

Capitolo **3** | I principali settori d'intervento pubblico

Sommario | 1. La sanità. - 2. L'istruzione. - 3. Il sistema pensionistico.

1. La sanità

I sistemi sanitari della maggioranza dei Paesi industrializzati sono da anni coinvolti in un processo di profondo cambiamento. Essi si trovano ad affrontare un problema comune: la ricerca di un corretto equilibrio tra le risorse disponibili ed il crescente bisogno di prestazioni sanitarie da parte della popolazione. Si avverte sempre di più la necessità di strutturare modelli assistenziali omogenei, in modo da rendere possibili processi di verifica e di confronto dei risultati.

Il radicale cambiamento avvenuto negli ultimi anni ha focalizzato l'attenzione su aspetti determinanti in un contesto ormai dominato dalla concorrenza e dalla globalizzazione: l'economicità, la qualità delle prestazioni erogate e l'efficiente allocazione delle risorse. Nei servizi sanitari di diversi Stati (Svezia, Francia, Germania) vengono adottate misure volte a sperimentare nuove modalità di finanziamento, di produzione, organizzazione e marketing. Si assiste alla progressiva introduzione di meccanismi che ampliano le scelte dei cittadini in merito alla forma di copertura assicurativa e alla struttura di erogazione. Queste tendenze hanno accentuato il grado di competizione tra le varie istituzioni coinvolte. Inoltre, per rispondere all'esigenza di razionalizzazione nell'uso delle risorse economiche, si fa sempre più spesso ricorso alle esperienze in campo economico-aziendale.

? *Quali sono i motivi dell'intervento pubblico nel finanziamento della spesa sanitaria?*

Le principali motivazioni alla base dell'intervento pubblico nel finanziamento della sanità sono l'**inefficienza del mercato privato** (causata dalla concorrenza imperfetta tra i produttori, dall'esistenza di asimmetrie informative tra i consumatori e dalle esternalità) e l'**ineguaglianza** (consistente nella mancanza di fornitura a chi sia privo di copertura assicurativa o a chi sia troppo povero per poter acquistare determinati servizi). Ad ogni cittadino bisogna garantire il diritto ad un livello minimo di assistenza sanitaria. Poiché le spese mediche riducono la capacità contributiva di un individuo, esse sono detraibili dall'imposta personale sul reddito. Poiché i servizi sanitari sono diversi dagli altri beni di consumo, anche il mercato sanitario funziona in modo molto diverso rispetto ai mercati concorrenziali, dove i produttori sono spinti dalla motivazione del profitto.

A) I sistemi sanitari dei Paesi industrializzati

Nei Paesi industrializzati si possono distinguere tre tipologie di sistemi sanitari:

- 1) Il **Servizio Sanitario Nazionale**, basato sull'erogazione di una vasta gamma di servizi sanitari in forma gratuita o semigratuita. È composto da enti ed organi di diverso livello istituzionale, finalizzati alla tutela della salute pubblica. Sia il governo centrale che quelli locali sono responsabili del finanziamento e del coordinamento delle diverse strutture. I servizi sono forniti da ospedali pubblici, singoli medici e centri sanitari finanziati dallo Stato. Accanto al sistema a finanziamento pubblico esiste un sistema privato, di cui i cittadini possono usufruire a pagamento. Questo sistema è adottato in Italia e nel Regno Unito.
- 2) Il sistema di **assicurazione sociale**, in cui lo Stato finanzia buona parte della spesa e fornisce direttamente alcuni servizi. Tutti i lavoratori, con i rispettivi familiari, hanno il diritto di accedere ad una serie di fondi di assicurazione sanitaria finanziati dallo Stato. La restante parte della popolazione, però, non gode di copertura assicurativa. I prezzi dei servizi sono stabiliti in base ad accordi tra governo, fondi assicurativi e associazioni mediche. Questo sistema è adottato in Francia e Germania.
- 3) Il sistema di **assicurazione privata**, diffuso negli Stati Uniti, è caratterizzato da un'organizzazione sanitaria molto simile a quella del sistema di assicurazione sociale. I servizi, infatti, sono forniti sia da strutture pubbliche che private e i prezzi sono regolati in base ad accordi tra Governo, associazioni mediche e compagnie assicurative. La differenza risiede nel finanziamento della spesa, che è a carico di compagnie private di assicurazione.

Il sistema sanitario italiano: cenni storici

Nel 1978 è stato istituito in Italia il **Servizio Sanitario Nazionale (SSN)**, per sostituire il precedente modello mutualistico a rimborso ed estendere a tutti i cittadini l'assistenza sanitaria, indipendentemente dal livello di reddito e dalla situazione occupazionale. Il SSN garantiva prestazioni gratuite agli utenti, in quanto era finanziato attraverso l'imposizione tributaria generale. Col passare del tempo, però, sono stati introdotti i cosiddetti «*ticket*», finalizzati a responsabilizzare i cittadini nella domanda di visite e farmaci.

L'organizzazione del servizio avveniva a diversi livelli: il governo centrale stabiliva l'ammontare del finanziamento destinato alla sanità (*Fondo Sanitario Nazionale*, FSN) e lo ripartiva tra le Regioni. Queste ultime decidevano il tipo di servizi da erogare sul proprio territorio e le USL (*Unità Sanitarie Locali*) gestivano le risorse tramite le proprie strutture. Se da un lato il suddetto sistema ha permesso di estendere l'assistenza sanitaria all'intera popolazione, dall'altro ha generato una serie di problemi relativi alla gestione delle risorse e alle procedure di finanziamento. Le maggiori distorsioni consistevano nella mancanza di incentivi economici che garantissero un rapporto esclusivo del personale sanitario col settore pubblico e in un criterio di finanziamento che si basava non sulle prestazioni erogate, ma sull'entità dei costi sostenuti. Inoltre, le Regioni, non avendo la responsabilità finanziaria delle proprie spese, ricorrevano spesso all'indebitamento, con la consapevolezza che prima o poi tali debiti sarebbero stati saldati da parte del governo centrale.

A partire dal 1992, è stato avviato un ampio processo di riforma del sistema sanitario, allo scopo di contenere la spesa pubblica e di superare le problematiche che si erano venute a creare.

B) La riforma del sistema sanitario italiano

Con la riforma del sistema sanitario del 1992, si è notevolmente accresciuta l'autonomia delle Regioni che hanno elaborato un proprio modello organizzativo di offerta dei servizi sanitari. In pratica, ogni Regione può optare tra un modello in cui hanno un ruolo centrale le strutture pubbliche e un modello in cui è possibile rivolgersi sia a strutture pubbliche che private. Tuttavia, lo Stato continua ad intervenire non solo nel finanziamento dei servizi sanitari, ma anche nella definizione dei cosiddetti *Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)*. Questi ultimi comprendono prestazioni e servizi la cui erogazione viene garantita dalle Regioni sulla base delle specifiche esigenze territoriali. Sono formati da quattro liste:

- la prima indica quali sono i servizi assicurati dal SSN (senza oneri a carico dell'utente o, in taluni casi, dietro pagamento di una quota limitata);
- la seconda indica i servizi non inclusi nei LEA
- la terza contiene i servizi parzialmente esclusi dai LEA, cioè quelle prestazioni che ogni Regione può decidere di erogare o meno utilizzando le proprie risorse;
- infine, la quarta elenca tutti i casi che non è opportuno trattare in regime di ricovero ordinario o day hospital, perché potrebbero essere trattati in un diverso contesto assistenziale.

I LEA hanno lo scopo di tenere sotto controllo la spesa pubblica e di garantire il rispetto dell'equità a livello territoriale. Essi stabiliscono uno standard nazionale di riferimento nell'erogazione dei servizi sanitari, indipendentemente dalla regione di appartenenza. Le Regioni organizzano il servizio sanitario avvalendosi delle aziende **USL (Unità Sanitarie Locali)**, che provvedono non solo alla fornitura diretta dei servizi diagnostici ed ospedalieri, ma anche all'acquisto degli stessi. Allo scopo di certificare il rispetto di determinati standard qualitativi, tutte le strutture (pubbliche e private) devono sottostare ad una procedura di accreditamento gestita dalle Regioni.

Recenti riforme hanno riorganizzato le aziende USL come delle vere e proprie aziende, per poterne valutare sia l'adozione dei criteri di economicità nel gestire le risorse sia il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Le aziende USL sono enti dotati di personalità giuridica pubblica, ma per certi aspetti possono essere assimilate ad imprese private, in quanto godono di autonomia organizzativa, patrimoniale e gestionale. Sono obbligate a mantenere il bilancio in pareggio e possono utilizzare gli utili per investimenti ed incentivazioni al personale. Infine, i direttori generale, sanitario ed amministrativo sono assunti con contratti di diritto privato a tempo determinato.

C) Fonti di finanziamento del SSN

Grazie alla riforma del '92, le fonti di finanziamento del SSN sono state reperite mediante la ripartizione dei costi tra le Regioni italiane. Inoltre, l'introduzione dell'IRAP (imposta sul reddito delle attività produttive) è servita a devolvere l'intero gettito al sistema sanitario.

Tra il 1998 ed il 2000 la spesa sanitaria è stata finanziata con i tributi regionali (IRAP e addizionale regionale all'IRPEF) e con le entrate del Fondo Sanitario Nazionale. Il decreto legislativo 56/2000, nell'ottica di una graduale riduzione dei trasferimenti erariali alle Regioni relativi al finanziamento della spesa sanitaria, ha abolito il FSN, sostituendolo con un aumento dell'addizionale all'Irpef e con una compartecipazione al gettito dell'IVA e all'accisa sulle benzine. In questo modo si favorisce il decentramento fiscale, sia dal lato della spesa che dal lato delle entrate e si rende più trasparente il meccanismo di ripartizione. Compete allo Stato, tuttavia, il finanziamento di alcune attività indicate dalla legge quali, ad esempio, la formazione dei medici specialisti, gli investimenti in materia ospedaliera, l'assistenza sanitaria in favore degli immigrati etc. Naturalmente lo Stato svolge funzioni di controllo sull'assistenza sanitaria garantita a livello regionale: già oggi le Regioni più efficienti possono fornire prestazioni addizionali ai propri cittadini, ricorrendo all'autonomia tributaria. A partire dal 2002 le Regioni hanno messo in atto manovre di copertura dei disavanzi avvalendosi di tributi propri, operando aumenti sull'addizionale regionale all'IRPEF ed incrementi dell'IRAP per determinati settori di attività economica. Tuttavia, il puntuale riproporsi di situazioni di disavanzo della spesa sanitaria ha reso necessaria l'introduzione di nuove forme di concertazione fra Stato e Regioni che si sono tradotte nel **Patto nazionale per la salute**, siglato per la prima volta nel settembre 2006; il *nuovo* Patto per la salute, sottoscritto il 3 dicembre 2009, introduce delle modifiche alla disciplina dei piani di rientro dai disavanzi, prevedendo un maggiore coinvolgimento e, dunque, una maggiore responsabilizzazione delle istituzioni regionali nel percorso di risanamento ed inasprendo le misure che le Regioni in disavanzo devono obbligatoriamente adottare.

D) Le assicurazioni sanitarie

Esistono sistemi sanitari basati esclusivamente sulle assicurazioni private, come quello vigente negli Stati Uniti. Tuttavia, la copertura assicurativa può indurre ad un eccesso di spesa sanitaria, causando il problema dell'*azzardo morale*: quando si è assicurati, si è meno incentivati a mantenersi in salute e a tenere sotto controllo le spese mediche. Si verifica il seguente *trade-off*: maggiore è la copertura assicurativa, minore è il rischio che l'individuo deve sopportare, ma minori sono anche gli incentivi ad avere un comportamento prudente e di conseguenza aumentano i costi totali. Ad esempio, negli Stati Uniti l'eccessiva estensione delle assicurazioni ha provocato un'intensa crescita della spesa sanitaria. Per risolvere il problema dell'azzardo morale, talvolta vengono inserite nelle polizze clausole di compartecipazione, in base alle quali l'assicurato deve sopportare una quota dei costi.

Un'altra distorsione deriva dal fatto che le compagnie di assicurazione tendono a privilegiare coloro che provengono dai gruppi sociali meno a rischio. In questo modo, vengono svantaggiate determinate categorie di persone, quali gli anziani e gli indigenti, che risultano esclusi dalla copertura assicurativa.

2. L'istruzione

Uno dei temi di interesse pubblico più dibattuti negli ultimi decenni è quello dell'istruzione, in quanto riveste un'importanza cruciale per lo sviluppo economico di un paese. Basti pensare che negli ultimi trent'anni la crescita del PIL è stata maggiore negli Stati che registrano un tasso di scolarità più elevato: anche in Italia, allo sviluppo industriale iniziato nel Secondo Dopoguerra si è accompagnato un aumento del tasso di istruzione della popolazione.

Ad ogni modo, è da tempo diffuso un malcontento generale sul funzionamento del sistema scolastico nel nostro Paese e sulla qualità dei servizi offerti. Confrontando la situazione italiana con quella degli altri Stati europei, si evidenzia un livello medio di istruzione inferiore rispetto agli standard comuni.

Inoltre, il sistema scolastico italiano è caratterizzato da elevati tassi di abbandono, che raggiungono le punte massime nell'ambito dell'istruzione universitaria.

La Costituzione italiana sancisce il ruolo primario dello Stato nel sistema dell'istruzione: infatti, il settore pubblico finanzia quasi completamente la scuola primaria, secondaria e l'università.

Recentemente molti Paesi hanno riformato i propri sistemi educativi, soprattutto allo scopo di renderli più omogenei nell'ambito dell'Unione Europea. Anche in Italia è stato avviato un processo di riforma, che ha riguardato non solo l'aspetto didattico, ma anche quello amministrativo.

Fino al 1997, anno in cui è stata varata la L. 59/1997, il sistema scolastico italiano era fortemente centralizzato in merito all'organizzazione del servizio stesso. Con la riforma della scuola iniziata appunto con la L. 59/1997 sono stati attribuiti alle istituzioni scolastiche i fondi destinati alla didattica e all'amministrazione e la facoltà di gestire il personale; in più le scuole possono organizzare i propri piani di studio sulla base di standard nazionali e fornire servizi aggiuntivi. Successivamente, è stata varata la **riforma Moratti** (legge n. 53 del 2003) che ha apportato radicali cambiamenti al sistema scolastico italiano. Essa ha accresciuto l'autonomia delle singole istituzioni scolastiche, introducendo il principio di «**sussidiarietà**» e di «**decentramento**», con assegnazione alle Regioni di competenze esclusive o concorrenti in materia di istruzione e formazione.

Il sistema di istruzione scolastica si articola in due cicli. Il *primo ciclo* comprende:

- scuola dell'infanzia, di durata triennale, non obbligatoria;
- scuola primaria, di durata quinquennale, obbligatoria;
- scuola secondaria di primo grado, della durata di tre anni, obbligatoria.

Il *secondo ciclo* si articola in due tipi di offerte formative:

- il sistema dei licei, di durata quinquennale;
- il sistema dell'istruzione e formazione professionale, di competenza esclusiva delle Regioni, finalizzato alla preparazione di quadri di alta competenza tecnica e professionale.

Nella scuola primaria è stata ripristinata la figura del docente unico ed è stato abolito l'esame di quinta elementare.

In materia è poi intervenuta la cd. **riforma Gelmini**, espressione con la quale si fa riferimento ad un insieme di provvedimenti che hanno, fra l'altro, riformato in modo sostanziale l'assetto della scuola secondaria superiore (i licei diventano sei, con undici indirizzi, mentre gli istituti tecnici sono di due tipi, tecnico-economico e tecnologico, così come sono di due tipi gli istituti professionali, professionale servizi e professionale industria-artigianato), rafforzando in particolar modo l'area tecnico-scientifica e attribuendo alle scuole un grado di autonomia maggiore nel programmare i piani di studio.

3. Il sistema pensionistico

Il **sistema pensionistico** è un meccanismo *redistributivo* che attua il trasferimento di risorse prodotte dalla popolazione attiva a favore di:

- coloro che hanno cessato l'attività lavorativa per limiti di età (**pensioni di vecchiaia**);
- coloro che hanno deciso di ritirarsi dal mondo del lavoro prima dell'età standard prevista dalla legge, ma che hanno comunque raggiunto un certo numero di anni di *contribuzione* (**pensioni di anzianità**);
- coloro che non sono più in grado di partecipare al processo produttivo per una sopravvenuta incapacità lavorativa (**pensioni di invalidità**);
- coloro che, anche se non hanno svolto un'attività lavorativa, sono legati da vincoli familiari a lavoratori ormai deceduti (**pensioni ai superstiti**);
- coloro che sono privi di mezzi di sostentamento, indipendentemente dal fatto di avere svolto un lavoro o meno (**pensioni e assegni sociali**).

Le *prestazioni di natura previdenziale* sono finanziate essenzialmente dai **contributi obbligatori** a carico dei soggetti tenuti per legge alle assicurazioni sociali (datori di lavoro, committenti, lavoratori autonomi etc.) e, talvolta, anche dei lavoratori.

Anche se sono comprese formalmente nella spesa previdenziale, le *prestazioni di natura assistenziale* sono a carico dello Stato tramite un'apposita gestione dell'INPS per «gli interventi assistenziali e di sostegno alle gestioni previdenziali» (GIAS). Inoltre, l'INPS eroga, mediante la «gestione delle prestazioni temporanee» (GPT), anche *prestazioni temporanee a sostegno del reddito* (disoccupazione, cassa integrazione, maternità, malattia, a sostegno della famiglia), finanziate in parte dalla contribuzione obbligatoria ed in parte dalla fiscalità generale, integrate da *trasferimenti statali*.

In campo previdenziale, in caso di previsto **squilibrio** tra le entrate, rappresentate dai contributi che affluiscono agli enti gestori delle assicurazioni sociali obbligatorie, e la spesa pensionistica, lo Stato può intervenire facendo ricorso all'*imposizione tributaria generale*.

A) Sistemi pensionistici a capitalizzazione e a ripartizione

Le entrate degli istituti previdenziali pubblici sono i contributi versati dai lavoratori e datori di lavoro, che sono impiegati in modo diverso a seconda che il sistema di finanziamento sia a ripartizione o a capitalizzazione.

Nel sistema a **ripartizione**, il gettito contributivo riscosso in ogni periodo è destinato al finanziamento delle prestazioni erogate *nello stesso periodo*. Questo significa che le generazioni *attive* pagano le pensioni ai cittadini che hanno cessato di lavorare. In tale sistema, non c'è alcuna necessità di accumulare riserve per far fronte al pagamento delle pensioni.

Nel sistema a **capitalizzazione**, i contributi versati dai lavoratori sono investiti sul mercato dei capitali e nel periodo di pensionamento la pensione percepita sarà pari ai contributi versati, aumentati del tasso di rendimento ottenuto dal loro impiego. Il criterio adottato è analogo a quello utilizzato nelle assicurazioni private. In questo sistema si accumulano *riserve* per il periodo che intercorre tra il versamento dei contributi ed il pagamento della pensione.

B) Sistemi retributivi e contributivi

I sistemi pensionistici si possono classificare anche in base al *sistema di calcolo utilizzato per definire l'ammontare della pensione*.

Un sistema si definisce retributivo se la misura della pensione viene determinata facendo riferimento alla retribuzione del lavoratore, nell'ammontare spettante alla fine del periodo di lavoro o come media di un determinato arco temporale o dell'intera vita lavorativa. Normalmente, in questo sistema i salari sono indicizzati, per tener conto delle variazioni dei prezzi che intercorrono tra il periodo dell'attività lavorativa e quello della pensione. L'idea alla base del sistema retributivo è che lo Stato assicuri al pensionato il mantenimento di uno standard di consumi simile a quello tenuto durante il periodo lavorativo.

Un sistema è di tipo contributivo se la misura della pensione è calcolata in riferimento all'ammontare dei **contributi versati durante la vita lavorativa**: in questo caso, i singoli individui sono vincolati ad una forma di risparmio forzoso, durante il periodo in cui lavorano. La remunerazione di tale risparmio, però, non è determinata dal tasso d'interesse di mercato, ma è stabilita dalla legge *a priori*.

In Italia, originariamente, il sistema previdenziale era a capitalizzazione. Inoltre, fino a non molto tempo fa, il sistema di calcolo adottato era di tipo retributivo e presentava, oltre che un elevato livello di debito, anche marcate differenze di trattamento tra categorie di lavoratori e tra settori economici.

Attualmente le principali forme di assicurazione sociale sono gestite in regime di *ripartizione*, mentre la capitalizzazione sopravvive in alcuni fondi pensionistici minori. Inoltre, per le pensioni di invalidità, vecchiaia e superstiti, dal 1995, si è passati al *sistema di calcolo contributivo*, con un necessario periodo di coesistenza con il precedente sistema retributivo.

L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, invece, è gestita con un sistema finanziario intermedio, che si definisce di copertura dei capitali.

C) Evoluzione del sistema pensionistico in Italia

Con il sistema di finanziamento a ripartizione si realizza la cd. *solidarietà generazionale* poiché, in linea di principio, in ogni esercizio i contributi versati dalla popolazione attiva (i lavoratori) *compensano* il costo delle prestazioni erogate alla popolazione passiva (i pensionati). Tuttavia, una serie di fattori, tra cui, principalmente l'invecchiamento della popolazione e il cambiamento del rapporto tra lavoratori attivi e pensionati, minaccia la conservazione nel tempo dell'equilibrio (entrate-uscite) su cui si basa tale sistema di finanziamento previdenziale. Da ciò la necessità della *revisione* di alcuni aspetti del sistema previdenziale, che hanno caratterizzato gli interventi legislativi di riforma succedutisi nel tempo, in un processo di continuo *aggiustamento* finalizzato ad accrescerne la *stabilità finanziaria* e, al contempo, a preservarne l'*equità*.

Con la **riforma Dini (L. 335/1995)** si è passati dal *sistema a ripartizione retributivo a quello contributivo*, per cui l'importo della pensione, per tutte le future generazioni di pensionati (cioè i neoassunti dopo il 1996), è determinato in base ai contributi versati in tutta la vita lavorativa.

Con la **riforma Maroni (L. 243/2004)** è stata fissata l'età pensionabile in *60 anni* per le donne e *65 anni* per gli uomini (il cd. *scalone*). Il brusco innalzamento dell'età pensionabile è stato poi, in parte, *ridimensionato* dalla successiva riforma, predisposta in accordo con le parti sociali, in attuazione del cd. **Protocollo welfare (L. 247/2007)**: viene così introdotto, dall'1-7-2009, un meccanismo (il cd. *sistema delle quote*) per accedere alla pensione con età inferiori a quella ordinaria, in presenza di una contribuzione minima di 35 anni.

Le riforme attuate con le **manovre del 2010 e del 2011** (D.L. 78/2010 conv. in L. 122/2010, D.L. 98/2011 conv. in L. 111/2011 e D.L. 138/2011 conv. in L. 148/2011), influenzate dalla persistente crisi economica nazionale, in una congiuntura mondiale avversa, tendono sia a mantenere un *rapporto equilibrato tra spesa previdenziale e PIL*, sia ad *allungare sempre più il periodo di vita attiva* (ritardando l'accesso al pensionamento). I principali elementi di novità introdotti riguardano:

- l'età pensionabile delle *lavoratrici*, che è progressivamente *equiparata* a quella degli uomini, pari a *65 anni* (per le dipendenti del settore pubblico l'equiparazione è fissata al 2012, per le dipendenti del settore privato l'equiparazione è graduale e si completerà nel 2026);
- la determinazione, per i lavoratori di entrambi i sessi, dell'età per l'accesso alla pensione, che, a far data dall'1-1-2013, è ancorata ad un parametro statistico dinamico, rappresentato dalla *speranza di vita* (con cadenza triennale, l'incremento della speranza di vita, accertato dall'ISTAT, produce un aumento dell'età pensionabile). Per effetto della **legge di stabilità 2012** (L. 12-11-2011, n. 183) da tale data l'*età minima di accesso* sarà, comunque, quella di *67 anni* per tutti i lavoratori, incluse le lavoratrici del settore privato.

Peraltro, anche prima del 2026, il meccanismo delle cd. *finestre di uscita* fa sì che si verifichi un rallentamento nella dinamica di pagamento delle pensioni: l'accesso alla pensione avviene a determinate *decorrenze* stabilite dalla legge con l'effetto di una rilevante *posticipazione* dell'effettiva erogazione del trattamento al pensionato rispetto alla data di maturazione dei requisiti (un'attesa di 12 mesi per i lavoratori dipendenti e di 18 mesi per i lavoratori autonomi, con ulteriore dilazione in caso di pensionamento con la massima anzianità contributiva di 40 anni).

D) Previdenza integrativa

La previdenza complementare o integrativa è stata introdotta nel nostro ordinamento con il **D.Lgs. n. 124 del 1993**, che ha compiutamente disciplinato i **fondi pensione privatistici**, cioè *forme di previdenza per l'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema obbligatorio pubblico, aventi lo scopo di assicurare più elevati livelli di copertura previdenziale*.

La previdenza complementare costituisce il cd. **secondo pilastro** del nostro sistema previdenziale, che si *affianca al sistema pensionistico pubblico*. Esse hanno lo **scopo di garantire alle future generazioni livelli più elevati delle pensioni**: la cd. pensione complementare *non* si sostituisce a quella pubblica erogata dal *sistema assicurativo-mutualistico*, bensì la *integra*, tenendo conto che le future pensioni di vecchiaia — liquidate nel sistema di calcolo contributivo — saranno di importo più ridotto rispetto a quelle di cui hanno beneficiato le precedenti classi generazionali di lavoratori.

Le forme pensionistiche complementari sono attuate mediante la costituzione di appositi fondi o di patrimoni separati e vengono finanziati attraverso contributi versati dagli stessi lavoratori. Proprio su questo aspetto hanno insistito le successive riforme della previdenza complementare, attuate prima con la **L. n. 335 del 1995**, con la **L. n. 243 del 2004** e, da ultimo, con il **D.Lgs. n. 252 del 2005** che ha consacrato la regola del finanziamento della previdenza complementare mediante **conferimento integrale del trattamento di fine rapporto (TFR)** dei lavoratori. Tale modalità è, dal 1°-1-2007, *obbligatoria* ed è stata incentivata mediante il *meccanismo del silenzio-assenso* in base al quale tutti i lavoratori devono manifestare la propria scelta sulla destinazione del TFR e sull'adesione ad una forma pensionistica complementare.

E) Trattamento di disoccupazione e integrazioni salariali

L'art. 38 della Costituzione sancisce il diritto dei lavoratori a mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di «**disoccupazione involontaria**».

A tale proposito il nostro ordinamento prevede l'**assicurazione generale obbligatoria contro la disoccupazione involontaria** istituita con R.D.L. 19-10-1919, n. 2214. Soggetto assicuratore è l'INPS; soggetto assicurante è il datore di lavoro; soggetti assicurati sono tutti i lavoratori subordinati in età da lavoro.

Oggetto dell'assicurazione è il «rischio della mancanza di guadagno» derivante da uno stato di disoccupazione involontaria non è però tutelata la generica mancanza di

lavoro *ma* solo lo stato di bisogno che viene a crearsi a seguito della *cessazione di un precedente rapporto di lavoro, compreso il caso di dimissioni del lavoratore per giusta causa*.

Le prestazioni erogate sono di natura esclusivamente economica e consistono principalmente nell'*indennità ordinaria di disoccupazione* con requisiti *normali* o *ridotti* (cd. indennità di disoccupazione ai precari) e in diversi trattamenti speciali.

Per quanto concerne le **integrazioni salariali** esse, invece, a differenza dell'assicurazione contro la disoccupazione, non tutelano il singolo lavoratore, bensì l'insieme dei lavoratori appartenenti ad un'impresa.

Consente perciò alle imprese in crisi di evitare i licenziamenti, in attesa di poter riprendere l'attività.

La gestione del sistema è affidata all'INPS che vi provvede attraverso l'apposita «Gestione prestazioni temporanee ai lavoratori dipendenti».

Gli interventi di integrazione salariale possono essere:

- **ordinari**: allorché la contrazione o sospensione dell'attività produttiva dipenda da situazioni aziendali, siano esse dovute ad eventi transitori e non imputabili all'imprenditore o agli operai ovvero siano determinate da situazioni temporanee di mercato, la Gestione assicura ai dipendenti una *indennità pari all'80% della retribuzione* globale che ad essi sarebbe spettata per le ore di lavoro non prestate, comprese fra le ore o il limite dell'orario contrattuale, ma comunque non oltre le 40 ore settimanali;
- **straordinari**: in caso di *sospensione o riduzione di attività* motivate da *ristrutturazione, riorganizzazione o conversione aziendale, crisi aziendale* di particolare rilevanza sociale o *procedure concorsuali*.

Il trattamento economico erogato ai lavoratori è lo stesso previsto per l'intervento ordinario.

L'aggravarsi della fase di crisi economica, a partire dal 2008 e i primi mesi del 2009, ha indotto il Governo a varare un pacchetto di importanti misure per contrastarne la ricaduta sul piano occupazionale. Si è così provveduto al **potenziamento degli ammortizzatori sociali** in caso di *sospensione dal lavoro* o di *disoccupazione*. Oltre all'aumento della durata dei trattamenti di disoccupazione, sono stati previsti *interventi in deroga* ed introdotte specifiche indennità per cercare di garantire forme di sostegno del reddito anche alle categorie di lavoratori che, in base ai criteri ordinari, non ne avrebbero avuto diritto (ad es. gli *apprendisti* e i *lavoratori a progetto*).

F) Tutela contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali

L'assicurazione contro tali infortuni è gestita dall'**INAIL** (*Istituto nazionale per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni*) ed è disciplinata dal Testo Unico emanato con **D.P.R. 1124/65** e dal D.Lgs. 23-2-2000, n. 38, che ha completamente *riformato* la materia (in particolare l'assicurazione è stata estesa a nuove categorie di lavoratori quali i dirigenti, gli sportivi professionisti, i parasubordinati soggetti a rischi specifici etc.). L'assicurazione è obbligatoria in presenza delle condizioni *soggettive* e *oggettive* stabilite dalla legge (artt. 1 e 4 D.P.R. 1124/1965): in particolare le condizioni lavorative devono determinare una *maggiore esposizione al rischio di infortunio o di contrarre una malattia professionale*.

I contributi sono a carico esclusivo dei datori di lavoro, in misura variabile a seconda del rischio connesso al particolare tipo di lavorazione. Tra le prestazioni dell'assicurazione vi è l'indennità giornaliera per l'inabilità temporanea e la rendita ai superstiti in caso di morte dell'assicurato.

G) L'assegno per il nucleo familiare

È una integrazione della retribuzione prevista a favore dei lavoratori con carichi familiari. Il sistema di corresponsione dei trattamenti di famiglia in favore dei lavoratori, già disciplinato con D.P.R. 797/55, è stato profondamente innovato dal D.L. 69/88 (conv. con L. 153/88) essendosi sostituito, con decorrenza dall'1-1-1988, per la quasi totalità dei lavoratori, l'*assegno familiare in misura fissa* per ogni persona a carico con l'*assegno unico per nucleo familiare*, erogato in misura differenziata in rapporto al numero dei componenti e al reddito del nucleo familiare stesso.

L'assegno è corrisposto dall'*INPS* che vi provvede attraverso la *Gestione prestazioni temporanee ai lavoratori dipendenti*.

Questionario

1. Quante tipologie di **sistemi sanitari** si possono distinguere?
(par. 1, lett. A)
2. Come è detto il sistema nel quale lo Stato **finanzia buona parte della spesa**?
(par. 1, lett. A)
3. Quando è stato istituito il **Servizio Sanitario Nazionale**?
(par. 1)
4. Quali sono gli scopi dei **LEA**?
(par. 1, lett. B)
5. Quali sono le funzioni delle aziende **USL**?
(par. 1, lett. B)
6. Quali sono le **fonti di finanziamento** del SSN?
(par. 1, lett. C)
7. Quali sono i **motivi dell'intervento pubblico** nel finanziamento della spesa sanitaria?
(par. 1, lett. D)
8. Cosa si intende per **inefficienza del mercato privato**?
(par. 1, lett. D)

9. È possibile erogare **finanziamenti pubblici diretti** a scuole private?
(par. 2, lett. B)
10. Come funzionano le **agevolazioni fiscali** per le spese d'istruzione?
(par. 2, lett. B)
11. In cosa consiste il **decentramento scolastico**?
(par. 2, lett. B)
12. Quando è possibile accedere alla **pensione di vecchiaia**?
(par. 3)
13. Quali sono le **funzioni delle pensioni**?
(par. 3)
14. Come avviene il **finanziamento delle pensioni**?
(par. 3)
15. Nel **sistema a ripartizione** c'è necessità di accumulare riserve?
(par. 3, lett. A)
16. In cosa consiste un **sistema pensionistico di tipo retributivo**?
(par. 3, lett. B)