriale), al declino dei tassi di fertilità e al progressivo invecchiamento della popolazione dovuto anche ai progressi medico-scientifici che vanno gradualmente aumentando le aspettative di vita alla nascita [Spina 2022]. Le conseguenze di decenni di interventi pubblici espansivi, in particolar modo nel comparto pensionistico definito come «il sistema pensionistico più generoso, sperequato e fiscalmente irresponsabile dell'area OCSE» [Ferrera, Fargion, Jessoula 2012: 331], senza aver posto in essere studi che potessero andare a stimare conseguenze di medio-lungo periodo, conducono al manifestarsi dell'insostenibilità del sistema e appare chiara la necessità di un cambio di direzione. In ambito pensionistico, durante il periodo che va dalla metà degli anni Settanta fino ai primi anni Novanta, si procede con un aumento delle aliquote contributive, principale provvedimento adottato per fronteggiare la crisi previdenziale [Palier 2010], senza procedere con tagli delle prestazioni (altra possibile strada percorribile in caso di aumento della spesa pensionistica più che proporzionale rispetto alla crescita del montante retributivo). Tra gli interventi espansivi vanno invece richiamati l'abolizione del limite presente sulla retribuzione pensionabile (1988) e la l. n. 233/1990 che estende il metodo retributivo alle tre principali categorie di lavoratori autonomi assicurati presso l'INPS (agricoli, artigiani e commercianti). È soltanto con l'inizio degli anni Novanta che termina il ciclo espansivo del sistema

pensionistico italiano. Tra il 1992 e il 1997 le riforme Amato (1992-1993), Dini (1995) e Prodi (1997) cercano di invertire la rotta in un contesto economico-sociale tutt'altro che semplice; il periodo che va dalla fine degli anni Novanta fino allo scoppio della crisi finanziaria globale (2008) è caratterizzato dalla presenza di nuove forme previdenziali, parametriche e contraddittorie tra loro, adottate nel quadro del rinnovato sistema politico-istituzionale della Seconda Repubblica [Ferrero 2019]. In merito alle politiche del lavoro, gli anni Ottanta si caratterizzano per l'avvio di un graduale processo di liberalizzazione dei rapporti di lavoro che segna il passaggio dall'iper-garantismo dei decenni precedenti a un garantismo flessibile, realizzato sotto il <<controllo sindacale>> [Vesan 2009, in Ferrera: 160]. Durante questo periodo, i provvedimenti principali riguardano le misure di regolazione dei rapporti di lavoro con la disciplina dei contratti a tempo parziale e di solidarietà (l-n- 863/1984), protocollo Scotti (1983) e decreto di San Valentino (1984); non mancano, tuttavia, le novità circa ammortizzatori sociali e politiche proattive [Ferrera 2019]. Solo nel decennio successivo, quello degli anni Novanta, inizia effettivamente un percorso di modernizzazione del mercato del lavoro con l'abbandono del modello garantista che si era consolidato nei decenni precedenti. Si interviene sul processo di flessibilizzazione all'entrata, per andare a ridurre sensibilmente il tasso di disoccupazione, in particolar modo quello giovanile, e per permettere alle imprese di rispondere in maniera più reattiva alle frequenti crisi sistemiche. Estremamente significativi sono il Pacchetto Treu (1997) e la Legge Biagi (2003). Queste leggi hanno portato alla diffusione di nuove tipologie contrattuali (lavoro a termine, lavoro part-time e lavoro interinale) dette atipiche, perché differenti rispetto al lavoro a tempo indeterminato che aveva caratterizzato i "Trenta gloriosi". Un altro rapporto di lavoro atipico che conosce un'ampia diffusione nella seconda metà degli anni Novanta è quello delle collaborazioni coordinate e continuative (co.co.co). Tuttavia, la legge Biagi risulta essere un fallimento dato l'obiettivo di riduzione dei gap di genere e generazionale. Viene accentuato il grado di segmentazione del mercato del lavoro e la flessibilizzazione si traduce in precarietà (Gallino, 2009, definisce la precarietà come il costo umano della flessibilità). I lavoratori atipici, spesse volte giovani al primo impiego, hanno un livello di protezione sociale che non è commisurato ai rischi che si trovano ad affrontare e sono caratterizzati da diritti sociali, tutele, garanzie scarsi o nulli. Si può affermare che l'obiettivo di riduzione del tasso di disoccupazione non sia stato affatto conseguito, anzi, vi è stata, nella maggioranza dei casi, una mera

sostituzione di contratti a tempo indeterminato con quelli a tempo determinato, con tutte le negative conseguenze annesse per i lavoratori dipendenti [Ferrera 2019].

Per quanto concerne il comparto sanitario, nel 1978 viene introdotto il Servizio sanitario nazionale (SSN) che sostituisce il precedente sistema mutualistico. Il SSN è un sistema di servizi sanitari a base universalistica in cui viene garantita, appunto, assistenza sanitaria a tutti i cittadini senza distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche. Tuttavia, <<il neonato SSN si trova a operare fin da subito all'interno di uno scenario ambiguo dove farà fatica a realizzare gli obiettivi che ne avevano promosso l'istituzione>> [Spina 2022: 59]; vengono infatti rivisti quelli che sono i principi cardine e poste in essere delle limitazioni che interessano sia il lato dell'offerta, con blocchi del turnover e delle assunzioni e attraverso riduzioni di determinate prestazioni, sia dal lato della domanda, ad esempio con l'introduzione della compartecipazione alla spesa attraverso ticket sanitari. Si cerca di portare avanti una riforma delle Unità sanitarie locali (USL) per depoliticizzarle ed introdurre principi tipici delle aziende del settore privato (efficacia, efficienza e performatività), cosa che si realizza nel 1985 con la c.d. "mini riforma". Prende quindi avvio il processo di trasformazione in senso aziendalistico del SSN per poter contenere spesa pubblica e far fronte a problemi finanziari. Nel corso degli anni Novanta si verificano le tre riforme del SSN. La prima viene approvata in seguito alla riforma Amato (1992), essa non interviene sulla base universalistica del servizio bensì sugli aspetti organizzativi e finanziari; viene definito un patto tra Stato e Regioni che affida a quest'ultime sempre più responsabilità finanziaria sulla sanità e un potere esclusivo sulla gestione e sul finanziamento dei servizi. Il processo di riforma sanitaria prevede inoltre la riqualificazione dei servizi e la riorganizzazione della rete ospedaliera [Spina 2022]. Contestualmente le USL diventano aziende sanitarie locali (ASL) (in continuità con quanto suddetto circa aziendalizzazione del SSN), ovvero enti regionali dotati di personalità giuridica e di ampia autonomia gestionale. La seconda e la terza riforma sanitaria frammentano il SSN in 21 Servizi sanitari regionali (SSR). In questo scenario le regioni hanno compiti di attuazione legislativa, di programmazione, di finanziamento, di controllo e responsabilità per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) ai cittadini del proprio territorio mentre allo Stato spetta un ruolo di programmazione, di indirizzo, di controllo, di definizione e di ripartizione del budget. Alle ASL invece spettano l'erogazione di servizi sia attraverso strutture interne, sia

tramite accordi con altre istituzioni sanitarie pubbliche e/o private accreditate [Spina 2022]. I rapporti fra i tre livelli di governo <<si configurano come rapporti di agenzia, in cui lo Stato affida alle Regioni, che a loro volta delegano alle Aziende sanitarie, il perseguimento delle finalità di promozione e tutela della salute della popolazione, in condizioni di eguaglianza su tutto il territorio nazionale>> [Formez 2007: 18, in Spina 2022:61]. Il sistema socioassistenziale durante gli anni Ottanta viene interessato solamente dalla riforma delle gestioni INPS (1989) e dalla riforma degli assegni al nucleo familiare (1988), conseguenza del tentativo dello Stato di contenere la spesa pubblica derivante, in larga parte, come si è già detto, dall'istituzione del SSN nel 1978 [Ferrera 2019].

1.5 Austerità e risanamento (2008-oggi)

La crisi finanziaria ed economica globale che nel 2008 investe l'Unione Europea porta con sé un'importante recessione ed instabilità sociale. Essa ha indebolito la capacità dei sistemi di welfare di svolgere la propria funzione di stabilizzazione economica e sociale, in particolar modo nei paesi caratterizzati da maggiori problemi di bilancio (Italia in primis) [Ferrera 2019]. In merito alle politiche pensionistiche l'Italia si trova a dover affrontare una nuova crisi multidimensionale, per certi versi simile a quella dei primi anni Novanta, dopo quasi due decenni di importanti riforme che avevano ristrutturato la sua architettura pensionistica. Vengono quindi poste in essere diverse misure sottrattive. Si comincia con la riforma Sacconi 1(2009), attraverso la quale si cerca di introdurre una graduale armonizzazione dell'età pensionabile fino a raggiungere i 65 anni (precedentemente fissati a 60) per le donne nel 2018 (l'età legale di pensionamento per gli uomini risulta già essere pari a 65 anni nel 2009). L'anno successivo, la riforma Sacconi 2 (imposta di fatto dalla Commissione europea) eleva l'età pensionabile a 65 anni per le donne impiegate nel comparto pubblico già a partire dal 2012. Nel settore privato permane invece un'età pensionabile differenziata. Nel 2011 la situazione diventa insostenibile, la crisi dei debiti sovrani vede protagonista il nostro debito pubblico insieme a quello di altri paesi fortemente indebitati (PIIGS: Portogallo, Irlanda, Italia, Grecia e Spagna) con conseguente insediamento del governo tecnico Monti a Novembre 2011. Il compito è chiaro: inasprire le condizioni di accesso al pensionamento nel breve-medio periodo, attraverso la c.d. riforma Fornero-Monti, sulla base dei seguenti criteri:

- I. graduale armonizzazione, entro il 2018, dell'età pensionabile per le donne impiegate nel settore privato;
- II. revisione del meccanismo di adeguamento automatico dell'età pensionabile all'aspettativa di vita;
- III. età pensionabile pari ad almeno 67 anni nel 2021;
- IV. eliminazione del periodo di attesa delle prestazioni pensionistiche precedentemente introdotto dalla l. n. 120/2010 [Ferrera 2019].

Più recentemente si ha il ritorno dei provvedimenti espansivi con le riforme Poletti-Renzi e Di Maio-Salvini. La prima rappresenta una svolta nella politica pensionistica sia per quanto concerne il processo decisionale sia nei contenuti (espansivi). Inoltre, viene messa in discussione l'idea che un sistema pensionistico equo debba prevedere regole uguali per tutti (declinazione in senso sostanziale del concetto di equità) e prestazioni percepite a livello individuale. Con la riforma Di Maio-Salvini vengono previste:

- I. <<Quota 100>> (somma tra anni d'età, minimo 62, e di anzianità contributiva, minimo 38) che consente il pensionamento prima del raggiungimento dell'età pensionabile;
- II. pensione di cittadinanza, che consiste in una prestazione assistenziale a coloro che hanno superato i 67 anni d'età, risiedono in Italia da almeno 10 anni e si trovano in condizioni di difficoltà economica con un reddito equivalente annuo inferiore a 9360 euro [Ferrera 2019].

Le politiche del lavoro, in risposta alla crisi del 2008, sono interessate da due importanti riforme. La prima è la solita riforma Fornero (2012) che ha come obiettivo quello di favorire il ricorso al contratto a tempo indeterminato allentando le sanzioni connesse al licenziamento illegittimo (art. 18 dello Statuto dei lavoratori). La seconda è il Jobs Act (2014) del governo Renzi che prevede l'introduzione del contratto a tutele crescenti (per rapporti di lavoro a tempo indeterminato del settore privato) che cancella la tutela nel caso dei licenziamenti economici valutati dal giudice come illegittimi e prevede al suo posto un'indennità risarcitoria. In generale queste riforme comportano: una ulteriore crescita della generosità delle misure di sostegno in caso di disoccupazione; l'uniformizzazione delle tutele del reddito; l'estensione delle tutele (riferita alle coperture delle diverse categorie di lavoratori); la razionalizzazione del

sistema esistente grazie a una parziale semplificazione del primo pilastro e la strutturazione di un secondo pilastro assistenziale ASDI (assicurazione sociale di disoccupazione per disoccupati di lungo periodo); l'istituzione della NASPI (nuova assicurazione sociale per l'impiego) che corrisponde all'indennità ordinaria di disoccupazione come modificazione dell'ASPI (assicurazione sociale per l'impiego) [Ferrera 2019].

In conclusione, la grande recessione contribuisce, in ambito sanitario, al depotenziamento del SSN. Non solo viene a delinarsi un sistema sanitario sempre più deficitario, ma tale depotenziamento acuisce le disuguaglianze territoriali rendendo sempre più difficile l'individuazione di un modello nazionale [Spina 2022]. Di tale argomento se ne parlerà in maniera più dettagliata nel capitolo successivo, nel quale viene sviluppata una riflessione sulle diverse traiettorie che il welfare state italiano, in tutte le parti che lo compongono, ha preso in riferimento alle diverse aree territoriali del nostro paese.

Capitolo 2- Analisi del dualismo territoriale: welfare del nord e welfare del sud

2.1 Comparsa del fenomeno

Sebbene l'unità d'Italia sia stata proclamata nel 1861, le differenze che ancora oggi l'attraversano le consentono di ricevere l'appellativo di mera "espressione geografica", espressione utilizzata per la prima volta dal cancelliere austriaco Klemens von Metternich (1847). Tuttavia, è importante precisare che, al momento della sua nascita, il neonato Regno d'Italia si presenta come paese pre-industriale caratterizzato da due diversi livelli di arretratezza con un divario tra Nord e Sud non troppo accentuato se rapportato alle industrie europee. Sono gli anni Ottanta dell'Ottocento a segnare un aumento delle differenziazioni a livello territoriale con l'avvento del processo di industrializzazione dell'Italia che vede protagonista il Triangolo industriale (Torino-Milano-Genova). Tale crescita modifica la struttura e la geografia economica dell'Italia con il primato del Nord-Ovest che diviene netto a discapito del Sud (nel 1911 il 55% del valore aggiunto industriale proviene proprio dal Triangolo industriale mentre solo il 16% dal sud) [Malanima 2011]. Alla divergenza di natura economica seguono, tuttavia, ampi divari nel funzionamento dell'amministrazione pubblica con carenze delle infrastrutture e dei servizi pubblici nelle regioni meridionali, oltre alla non poco importante presenza dei fenomeni criminali che riguardano in particolar modo il Mezzogiorno ma che allo stesso tempo rappresentano un male endemico della penisola italiana. Il fenomeno di divergenza economica e sociale territoriale continua durante il primo Novecento e la situazione peggiora, in primis, durante l'era Giolittiana. Le leggi speciali per la Basilicata e Napoli (1904), la legge speciale per la Calabria (1906) e la legge speciale per la Sardegna (1909) non sortiscono alcun effetto, al contrario, aggravano la situazione al sud favorendo l'acutizzarsi di clientelismo e corruzione (entrambi diventeranno, come richiamato nel primo capitolo, tratti caratteristici del sistema di welfare italiano). Successivamente, i due conflitti mondiali e il ventennio fascista bloccano il parziale, seppur inefficace, intervento statale avviato con la legislazione speciale a favore delle regioni meridionali come conseguenza dello spostamento delle risorse verso il più industrializzato Nord a causa delle necessità belliche. La guerra alimenta, quindi, un flusso di ricchezza da Sud a Nord attraverso la tassazione dei redditi agricoli e l'utilizzazione del risparmio accumulato nel Mezzogiorno per finanziare la produzione bellica collocata per lo più

nel Settentrione. Il primo dopoguerra, segnato da un'inflazione significativa, erode il capitale monetario dei piccoli risparmiatori e contemporaneamente il processo di riconversione industriale conduce a diversi interventi di salvataggio delle imprese settentrionali, che ancora una volta impediscono gli interventi a favore dell'economia meridionale. Durante il Fascismo prosegue, di fatto, il finanziamento pubblico dell'espansione industriale localizzata al Nord (la fondazione dell'IRI nel 1933 rappresenta un parziale cambio di tendenza, con i dirigenti che pensavano a un futuro dell'industria italiana orientata al Sud) [Barbagallo, 2017]. Nel secondo dopoguerra prende avvio quel processo, richiamato già precedentemente e conosciuto con il nome di "Trentennio glorioso" dei sistemi di welfare nazionali. L'Italia si trova a dover ricostruire dalle ceneri un paese afflitto dai terrori della guerra e della dittatura. In risposta alle richieste della popolazione e alla macro-tendenza che prende piede in tutta Europa, viene portata avanti una costante estensione e un notevole miglioramento della protezione offerta dallo stato. È in questo contesto di sviluppo generalizzato che si mette in moto, per la prima volta, il fenomeno della convergenza socioeconomica tra il Nord e Sud grazie all'incremento degli investimenti pubblici e privati. In questo periodo viene creata la CASMEZ (Cassa per Opere Straordinarie di Pubblico Interesse nell'Italia Meridionale), preceduta dalla SVIMEZ (Associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno) nel 1948, per stimolare il processo di sviluppo dei territori meridionali attraverso interventi straordinari che vedono lo spostamento di ingenti risorse verso il Mezzogiorno. Si cerca quindi di spostare l'attenzione da una mera crescita della domanda aggregata, come era accaduto negli anni della preindustrializzazione, ad una più importante diffusione di investimenti produttivi per la modernizzazione del sistema economico e sociale del meridione. Tuttavia, va precisato come questo tipo di atteggiamento e l'istituzione della Cassa stessa rientrino nelle politiche di sviluppo internazionale poste in essere e orchestrate dalla Banca Mondiale. Quest'ultima aveva fatto della Cassa un prototipo per la sperimentazione di interventi volti a superare le condizioni di arretratezza economica, da applicare prima in un Paese per metà avanzato e per metà ancora arretrato come l'Italia, per poi diffondere l'esperienza realizzata in altri territori del mondo, che, pur emancipandosi dal colonialismo, continuavano a trovarsi in condizioni di profondo sottosviluppo. Le ragioni che hanno portato la Cassa per il Mezzogiorno a raggiungere dei risultati straordinari erano legate a tre presupposti fondamentali: il contesto internazionale favorevole e, in particolare, il rapporto con le istituzioni economiche d'oltreoceano; la

reciprocità di interessi tra il Nord e il Sud, non solo in termini sbocchi di mercato, ma anche di divisione e complementarità del sistema produttivo; l'avvio del riscatto dei territori meridionali in quanto tali, che si mostravano in grado di sfruttare le nuove opportunità, all'interno di una triangolazione di interessi tra gli Stati Uniti, l'Italia e il Mezzogiorno stesso [Lepore 2013]. Purtroppo, l'epoca d'oro dell'economia italiana e delle sue politiche di welfare e il periodo di maggiore sviluppo del Mezzogiorno, sia in termini economici che sociali, vive un *turning point* negativo dovuto, oltre che a problemi economici interni e a una congiuntura internazionale avversa, anche a un cambiamento istituzionale intervenuto con la costituzione delle Regioni con la loro modalità di formazione. Si entra così nella fase di crisi dei sistemi di welfare nazionali al termine dell'importante ed inedita diffusione dello stato di benessere nel paese e di una crescita economica ininterrotta che hanno portato alla convinzione che tali condizioni eccezionali di prosperità potessero durare all'infinito e che quindi non si sarebbe ripresentata una situazione di crisi come quella che aveva interessato la nostra penisola nei decenni precedenti alla fine della Seconda Guerra Mondiale. Le condizioni di sviluppo del Mezzogiorno si complicano e si passa da una spinta agli investimenti e all'industrializzazione ad una preferenza per il trasferimento di reddito che deprime le potenzialità e le capacità di crescita mostrate dalle regioni meridionali nel Secondo dopoguerra. «A partire dalla seconda metà degli anni '70, fattori economici e politici determinano una interruzione del processo di accumulazione di capitale produttivo e sociale e porteranno a quello che è uno dei tratti salienti della cd. età della dipendenza: il consolidamento del benessere attraverso una patologica dipendenza dai trasferimenti pubblici» [L. Bianchi, et al. 2011, 71]. Inoltre, l'istituzione delle regioni a Statuto ordinario (1970) cambia il quadro dell'intervento straordinario attraverso l'introduzione di un limite molto forte all'autonomia e al ruolo sovrastante di tecnostuttura della Cassa per il Mezzogiorno. Nel 1976 vengono creati un organo di controllo e uno di consultazione sulla politica per il Sud: una Commissione parlamentare per il Mezzogiorno, per lo svolgimento dei poteri di vigilanza sulla programmazione e sull'attuazione degli interventi ordinari e straordinari, e un Comitato dei rappresentanti delle Regioni meridionali, con il compito di garantire la loro partecipazione alla definizione delle linee direttive dell'intervento straordinario. Inoltre, viene disposto il trasferimento alle Regioni di tutte le opere realizzate e collaudate ancora gestite dalla Cassa, ed infine, viene prevista una ristrutturazione organizzativa e funzionale della Cassa stessa. La fine della fase

propulsiva di quest'ultima concorre al declino meridionale. In un contesto del genere torna a riprendere il suo cammino il fenomeno di divergenza economica e sociale tra Nord e Sud, trainato dall'incapacità dell'Italia di cogliere la necessità di una profonda trasformazione dell'assetto produttivo del paese e del consolidamento della convinzione secondo cui solo ripartendo dalla struttura industriale del Nord si potesse avviare la ripresa. La conseguenza è quella di un progressivo indebolimento della forza propulsiva e dell'attitudine alla crescita del sistema nazionale stesso. Possiamo quindi affermare che il ritorno di un forte dualismo Nord-Sud accompagna la perdita del livello di competitività all'interno dello scenario internazionale da parte dell'Italia. All'inizio degli anni Novanta viene abbandonato definitivamente l'intervento straordinario (l. n. 488 del 1992) che porta ad un passaggio delle iniziative concentrate nelle aree depresse ad un sostegno indirizzato alle aree in declino industriale e alle aree rurali svantaggiate nelle regioni del Centro-Nord. Così facendo, l'azione che inizialmente era rivolta ad un riequilibrio del Sud ora viene applicata a tutto il Paese. Inoltre, i parametri di convergenza tracciati dal Trattato di Maastricht, volti alla diminuzione del debito pubblico, segnano un importante contrazione della spesa (conseguenza anche dell'importante ascesa delle teorie neoliberiste). Siamo nella fase di rescaling dei sistemi di welfare e proprio in questi anni la situazione continua ad aggravarsi per il meridione come conseguenza dell'inesorabile declino delle imprese pubbliche, cosa che segna, in un certo senso, la fine dell'importante fase di sviluppo vissuta dal Mezzogiorno qualche decennio prima. A questo proposito, «In Italia, tra il '92 ed il '99, la vendita parziale o totale di imprese pubbliche ammonta globalmente a più di 90 miliardi di euro. L'Italia diviene il primo Paese al mondo per entità delle privatizzazioni. Per il Mezzogiorno questo significa non solo il cambio di proprietà di molti dei suoi maggiori stabilimenti, ma soprattutto la fine di un'epoca» [Tupputi 2016, 102]. La fine degli anni Novanta e l'inizio degli anni Duemila fotografano il continuo trend negativo, fino all'arrivo della Grande Recessione (2008) che in un certo senso chiama il ritorno alla convergenza territoriale, in accezione negativa, con un peggioramento generalizzato dello stato di benessere e l'attuazione di politiche impopolari che danneggiano sia Nord che Sud. Gli ultimi anni sono caratterizzati da diverse crisi che interessano non solo il nostro Paese, bensì gran parte del globo. Le più recenti sono quelle causate dalla pandemia di COVID-19 (2020) e dal conflitto Russia-Ucraina (2022). Il fenomeno stesso della globalizzazione richiama sicuramente l'inserimento della questione Nord-Sud all'interno di interventi e vedute europee, che

può e deve fare dei rapporti tra le aree economicamente progredite e quelle in condizioni di arretratezza del Vecchio Continente il suo motore di sviluppo ed evoluzione. Nel paragrafo successivo andremo a fotografare più nel dettaglio quelle che sono le caratteristiche distintive delle politiche di welfare al Nord e al Sud Italia.

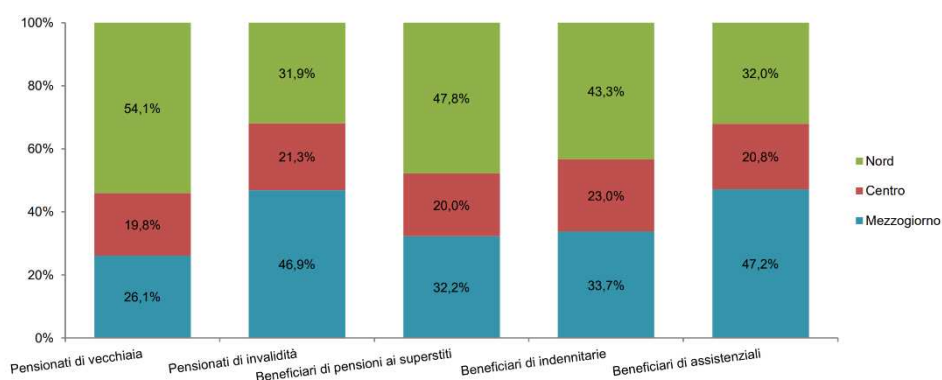
2.2 Il welfare del Nord e il welfare del Sud

L'esistenza di "due Italie" è stata marcatamente sottolineata nel corso del precedente paragrafo, un dualismo che nasce dalla presenza di tessuti societari, probabilmente, troppo diversi e che portano ad analizzare nel corso di questo lavoro le criticità che interessano il paese che più di tutti all'interno dell'UE mostra una distanza così elevata tra il suo "Nord" e il suo "Sud" in termini di sviluppo economico e, contemporaneamente, di qualità del suo sistema di welfare. Da una parte il welfare del Nord appare sempre più simile al welfare continentale di impronta categoriale – corporativa, con un importante settore di servizi; dall'altra il welfare del Sud è un modello estremo particolaristico – clientelare, basato essenzialmente sui trasferimenti monetari e sui sussidi, con scarsi servizi socioassistenziali [Ascoli 2011]. Entrambi i modelli sono, tuttavia, accomunati da un'importante impronta familista con la rete familiare, ed in particolar modo la donna, che fanno capo ad una serie di funzioni strategiche per la buona tenuta del tessuto sociale, senza che a ciò si accompagni il giusto rilievo alle politiche per la famiglia e alle politiche di conciliazione [Ferrera 2019]. A tal proposito, <<Se il welfare state non offre ai giovani risorse e opportunità per entrare nel mercato, per acquisire autonomia, per formare nuove coppie e riprodursi, la famiglia di origine resta il punto di riferimento principale, in molti casi l'unico ammortizzatore sociale disponibile per il soddisfacimento di bisogni e la tutela dei rischi attraverso l'attivazione di quella rete di solidarietà intergenerazionali e parentali che, come abbiamo visto, caratterizza le società sud europee. In questo modo, però, la famiglia può trasformarsi in una sorta di trappola: trattiene i giovani nel proprio seno, e in questo modo ostacola la mobilità, rallenta e irrigidisce i processi di riproduzione sociale, frenando peraltro la formazione di una domanda politica a favore del cambiamento. Ciò che i giovani visualizzano sono le garanzie dei propri genitori (nella misura in cui ci sono), la loro aspirazione è quella di acquisire le stesse garanzie (il posto fisso, una pensione generosa a fine carriera)>> [Ferrera 2019, 52]. Allo stesso tempo si ha una costante riduzione delle tutele collettive con la messa in moto del

processo di individualizzazione del rischio a partire dagli effetti delle riforme pensionistiche degli anni Novanta.

2.2.1 Politiche pensionistiche

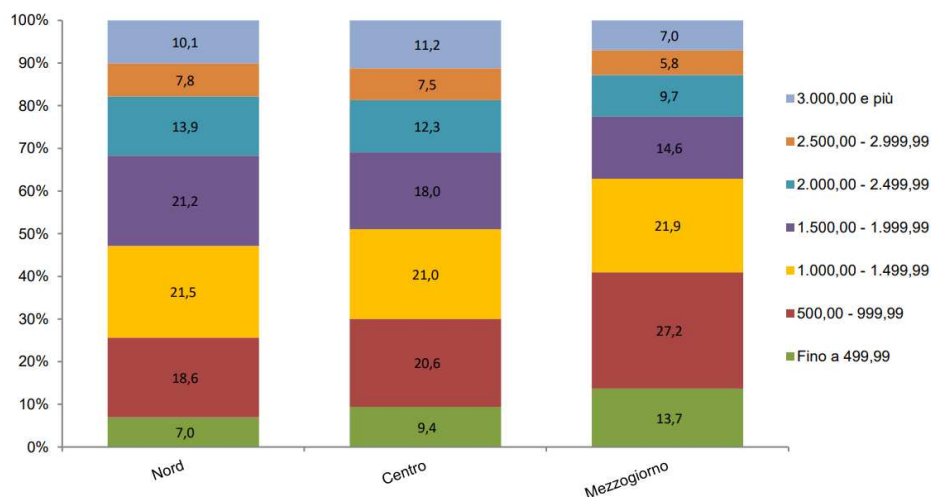
Proprio in riferimento alle politiche pensionistiche, si rilevano delle sensibili differenze tra la quota percentuale del numero di prestazioni e la quota della correlata spesa pensionistica nelle varie ripartizioni geografiche (Nord, Centro e Sud) [Ascoli 2011]. I diversi saldi tra entrate e uscite nelle aree geografiche sono dovuti alla diversa distribuzione dei tipi di pensione (tab.2.1). Infatti, le pensioni di vecchiaia sono maggiormente concentrate a Nord rappresentando più della metà del totale nazionale, 54.1 su 100 nel 2021, mentre quelli di invalidità previdenziale e assistenziale hanno una maggiore presenza nel Mezzogiorno (rispettivamente 46,9% e 47,2%). Nel Centro i pensionati delle varie tipologie appaiono con percentuali pressoché costanti, che variano dal 20% al 23%.



TAB. 2.1 Tipologie di pensionati per ripartizione geografica (valori percentuali) [INPS 2021].

Gli stessi importi delle prestazioni risultano essere più bassi. Dalla tab. 2.2 che rappresenta la distribuzione dei pensionati per classe di reddito pensionistico e ripartizione geografica, si osserva che i pensionati delle regioni meridionali e delle isole percepiscono redditi più bassi rispetto a quelli residenti nelle altre zone geografiche. Nel Mezzogiorno, infatti, il numero dei pensionati con redditi pensionistici sotto i 500 euro mensili rappresenta il 13,7%, nel Centro il 9,4% e nelle regioni settentrionali il 7%; in termini assoluti, il distacco si accentua ancor più se si osservano i pensionati con redditi pensionistici compresi tra 500 e 1.000 euro mensili che nel Mezzogiorno sono pari al 27,2%, quota che scende al 20,6% nelle regioni del Centro e ancora al 18,6% in quelle settentrionali. Di conseguenza, i pensionati residenti al Nord che percepiscono redditi più elevati, in particolare compresi tra 1.500

e 2.000 euro mensili, superano di circa 7 punti percentuali quelli del Mezzogiorno e di circa 3 punti quelli del Centro. Infine, i pensionati delle classi di reddito pensionistico più alte, oltre i 2.000 euro mensili, residenti nel Mezzogiorno sono il 22,5%, contro oltre il 30% in ognuna delle due altre aree geografiche [Inps 2021].



TAB 2.2 - Pensionati per classe di reddito pensionistico mensile e ripartizione geografica (valori percentuali) [INPS 2021].

2.2.2 Politiche sanitarie

Per quanto concerne il settore sanitario, risulta notevole la variabilità territoriale del costo complessivo pro capite del Ssn. Nel 2019, a livello regionale, i livelli di spesa sanitaria per abitante sono molto variabili a causa delle differenze esistenti nelle condizioni socioeconomiche delle famiglie e nei modelli di gestione dei sistemi sanitari regionali. La spesa pro capite delle ripartizioni geografiche del Centro (1.930,8 euro), del Nord-Est (1.922,1 euro) e del Nord-Ovest (1.978,4 euro) sono simili fra loro. La ripartizione del Centro Nord nel suo insieme (1.947,5 euro) è al di sopra della media nazionale (1.925,4 euro), mentre nel Mezzogiorno (1.882,4 euro) la spesa pro-capite è inferiore alla spesa media nazionale. Nello stesso anno, la spesa sanitaria complessiva rappresenta l'8,6% del Pil e, di questa quota, 2,1 punti percentuali sono finanziati con risorse dirette delle famiglie. Il peso della spesa delle famiglie in percentuale del Pil è più alto nel Mezzogiorno (2,5%) e nel Nord-Est (2,2%); le Regioni in cui la quota è più elevata (superiore a due punti e mezzo in percentuale del Pil) sono: Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata, Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste, Puglia, Sardegna e Molise. Considerando invece la distribuzione della spesa sanitaria tra le due componenti, pubblica e privata, il contributo delle famiglie alla spesa sanitaria totale è più basso nel

Mezzogiorno (20,2%) che nel Centro-Nord, dove si attesta al 27,2%, con un picco del 29,6% nel Nord-Est. La maggiore partecipazione delle famiglie alla spesa sanitaria totale si registra in Friuli-Venezia Giulia (32,4%), seguita da Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste (30,7%) e Emilia Romagna (30,2%). Le incidenze più basse si rilevano invece per tutte Regioni del Mezzogiorno, in particolare, Campania e Sicilia (18,9% per entrambe) [ISTAT 2019]. Gli ultimi anni sono caratterizzati da una crescita complessiva della spesa sanitaria in relazione ai maggiori costi connessi con la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19. Fino al 2019 l'incremento medio annuo si è infatti attestato allo 0,8%, mentre nel biennio successivo ha raggiunto il 4,1%. Nel 2020 tutte le regioni hanno mostrato aumenti di spesa, eccezion fatta per il Molise. Nel 2021 vi è una leggera diminuzione osservabile solo in Emilia-Romagna e in Calabria. Il Molise è stata l'unica regione in cui la spesa del 2021 è risultata più bassa di quella sostenuta nel 2019. Di contro, nel biennio, l'aumento percentuale più rilevante è riscontrabile per la Provincia autonoma di Bolzano, la Valle d'Aosta e il Veneto (tab. 2.3).

Regioni	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Piemonte	8.393,7	8.192,1	8.188,6	8.097,2	8.241,7	8.304,3	8.389,9	8.534,0	8.929,6	9.258,7
Valle d'Aosta	278,0	271,2	259,6	261,8	256,5	254,5	256,5	262,2	289,4	302,2
Lombardia	18.154,1	18.293,4	18.789,9	18.847,7	18.936,4	19.437,6	19.845,7	20.057,1	21.119,8	21.363,2
Provincia autonoma di Bolzano	1.142,3	1.151,0	1.135,5	1.163,7	1.186,7	1.237,3	1.265,8	1.277,5	1.414,7	1.497,1
Provincia autonoma di Trento	1.157,7	1.150,6	1.152,6	1.128,3	1.148,4	1.193,9	1.198,9	1.213,1	1.292,3	1.340,4
Veneto	8.713,3	8.675,6	8.754,3	8.834,5	8.980,1	9.244,9	9.327,4	9.468,9	10.248,5	10.596,8
Friuli Venezia Giulia	2.511,6	2.468,9	2.374,0	2.327,4	2.366,5	2.433,4	2.496,0	2.567,2	2.622,2	2.715,3
Liguria	3.146,5	3.122,4	3.159,0	3.175,6	3.184,7	3.209,8	3.227,1	3.251,5	3.347,5	3.466,7
Emilia Romagna	8.786,6	8.611,3	8.644,0	8.740,1	8.846,5	9.026,5	9.157,4	9.227,4	10.072,7	10.058,9
Toscana	7.120,1	6.948,1	7.107,2	7.197,8	7.277,8	7.446,9	7.396,6	7.505,5	8.090,8	8.247,8
Umbria	1.643,8	1.645,6	1.629,3	1.651,7	1.672,6	1.716,3	1.743,1	1.719,8	1.813,4	1.883,3
Marche	2.749,3	2.713,3	2.736,0	2.739,2	2.791,9	2.825,5	2.853,4	2.891,1	3.020,8	3.115,0
Lazio	10.848,5	10.621,3	10.662,3	10.712,7	10.701,6	10.698,3	10.713,0	10.791,3	11.480,6	11.821,7
Abruzzo	2.348,6	2.316,0	2.374,2	2.347,4	2.411,1	2.463,6	2.471,1	2.485,5	2.558,2	2.630,1
Molise	653,5	696,4	662,2	642,5	660,7	650,3	645,5	742,1	688,9	712,1
Campania	9.710,6	9.579,9	9.796,8	9.872,1	10.011,2	10.158,7	10.301,8	10.395,1	10.944,9	11.254,0
Puglia	6.900,9	6.931,0	7.047,7	7.092,6	7.231,0	7.262,7	7.376,1	7.462,2	7.706,3	8.109,1
Basilicata	1.030,3	1.022,1	1.029,0	1.033,6	1.035,4	1.069,2	1.059,9	1.051,5	1.096,6	1.111,1
Calabria	3.360,1	3.312,3	3.369,2	3.358,9	3.427,2	3.416,4	3.514,2	3.538,0	3.626,8	3.615,7
Sicilia	8.514,6	8.523,2	8.637,0	8.650,0	8.834,1	9.042,0	9.210,9	9.184,7	9.561,8	9.941,6
Sardegna	3.225,3	3.183,7	3.238,0	3.238,6	3.290,3	3.215,4	3.262,9	3.302,7	3.369,0	3.599,3
ITALIA	110.399,3	109.429,4	110.746,3	111.113,6	112.492,4	114.307,5	115.713,3	116.928,3	123.294,9	126.640,2
Variazione %		-0,9%	1,2%	0,3%	1,2%	1,6%	1,2%	1,1%	5,4%	2,7%

TAB 2.3 Spesa sanitaria corrente di CE (conto economico) per regione-anni 2012-2021 (valori assoluti in milioni di euro [Conto economico degli enti sanitari locali]).

2.2.3 Politiche socioassistenziali

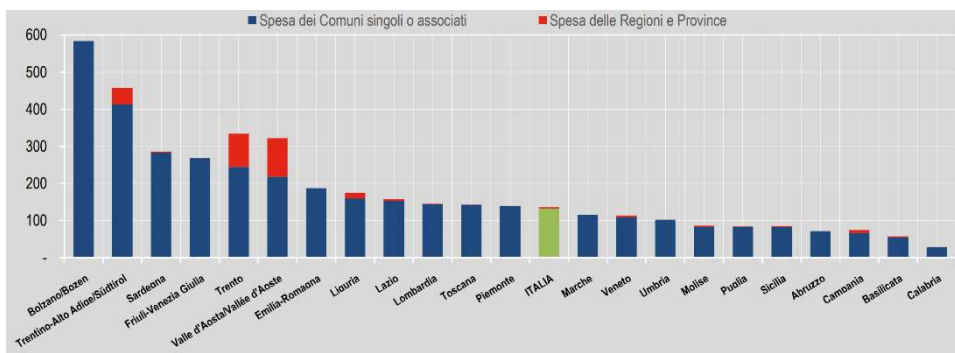
Passando alle politiche socioassistenziali, l'attribuzione alle regioni e ai comuni della competenza in materia di beneficenza pubblica al termine degli anni Settanta attraverso il d.p.r. n. 616/1977 ha messo in moto a partire dai primi anni Ottanta un significativo processo di diversificazione territoriale. La prima legge regionale di riordino del sistema dei servizi socioassistenziali è stata quella della Basilicata (l.r. n. 50/1980), subito seguita dal Piemonte (l.r. n. 20/1982) e dal Veneto (l.r. n. 55/1982).

Tuttavia, la mancanza di una legge quadro nazionale ha fatto sì che molte regioni predisponessero autonomamente il riordino dei servizi socioassistenziali stessi a livello regionale, non coordinandosi tra loro e rimanendo nel vago della determinazione dei principi generali. Anche i piani triennali, finalizzati a esplicitare le finalità e i criteri di intervento e rendere esecutive tali leggi aggiungono ulteriori elementi di variabilità a un programma, come già visto, eterogeneo. << Il tocco finale è venuto dai comuni che in molti casi hanno operato indipendentemente dalle leggi regionali, a volte anticipandole o ignorandole [Kazepov 1996; Fargion 1997] ma, comunque, sempre sfruttando i gradi di libertà nel definire autonomamente i criteri di accesso alle prestazioni, l'ammontare erogabile e la durata di fruizione. Questa situazione ha portato a consolidare un processo di forte diversificazione dei diritti in direzioni assolutamente arbitrarie con la conseguenza che una stessa situazione di bisogno veniva e tuttora viene trattata in modi molto diversi a seconda di dove emerge>> [Ascoli 2011, 125]. In generale la spesa dei Comuni per i servizi sociali vive un calo nel triennio 2011-2013 per poi proseguire con una crescita sostenuta fino ad arrivare a 7 miliardi 522 milioni di euro nel 2019 (anno precedente allo scoppio della pandemia da COVID-19). Nel 2018 la spesa per abitante è pari a 124 euro con differenze territoriali molto ampie, le risorse risultano essere destinate prevalentemente ai minori e alle famiglie con figli (38%), alle persone con disabilità (27%) e agli anziani (17%). L'offerta di servizi socioassistenziali presenta evidenti divari territoriali, che interessano le stesse ripartizioni geografiche: si passa dai 22 euro pro-capite della Calabria ai 540 della Provincia Autonoma di Bolzano. La spesa sociale del Sud è molto più bassa che nel resto d'Italia: 58 euro annui pro-capite contro una media nazionale di 124 euro. Le Isole, trainate dalla Sardegna, toccano i 122 euro pro-capite, il Nord-ovest si attesta a 133, il Centro a 137 e il Nord-est a 177. All'aumentare della dimensione demografica dei Comuni crescono le risorse per i servizi sociali. I Comuni con oltre 50mila abitanti spendono in media 165 euro l'anno, quelli sotto i 10mila ne spendono 100. Nel Mezzogiorno il divario è meno accentuato ma la spesa dei Comuni più grandi (96 euro) è mediamente inferiore a quella dei Comuni più piccoli dell'Italia Settentrionale (119). Al Nord la spesa varia da 119 euro pro-capite dei Comuni sotto i 10mila abitanti a 216 euro per quelli oltre i 50mila, con un rapporto del 181%. Al Centro il rapporto è del 230% (79 euro di spesa pro-capite l'anno per i Comuni più piccoli e 182 euro per quelli più grandi) (tab. 2.4) [Istat 2021].

Ripartizioni	Comuni con popolazione <10.000 abitanti	Comuni con popolazione 10.001-20.000 abitanti	Comuni con popolazione 20.001-50.000 abitanti	Comuni con popolazione >50.000 abitanti	Totale
Nord	119	128	136	216	152
Centro	79	98	113	182	137
Mezzogiorno (Sud e Isole)	73	62	69	96	78
Italia	100	101	105	165	124

TAB 2.4 SPESA PRO-CAPITE PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI SECONDO L'AMPIEZZA DEMOGRAFICA DEI COMUNI (valori in euro) [Istat 2021].

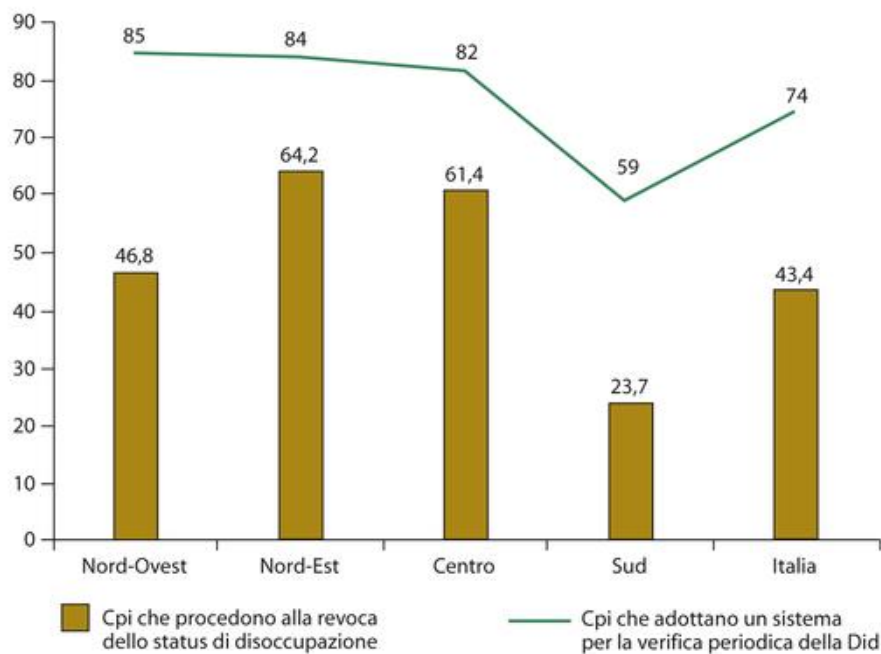
Nel 2020, in risposta all'emergenza sanitaria e alla conseguente crisi economica, si assiste ad un anomalo incremento dei bisogni assistenziali. La crescita più importante interessa la spesa relativa l'area povertà, disagio adulti e persone senza dimora (passano dal 7,4% al 12,2% della spesa complessiva). Mediamente la spesa sociale dei Comuni del Sud, pari a 66 euro pro-capite, è la metà rispetto alla media nazionale e poco più di un terzo rispetto al Nord-est (184 euro). Il Nord-ovest e il Centro si attestano su 145 e 141 euro rispettivamente, al di sopra della media italiana (132 euro), su cui converge la ripartizione delle Isole, ma con due situazioni molto differenti: da un lato la Sardegna, che ha una spesa pro-capite fra le più alte in Italia (283 euro pro-capite) e dall'altro la Sicilia, con un valore decisamente inferiore (82 euro). La spesa pro-capite media al Sud è al di sotto del dato nazionale per tutte le tipologie di utenza, a eccezione dell'area "Immigrati, Rom, Sinti e Caminanti". Questo si traduce in 155 euro in meno in media per ciascun minore residente, 917 euro in meno per una persona con disabilità (bambino o adulto fino a 64 anni), 49 euro in meno per l'assistenza agli anziani, 14 euro in meno per le persone in età lavorativa, utilizzati nei casi di povertà ed esclusione sociale. Solo in relazione agli stranieri residenti i Comuni del Sud destinano mediamente più risorse ai servizi per gli immigrati (15 euro l'anno) rispetto alla media nazionale [Istat 2023]. Ricordando che la gestione degli interventi e servizi sociali è una competenza prettamente comunale, esercitata singolarmente o in associazione fra Comuni limitrofi, le Regioni e le Province possono, tuttavia, integrare l'offerta socioassistenziale con interventi aggiuntivi. Tali interventi non sono presenti su tutto il territorio nazionale, ma in alcuni contesti, per il particolare assetto organizzativo della gestione dei servizi, risultano significativi, aggiungendo una quota di spesa non trascurabile a quella gestita dai Comuni singoli e associati. È il caso in particolare della Valle D'Aosta, della Provincia Autonoma di Trento e, in minor misura, della Campania, della Liguria e di altre regioni (tab. 2.5).



TAB 2.5 SPESA MEDIA PRO-CAPITE PER INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI DEI COMUNI SINGOLI E ASSOCIATI, DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE (valori in euro) [Istat 2023].

2.2.4 Politiche del lavoro

Passando alle politiche del lavoro, il ricorso a forme contrattuali flessibili nel corso degli ultimi decenni, con una modificazione meramente marginale delle norme sui licenziamenti, hanno portato alla segmentazione del mercato del lavoro con la concentrazione delle figure più deboli (giovani, immigrati, donne a bassa qualificazione) nelle occupazioni più flessibili. Nel Nord la precarizzazione del lavoro ha concorso al peggioramento delle condizioni lavorative stesse con conseguente aumentata fragilità economica di una fascia di lavoratori a bassa qualificazione. Nel Mezzogiorno le stesse dinamiche hanno favorito, in particolar modo nelle aree metropolitane, la costituzione di una vera e propria underclass, caratterizzata da esclusione permanente dal mercato del lavoro, povertà economica e condizioni di vita disagiate. Ancora una volta è la famiglia, come richiamato precedentemente, a fronteggiare tali trasformazioni. A partire dalla seconda metà degli anni Novanta si osserva un graduale riorientamento in senso proattivo delle politiche del lavoro, ovvero una maggiore attenzione nei confronti delle misure volte a promuovere la crescita occupazionale. Un esempio di tale cambiamento strategico è riscontrabile con l'avvio di una politica di condizionalità, in quanto volta a subordinare la percezione di sussidi monetari al rispetto di alcune regole di buona condotta da parte del disoccupato. Tuttavia, l'implementazione di tale politica sottolinea, ancora una volta, importanti differenze territoriali (tab 2.5) con più del 60% dei centri per l'impiego (Cpi) che dichiarano di avere difficoltà ad attuare le norme previste dal legislatore.



TAB 2.5 L'implementazione della condizionalità (%). Il dato è ottenuto sulla base di dichiarazioni dei funzionari dei Cpi [Isvol 2009].

Come mostrato dalla tab 2.3, i Cpi delle province meridionali applicano in misura minore le sanzioni previste dalla normativa. Mentre nel Nord la maggior parte dei Cpi (circa l'85%) avvia percorsi personalizzati, questo avviene solo nella metà dei casi nel Sud. Si delinea quindi uno scenario paradossale, con minori performance istituzionali nell'attuazione dei nuovi servizi proprio laddove è maggiore l'estensione e l'intensità dei problemi territoriali occupazionali [Ascoli 2011]. Tuttavia, questa efficienza asimmetrica non può essere ricondotta a una carenza di personale che è, al contrario, lamentata soprattutto nelle regioni settentrionali. Può essere invece ricondotta alla scarsa dotazione infrastrutturale, al perdurare di prassi amministrative obsolete e al fatto che i nuovi compiti degli Spi (servizi per l'impiego) sono stati essenzialmente progettati con riferimento a contesti produttivi e mercati del lavoro dinamici [Pirrone e Sestito 2006]. Il ricorso ai Cpi è cresciuto negli anni della crisi economica raggiungendo il valore massimo (pari al 30,5%) nel 2012, per poi tornare a scendere negli anni successivi. Nel 2020, anno segnato dallo scoppio dell'emergenza sanitaria, solo il 16,2% delle persone in cerca di lavoro si è rivolto a un Cpi (nell'ultimo mese) e tali contatti sono più frequenti nelle regioni del Nord (22,7% delle persone in cerca di lavoro rispetto all'11,7% del Mezzogiorno) (tab 2.6). Ancora oggi, in Italia, le reti informali (familiari, amici e altri conoscenti, ma anche contatti instaurati grazie alla

propria esperienza di lavoro) rivestono un ruolo importante nell'intermediazione della ricerca di un lavoro. Difatti, il 36.5% degli occupati (nel 2020) dichiara di aver trovato lavoro (in riferimento agli ultimi 12 mesi) grazie al contatto con amici e parenti, tale quota sale a circa il 39% nelle regioni centro-meridionali, dove si possono ancora riscontrare maggiori difficoltà dell'attore pubblico nel rivestire un ruolo determinante [Istat 2021].

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA																
Nord	31,8	30,8	26,2	28,2	31,8	29,7	32,9	34,9	37,2	31,9	31,9	28,8	28,5	28,5	27,3	22,7
Centro	31,9	31,4	28,2	28,9	31,1	29,7	32,5	33,5	31,2	30,7	27,2	25,1	26,3	23,8	23,2	17,1
Mezzogiorno	27,7	26,4	22,2	22,4	22,4	24,2	25,7	26,1	23,7	19,3	19,4	17,7	18,3	17,1	18,4	11,7

TAB 2.6 Persone in cerca di occupazione che nell'ultimo mese hanno cercato lavoro tramite Cpi - Anni 2005-2020 (valori percentuali) [Istat 2021].

In conclusione, i canali ritenuti più utili per trovare lavoro restano l'invio del curriculum e le reti parentali, con una crescita importantissima di Internet (tab. 2.7).

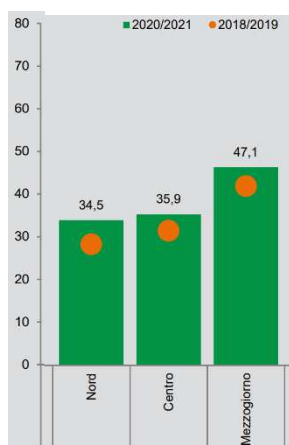
	Centro per l'impiego	Colloquio lavoro	Prove concorso	Domanda concorso	Consultato offerte su giornali	Risposto o messo inserzioni su giornali	Inviato curriculum	Parenti, amici, conoscenti, sindacati	Internet	Agenzia di somministrazione o altra struttura di intermediazione diverso da Cpi	Altro
RIPARTIZIONE GEOGRAFICA											
Nord	22,7	21,5	1,2	3,0	27,5	17,6	67,8	75,1	67,5	19,5	1,8
Centro	17,1	23,7	1,9	5,0	24,3	14,3	66,9	73,1	66,1	9,5	3,3
Mezzogiorno	11,7	14,8	2,4	6,4	16,3	10,3	55,8	80,7	49,5	4,0	1,6

TAB 2.7 Azioni di ricerca intraprese dalle persone in cerca di lavoro nell'ultimo mese per ripartizione geografica- anno 2020 (valori percentuali) [Istat 2021].

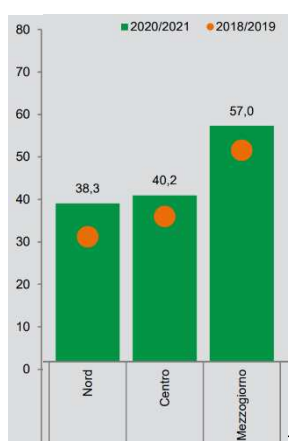
2.2.5 Politiche di istruzione

Arriviamo ora a trattare le differenze territoriali che interessano i livelli di istruzione. Partiamo richiamando i dati relativi a quest'ultimi in merito all'anno dello scoppio dell'emergenza sanitaria (2020): la popolazione residente nel Mezzogiorno risulta essere meno istruita rispetto a quella nel Centro-nord: il 38,5% degli adulti ha il diploma di scuola secondaria superiore e solo il 16,2% ha raggiunto un titolo terziario. Nel Nord e nel Centro circa il 45% è diplomato e più di uno su cinque è laureato (21,3% e 24,2% rispettivamente nel Nord e nel Centro). Il divario territoriale nei livelli di istruzione è indipendente dal genere, sebbene più marcato per la componente femminile. Si può affermare che le differenze territoriali nei livelli di istruzione sono del tutto simili a quelle dei due anni precedenti, sia per gli uomini che per le donne. Il divario resta dunque pressoché immutato per due anni consecutivi, mentre nel

decennio 2008-2018 aveva registrato un aumento, in particolare tra la popolazione con titolo terziario. Infatti, i livelli di istruzione crescono in misura piuttosto simile nelle ripartizioni geografiche: la popolazione con almeno il diploma aumenta di +0,8 punti nel Nord, di +0,4 nel Centro e di +0,7 punti nel Mezzogiorno; stessa dinamica per la popolazione laureata che cresce rispettivamente di +0,6, +0,5 e +0,4 punti [Istat 2021]. La pandemia del 2020, con la conseguente chiusura di scuole e università, ha segnato una delle più profonde ed inaspettate trasformazioni, passando da una didattica totalmente in presenza ad una a distanza per poi procedere con la didattica mista nell'anno scolastico 2020/21. Se infatti il quadro delle competenze acquisite dai ragazzi appariva già molto compromesso, la situazione ha subito un peggioramento (tab 2.7 e tab. 2.8) [Istat, rapporto bes 2021].



TAB 2.7 Competenze alfabetiche non adeguate (studenti delle classi III della scuola secondaria di primo grado) per ripartizione geografica - Anno scolastico 2018/19 e 2020/21 (valori percentuali) [Invalsi].



TAB 2.8 Competenze numeriche non adeguate (studenti delle classi III della scuola secondaria di primo grado) per genere, ripartizione e cittadinanza dello studente - Anno scolastico 2018/19 e 2020/21 (valori percentuali) [Invalsi].

Nel periodo tra marzo e giugno 2020, il 91,4% degli scolari e studenti tra 6 e 19 anni dichiara di aver svolto lezioni online. Rimane dunque una quota significativa di ragazzi

che ne sono rimasti fuori (8,6%), che sale al 10% nelle regioni del Nord e al 10,6% nelle Isole, segnatamente in Sicilia (11,8%), mentre è più ridotta al Centro e al Sud, dove gli studenti esclusi sono stati, rispettivamente, il 6,7% e il 6,9%. Tuttavia, in riferimento agli studenti che hanno seguito le lezioni online, il 65,8% riferisce di aver avuto qualche difficoltà, e la percentuale arriva quasi al 70% nel Nord-ovest e nel Centro, mentre è più contenuta nel Nord-est e non si discosta dalla media nel Mezzogiorno [Istat, rapporto bes 2021]. Concludiamo la trattazione del differenziale territoriale relativo ai livelli di istruzione affrontando il problema della dispersione scolastica e del fenomeno dei NEET (coloro che non lavorano e non studiano). Infatti, risulta essere ancora alta, sebbene in calo, la quota di giovani che escono prematuramente dal sistema di istruzione e formazione dopo aver conseguito soltanto il titolo di scuola secondaria di primo grado. Nel 2021, in Italia, il percorso formativo si è interrotto molto presto per il 12,7% dei giovani tra 18 e 24 anni, in calo rispetto all'anno precedente (14,2%). Lasciano la scuola più ragazzi (14,8%) che ragazze (10,5%), e la diminuzione di early leavers rispetto al 2020 è più accentuata tra i ragazzi, tra i quali la quota scende di 2 punti percentuali. Tuttavia, questo fenomeno riguarda più frequentemente quei ragazzi che provengono da contesti socioeconomici più difficili e come conseguenza non riescono ad affrontare i problemi oggettivi riscontrati nell'apprendimento. La quota di coloro che hanno abbandonato precocemente gli studi è più elevata nel Mezzogiorno: sono il 19,5% nelle Isole (stabile rispetto al 19,9% del 2020) e il 15,3% nel Sud (in calo rispetto al 17,5% del 2020). In Sicilia, Puglia, Calabria e Campania la quota è particolarmente alta tra i maschi, tra i quali supera il 18% (rispettivamente 24,8%, 19,6%, 18,6% e 18,4%). Ampliando la classe d'età di riferimento e guardando anche al mondo del lavoro un altro gruppo di giovani è fortemente in difficoltà nell'inserirsi nella vita attiva del Paese. Nel 2021, tra i giovani di 15-29 anni, il 23,1% non studia né lavora, in calo rispetto al 2020, quando avevano raggiunto il 23,7%, con un incremento di 1,6 punti percentuali rispetto all'anno precedente la pandemia. Tra le donne il 25% non fa formazione né lavora (erano il 25,8% nel 2020), mentre tra gli uomini sono il 21,2%, erano il 21,8% nel 2020; tuttavia, sia tra le donne sia tra gli uomini, il calo non compensa l'incremento di NEET osservato nel primo anno di pandemia. Le differenze regionali rimangono elevate e ricalcano la dicotomia Nord-Mezzogiorno. Concludendo, le regioni con la quota più elevata di NEET sono la Puglia (30,6%), la Calabria (33,5%), la Campania (34,1%) e la Sicilia (36,3%) [Istat, rapporto bes 2021].

Conclusioni

I dati mostrati fanno emergere come l'Italia, sembra essere costituita non solo da due sistemi profondamente diversi nella loro configurazione, nelle loro performance, nei loro *outcomes* e quindi nei loro effetti, ma addirittura da due modelli.

Da una parte il “Welfare del Nord” presenta un importante settore di servizi, cresciuto in maniera rilevante nel corso degli scorsi decenni, con una qualità nettamente più elevata rispetto ai grandi sistemi universalistici costruiti nel periodo precedente (istruzione e sanità); una modernizzazione dei servizi socioassistenziali; burocrazie pubbliche e governi locali maggiormente attrezzati ad affrontare le nuove sfide; un peso crescente dei diversi soggetti del Terzo Settore (organizzazioni di volontariato, associazionismo di promozione sociale, cooperative sociali, enti morali e fondazioni). Persistono, tuttavia, delle differenze significative rispetto ai sistemi di protezione dell'Europa centrale, quali, ad esempio un'efficace politica attiva del lavoro, politiche di conciliazione di spessore o interventi in grado di affrontare le molte problematiche poste dalla crescente rilevanza della non autosufficienza.

Dall'altra il “Welfare del Sud” è basato essenzialmente sui trasferimenti monetari, sui sussidi, su una qualità sensibilmente più povera di istruzione e sanità, soprattutto se confrontata con i valori dei paesi dell'Europa centrale e settentrionale. Presenta: scarsi servizi socioassistenziali (di tipo tradizionale); un Terzo settore dotato di minori potenzialità; una carente presenza del welfare aziendale e categoriale; “rendimenti” delle burocrazie pubbliche e dei governi locali decisamente inadeguati ad affrontare i nuovi profili di rischio sociale, e soprattutto, caratterizzati da una forte pervasione clientelare e mafiosa, associata (in parte) ai processi di decentramento.

Le crisi che hanno caratterizzato gli ultimi anni, in modo particolare l'emergenza causata dalla pandemia di COVID-19, hanno richiamato l'assunzione di un ruolo ancora più determinante dell'Unione Europea, trovatisi a gestire una crisi che ha rafforzato la tendenza alla ricentralizzazione nazionale delle scelte e delle decisioni politiche che era, tuttavia, evidente già negli anni precedenti per effetto della crisi dell'eurozona, soprattutto in quei paesi (Italia compresa) caratterizzati dalla presenza di un imponente debito pubblico. In questo scenario il varo del Piano Next Generation da parte della Commissione europea, con l'intento di aiutare gli stati membri a riparare

i danni economici e sociali causati dall'emergenza sanitaria, è indirizzato in primis a rendere le società più preparate in riferimento alle sfide e opportunità della transizione ecologica e digitale, e in secondo luogo, a rafforzare coesione sociale e territoriale. Proprio in riferimento a quest'ultimo punto, il differenziale territoriale che caratterizza l'Italia e che abbiamo trattato nel corso di questo lavoro, può ora contare sull'ingente afflusso di fondi pubblici, attraverso Pnrr (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e fondi della programmazione pluriennale, che rappresentano una grandissima occasione di crescita, non solo riferita alle regioni meridionali, ma all'Italia nel suo complesso.

Bibliografia

- Alber, J. [1983]. *L'espansione del welfare state in Europa Occidentale: 1900-1975*, in E. Spina, *Welfare e Maternity Care: Istituzioni, professioni E territori*, il Mulino, p. 15.
- Ascoli, U. [2011]. *Il welfare in Italia*, il Mulino.
- Barbagallo, F. [2017]. *La guerra e il fascismo Rovinano il Sud - la repubblica.it*. Archivio - la Repubblica.it., disponibile sul sito: <https://ricerca.repubblica.it/repubblica/archivio/repubblica/2017/06/14/la-guerra-e-il-fascismo-rovinano-il-sudNapoli09.html>
- Bianchi, L., Miotti, D., Padovani, R., Pellegrini, G., Provenzano, G., [2011]. *150 anni di crescita, 150 di divari: sviluppo, trasformazioni, politiche*, in “Rivista economica del Mezzogiorno”, p. 71, disponibile sul sito: <https://www.rivisteweb.it/doi/10.1432/36155>.
- Daniele, V., & Malanima, P. [2011]. *Il Divario Nord-Sud in Italia, 1861-2011*, Rubbettino.
- Esping-Andersen, G. [1990]. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity.
- Ferrera, M. [1996]. *La partitocrazia della salute*, in Cotta e Isernia.
- Ferrera, M. e Maino, F. [2006]. *Le politiche sociali: L'italia in prospettiva comparata*, il Mulino, p. 130.
- Ferrera, M. [2019]. *Le Politiche Sociali*, il Mulino.
- Ferrera, M., Fargion, V., & Jessoula, M. [2012]. *Alle Radici del welfare all'Italiana: Origini e Futuro di Un Modello Sociale squilibrato*, Marsilio, p. 331.
- Formez. [2007]. *I Sistemi di governance dei Servizi Sanitari Regionali*, Quaderni Formez, p. 18, in E. Spina, *Welfare e Maternity Care: Istituzioni, professioni E territori*, il Mulino, p. 61.
- Lepore, A., & Padovani, R. [2013]. *La Cassa per il mezzogiorno e la Banca Mondiale: Un modello per Lo Sviluppo Economico italiano*, Rubbettino.
- Minesso, M. [2007]. *Stato e Infanzia nell'italia Contemporanea: Origini, sviluppo e fine dell'onmi, 1925-1975*, il Mulino, in M. Ferrera, *Le Politiche Sociali*, il Mulino, p. 278.
- Spina, E. [2022]. *Welfare e Maternity Care: Istituzioni, professioni E territori*, il Mulino.
- Taroni, F. [2011]. *Politiche Sanitarie in Italia. Il Futuro del SSN in una prospettiva storica*, il pen-siero scientifico, in E. Spina, *Welfare e Maternity Care: Istituzioni, professioni E territori*, il Mulino, p. 45.
- Titmuss, R. [1974]. *Social Policy, An Introduction*, Allen & Unwin.

Tupputi, R. [2016]. *Mezzogiorno e politiche di sviluppo territoriale dalla fine dell'intervento straordinario al 2012*, in "Itinerari di Ricerca Storica", p. 102.

Vesan, P. [2009]. *Breve storia delle politiche del lavoro in Italia*, in M. Ferrera, *Le Politiche Sociali*, il Mulino, p. 160.

Vicarelli, G. [2010]. *Gli eredi di Esculapio: Medici e Politiche Sanitarie Nell'Italia unita*. Carocci, in E. Spina, *Welfare e Maternity Care: Istituzioni, professioni E territori*, il Mulino, p. 46.

Pagine web istituzionali:

Inps

Istat

Ringrazio la mia relatrice Spina Elena, per il suo prezioso contributo nella
redazione di questo elaborato.

Ringrazio di cuore i miei genitori e mio fratello,
per avermi sempre sostenuto
e accompagnato durante il percorso universitario.

Un ringraziamento speciale va a Kris, senza la quale non avrei mai
raggiunto questo traguardo.

Ringrazio i miei colleghi Cristian ed Enrico, per avermi consentito di
mettere in pratica le conoscenze teoriche.

Grazie infinite a tutti voi!