



Incontrare le migrazioni

*Spunti per l'accoglienza
e inclusione di migranti,
richiedenti asilo e rifugiati*

a cura di
Bruno Riccio e Federica Tarabusi

Incontrare le migrazioni

**Spunti per l'accoglienza
e inclusione di migranti,
richiedenti asilo e rifugiati**

a cura di
Bruno Riccio e Federica Tarabusi



Volume pubblicato con il contributo
del Dipartimento di Scienze dell'Educazione G.M. Bertin
Università di Bologna – Alma Mater Studiorum

Volume rilasciato con licenza Open Access Gold, CC BY

Copyright © 2023

CASA EDITRICE I LIBRI DI EMIL DI ODOYA SRL

ISBN: 978-88-6680-469-7

Via C. Marx 21

06012 Città di Castello (PG)

www.ilibridiemil.it

Sommario

Introduzione <i>Bruno Riccio</i>	7
Troppo “forte” o troppo “debole”? Lo stato in Africa <i>Arrigo Pallotti</i>	11
Comunità di destino. La questione della nazione e della cittadinanza nei sistemi politici dell’Africa sub-sahariana <i>Corrado Tornimbeni</i>	27
L’accoglienza dei rifugiati in Africa Il caso ugandese <i>Luca Jourdan</i>	45
Evoluzione della presenza straniera in Italia e politiche migratorie <i>Roberto Impicciatore</i>	63
Il nuovo Patto europeo sull’immigrazione e l’asilo: verso il futuro guardando al passato <i>Marco Borraccetti</i>	77
Il diritto dell’immigrazione e il sistema di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati in Italia. Il forzato passaggio da migranti economici a rifugiati/e <i>Monia Giovannetti e Nazzarena Zorzella</i>	99
Il sistema di welfare in Italia: caratteristiche, evoluzione e limiti di fronte alla sfida dell’immigrazione <i>Maria Teresa Tagliaventi e Dario Tuorto</i>	131

Acrobati sul confine Il ruolo dell'operatore nelle pratiche di accoglienza <i>Maddalena Gretel Cammelli e Federica Tarabusi</i>	157
Migranti e non migranti: accogliere, ospitare e convivere <i>Selenia Marabello e Bruno Riccio</i>	173
Sensibili al genere? Visibilizzazione e invisibilizzazione del genere nel sistema d'asilo in Italia <i>Chiara Pilotto</i>	189
L'ospite inatteso. Il lavoro dell'accoglienza tra competenze e contraddizioni <i>Marta Salinaro e Alessandro Tolomelli</i>	215
Intercultura e cittadinanza globale nei contesti migratori attuali <i>Massimiliano Tarozzi</i>	237
Fare mediazione, oggi. Dalla prevenzione alla trasformazione creativa del conflitto <i>Giovanna Guerzoni e Paola Villano</i>	255
Operare sul campo, immaginare oltre Gli Enti del Terzo Settore come enti di tutela e di promozione di diritti e pratiche nell'asilo e nell'accoglienza <i>Giacomo Rossi</i>	283
Conversazioni A cura di Federica Tarabusi e Maddalena Gretel Cammelli <i>(dialoghi con Virginia Signorini, Elisa Mencacci, Alessandro Zanchettin, Nicola Policicchio)</i>	305
Bibliografia	343

Il sistema di welfare in Italia: caratteristiche, evoluzione e limiti di fronte alla sfida dell'immigrazione

MARIA TERESA TAGLIAVENTI E DARIO TUORTO

Breve storia delle politiche di welfare

Nel secondo Novecento il welfare state ha a lungo dominato incontrastato come una delle istituzioni simbolo delle democrazie post-belliche, in grado di garantire benessere e prosperità ad un'ampia fascia di popolazione secondo una logica capace di combinare le acquisizioni di John M. Keynes sul ruolo espansivo della spesa pubblica e di Lord Beveridge sull'importanza della protezione sociale universale.¹ Grazie alla crescita continua del Pil per almeno due decenni e all'avanzamento del processo di democratizzazione le società affluenti del secondo dopoguerra riuscirono a dispiegare le loro capacità inclusive con effetti significativi in termini di riduzione della povertà, promozione dell'istruzione di massa, mobilità sociale. In questo periodo le politiche di welfare ampliarono progressivamente il loro campo di azione sia in termini di finanziamento complessivo sia di copertura della popolazione. Per avere un'idea del cambiamento, l'incidenza della spesa sociale in percentuale sul PIL raddoppiò dal periodo precedente al Secondo conflitto mondiale agli anni Sessanta e crebbe ulteriormente nel decennio successivo. Durante il Trentennio glorioso (1945-1973) il tasso di copertura dei programmi pensionistici balzò dal 68% al 93%, mentre la protezione in campo sanitario passò dal 62% al 90% (Ranci e Pavolini 2014).

¹ Per approfondimenti si rimanda a: Beveridge (1942; 1944), Keynes (1973), Marcuzzo (2010).

Questa immagine positiva di un sistema che garantiva crescita economica e inclusione sociale ha cominciato a incrinarsi dalla metà degli anni Settanta a seguito di dinamiche internazionali (crisi petrolifera, instabilità geopolitica), ma anche delle trasformazioni intervenute nell'economia (transizione al post-fordismo, intensificazione dei processi di globalizzazione) e nella società (nuova instabilità dei corsi di vita familiari, torsione individualista nella sfera dei valori). Alla fiducia verso un progresso da conseguire attraverso l'estensione continua dei diritti sociali è subentrata quella che alcuni autori hanno definito la fase del *welfare pessimism* (Conti e Silei 2022). L'emergere di orientamenti critici nei confronti del sistema di protezione sociale sino ad allora insediato in Occidente hanno via via rafforzato nell'opinione pubblica un'accezione negativa di "stato assistenziale", produttore di debito pubblico e fiscalmente non sostenibile (O'Connor 1974; Offe 1984); un meccanismo istituzionale che alimentava rigidità dal lato dell'offerta di lavoro (Lindbeck 1995), perdita del senso di responsabilità da parte delle persone (Murray 1984), sino a determinare il fenomeno del cosiddetto *government overload*, un sovraccarico di richieste di intervento pubblico eccedente il budget e le capacità effettive dello Stato (Crozier et al 1975).

Con le vittorie elettorali dei conservatori in Gran Bretagna e dei repubblicani negli Stati Uniti, durante gli anni Ottanta prese l'avvio la stagione dei tagli alla spesa pubblica, in primis ai sistemi pensionistici e sanitari, sottoposti a interventi di contrazione e razionalizzazione (politiche sottrattive) e, solo successivamente, di riorganizzazione complessiva. Le teorie del New Public Management, in voga in questa fase nel mondo anglosassone, avevano introdotto un nuovo paradigma di gestione del settore pubblico desunto dal mondo delle grandi imprese. Secondo la metodologia del NPM il coinvolgimento del settore privato era indispensabile per consentire maggiore elasticità ed economicità nelle prestazioni richieste, una riorganizzazione delle burocrazie e dei bilanci, una più attenta misurazione delle performance e controllo dei risultati. La cultura che ne è derivata, di tipo manageriale, ha finito per promuovere un modello di cittadino che, anche nel campo delle prestazioni sociali, cominciava a rapportarsi alle istituzioni

come cliente di un mercato autoregolato basato sulla competizione, l'efficienza e la riduzione dei costi (Hood 1991).

Questa offensiva anti-welfare ha avuto inizialmente come effetto l'innescare di una gara al ribasso nella dotazione e fornitura di servizi pubblici anche se, a partire dagli anni Novanta, l'opzione dell'arretramento o smantellamento *tout court* del welfare ha perso terreno rispetto a posizioni intermedie, di sperimentazione tra liberismo (meno welfare) e dirigismo (stretto controllo e intervento da parte dello stato) (Conti e Siliei 2022; Giorgi 2022). Il sistema di protezione sociale, almeno nel contesto europeo, non è stato sostituito nella sua struttura e funzione più generale, anche perché la domanda di welfare non ha mostrato nel tempo tendenze alla diminuzione. Più che essere messo in discussione come istituzione e nella sua legittimità, il welfare del passato ha subito un profondo processo di revisione, sostenuto anche da governi socialdemocratici e riformisti. Un esempio in tal senso è l'esperienza del New Labour inglese di Tony Blair (1997-2007), durante la quale si è compiuta la transizione verso un modello di politiche del lavoro mirate a fornire aiuti temporanei e funzionali al reinserimento lavorativo a tutti i costi (secondo la logica del *make work pay*) (Cebulla 2018). Lo stesso è avvenuto nella Germania di Schroder (2002-2005) che, per rendere il paese più attrattivo a capitali esteri, aveva avviato una politica di riduzione delle tasse e di deregulation con l'introduzione di lavori flessibili come i mini-jobs. In questo scenario totalmente ridisegnato anche il rapporto tra Stato e percipienti/cittadini si è modificato: il diritto di ricevere è passato in secondo piano rispetto al dovere di contribuire e alla maggiore responsabilizzazione dell'individuo. Più che la fornitura di servizi di welfare in sé, a perdere legittimazione sono stati gli interventi di politica sociale di tipo redistributivo. La ricalibratura del welfare è stata particolarmente complessa e in molti casi incompiuta, sia perché alcune riforme strutturali di tipo sottrattivo sono continuate anche in questa fase, sia perché l'esigenza di conciliare redistribuzione/solidarietà con efficienza/competitività si è scontrata con la capacità di resistenza del welfare state consolidato (Ferrera 2019), con l'opposizione della popolazione che non accettava una contrazione dell'offerta di servizi. E le soluzioni adottate dai vari paesi non sono state

risolutive perché non sempre sono riuscite a adattare i tradizionali sistemi di welfare ai nuovi rischi sociali.

Con il passaggio di secolo è emersa una maggiore consapevolezza della problematicità di modernizzare il welfare nella società globale e dentro uno scenario di austerità permanente che, in particolare nei paesi europei dalla situazione demografica complessa, rende la sostenibilità economica delle politiche sociali assai difficile da realizzare (Pierson 2001). Nella fase di crisi iniziata con la Grande recessione del 2008 e continuata poi con la pandemia da Covid-19 i sistemi nazionali di welfare sono usciti ulteriormente indeboliti. All'interno di questa congiuntura sfavorevole, il ritorno di centralità dello Stato come soggetto in grado di gestire le emergenze, e l'aumento su scala continentale delle risorse pubbliche destinate a fronteggiare la crisi (il PNRR è un esempio), non sembrano sufficienti a delineare un'inversione di tendenza sul piano organizzativo e culturale, tale da produrre una discontinuità significativa e non emergenziale rispetto alle tendenze degli ultimi decenni (Giorgi 2022).

Il modello di welfare italiano nello scenario europeo

Per inquadrare i sistemi di welfare in Occidente un riferimento fondamentale è ancora il noto schema formulato negli anni Novanta da Esping-Andersen (1990) che, riprendendo il contributo di Titmuss (1974), aveva descritto tre regimi di *welfare capitalism* differenti per storia, cultura, economia e per le diverse interrelazioni tra Stato, mercato del lavoro e famiglia. Il modello liberale, tipico dei paesi anglosassoni, si caratterizza per una ampia presenza del mercato come agenzia di socializzazione dei rischi. In questo modello i compiti dello Stato sono ridotti al minimo e le garanzie limitate solo ai cittadini ad alto rischio, secondo una logica che tende a favorire la strutturazione di un "welfare per i poveri". Contrapposto a questo modello c'è il welfare socialdemocratico dei paesi scandinavi, in cui l'azione dello Stato è preponderante, le politiche sono prevalentemente di tipo universalistico e l'incidenza del mercato è minima, mentre una protezione dai rischi molto ampia favorisce la diffusione di interventi di tipo preventivo

rispetto a quelli meramente assistenziali. Il terzo modello, quello conservatore-corporativo prevalente nei paesi dell'Europa centro-nordoccidentale, presenta una maggiore varietà interna tra i paesi. La logica dominante è quella assicurativa collegata alla posizione sul lavoro, in base alla quale la generosità degli interventi dipende dalla diversa capacità contributiva dei singoli e dal livello delle retribuzioni. La famiglia gioca un ruolo importante e in molti campi si sostituisce all'intervento dello Stato, orientato a fornire supporti di tipo monetario al posto di servizi, soprattutto nell'ambito della cura. Secondo alcuni autori (Ferrera 1996; Ponzini e Pugliese 2008), il welfare italiano rappresenterebbe una variante del modello conservatore, o più precisamente un vero e proprio quarto regime di welfare state. Tra le caratteristiche del "modello mediterraneo" ci sarebbero: un'accentuazione delle differenze tra insiders e outsiders, con le categorie periferiche nel mercato del lavoro fortemente penalizzate ed escluse; relazioni familiari dense e strette che non ricevono dallo Stato sostegni economici proporzionali alla loro importanza nel sistema di welfare anche a causa di orientamenti culturali e ideologici (influenza della Chiesa) ostili all'intervento pubblico nell'area della cura; un'estesa ramificazione di relazioni corporative che tendono a deviare verso forme di clientelismo, alimentate anche dal basso rendimento delle istituzioni centrali e locali.

Nel caso italiano, in particolare, queste caratteristiche spiegano la persistenza di alcune aree critiche del welfare, che riguardano ad esempio la distribuzione particolarmente diseguale del reddito a svantaggio di alcune categorie (giovani, donne, non garantiti), la limitata crescita dell'occupazione femminile, l'aumento della precarietà lavorativa, la forte domanda di interventi nel campo della cura a causa dell'invecchiamento della popolazione. Se in passato la relativa stabilità occupazionale e i legami di solidarietà all'interno dei nuclei avevano reso possibile un equilibrio interno anche se distorto, nel corso del tempo i supporti di prossimità e le forme di solidarietà familiare si sono indeboliti, a fronte di una spesa pubblica per famiglia, cura e infanzia che resta comparativamente bassa (anche rispetto agli altri paesi mediterranei) e una protezione dalla povertà insufficiente tra gli adulti e i giovani (Ranci e Pavolini 2015).

Dalla fine anni Novanta si è posto poi, con forza, il tema della riorganizzazione territoriale delle politiche sociali a seguito dell'introduzione, nel 2001, del federalismo fiscale che ha impattato in modo drastico sui modelli di governance e sugli obiettivi di policy (Ferrera 2019; Ascoli 2011). Risorse e competenze, soprattutto in campo sanitario e dell'assistenza sociale, si sono spostate dallo Stato alle regioni. Si è passati a modelli di *governance* in cui prevalgono sistemi misti pubblico-privato e forme di decentramento delle responsabilità (economiche, gestionali) verso gli enti locali. Principio dominante è divenuto quello della sussidiarietà, secondo cui lo Stato deve intervenire in subordine ad altri attori più vicini a cittadini valorizzando la presenza delle organizzazioni intermedie del terzo settore e della comunità. L'introduzione del federalismo, che avrebbe dovuto garantire maggiore autonomia di spesa al livello locale, ha tuttavia contribuito ad allargare le distanze, ad accentuare il dualismo territoriale. In una fase di crisi economica e di impoverimento delle forme di solidarietà tradizionale l'indebolimento dell'azione regolativa dello Stato ha enfatizzato le differenze di partenza, ossia la dotazione originaria di risorse socioeconomiche e culturali che solo i territori più ricchi hanno saputo valorizzare (Ascoli 2011). Uno dei tratti distintivi del sistema di welfare italiano riguarda proprio la distanza, in termini di prestazioni erogate e dotazione di servizi, tra regioni ricche e regioni povere. Il divario interno in Italia non ha eguali in Europa e risulta nettamente più ampio dei divari esistenti anche negli altri paesi mediterranei (Kazepov e Barberis 2013). Per quanto riguarda il Mezzogiorno, la persistenza di un sistema clientelare, l'inefficacia delle burocrazie, l'uso strumentale dei rapporti personali da parte degli attori pubblici hanno rappresentato lo sfondo di un processo di modernizzazione incompleto (Fantozzi 2011) su cui si sono innestate le dinamiche sfavorevoli più recenti innescate dalla svolta in senso federalista del sistema di welfare. L'effetto è che, al giorno d'oggi, il vantaggio del Centro-Nord in termini di dotazione e capacità di erogazione dei servizi è netta: dalla prima infanzia, al sistema scolastico alla sanità, alla copertura dei rischi sociali per le fasce più disagiate.

L'assistenza sociale nel sistema di welfare

Tra le diverse aree di policy l'assistenza sociale presenta elementi di interesse peculiare che derivano dalla logica che ne governa il funzionamento. In senso più generale l'assistenza può essere assimilata alla carità laddove dipende da atti volontari e discrezionali, ma quando si configura come assistenza sociale (o pubblica) il discorso cambia in ragione della strutturazione normativa degli interventi che genera diritti riconosciuti e codificati in leggi. L'assistenza sociale nel moderno sistema di welfare si caratterizza per la sua capacità di rispondere a un bisogno conclamato, più che a un rischio possibile. Questa limitazione ne segna i confini: anche quando si afferma come diritto di tutti, l'assistenza continua a essere interpretata come il settore dei poveri. Gli interventi che eroga sono, innanzitutto, di tipo selettivo, rivolti per l'appunto ai bisognosi a differenza di altre politiche di welfare i cui schemi si fondano sulla sicurezza sociale (criterio della cittadinanza) o sul principio assicurativo (solo per i lavoratori e/o gli assicurati) (Madama 2010).

Il criterio della selettività, ossia l'esigenza di rispondere in modo mirato a specifici bisogni di determinate categorie di persone, rende necessaria la verifica dell'impossibilità da parte dell'utente di far fronte al bisogno con mezzi propri. Una parte prevalente di interventi assistenziali sono, infatti, trasferimenti monetari regolati da programmi che presuppongono accertamento dello stato di bisogno. Attraverso la prova dei mezzi (means-test) lo Stato (o l'ente locale) verifica che la condizione economica dell'individuo o dell'intero nucleo familiare sia inferiore a una soglia stabilita per legge. Le soglie sono variabili nelle forme e nelle caratteristiche sia da paese a paese, sia tra istituti assistenziali differenti. Il ricorso al means-test è uno dei criteri chiave che consente di distinguere tra loro le misure di welfare e stabilire se a un soggetto spetti gratuitamente una determinata prestazione o se l'accesso debba avvenire attraverso una compartecipazione alle spese sostenute.

Se da un lato la selettività consente all'attore pubblico di concentrarsi sulle persone più bisognose e di tenere sotto controllo i costi, gli interventi ispirati dalla logica dell'assistenza presentano tuttavia diversi limiti che ne

infiociano l'efficacia. Il primo è quello noto come "trappola della povertà": la possibilità di fare ricorso a una misura assistenziale, sia essa un sussidio o un servizio ricevuto, può disincentivare i potenziali beneficiari a incrementare il proprio reddito, soprattutto quando il vantaggio comparativo che esso garantisce è molto basso rispetto alla permanenza nello stato di bisogno; in altri termini, quando il guadagno è appena sopra la soglia individuata per usufruire della prestazione (Hill 2005). Altro limite delle politiche assistenziali è dato dallo "stigma", ossia dai costi psicologici del sottoporsi alla prova dei mezzi. Prendere atto della propria condizione di povero o esporsi al riconoscimento sociale di questa condizione è faticoso, soprattutto per i soggetti entrati solo a seguito di eventi negativi nello stato di bisogno. Tale limite può inficiare significativamente la capacità delle politiche assistenziali di includere le fasce problematiche della popolazione che più restano in ombra. Oltre che dalla paura dell'etichettamento, il mancato accesso può dipendere anche dalla scarsa informazione, dal fatto che le persone potenzialmente interessate a fruire degli interventi non sempre ne conoscono l'esistenza e, al contempo, i servizi fanno fatica a intercettarle. Un ulteriore limite ha a che fare, infine, con lo status specifico di queste politiche. A differenza di altre misure di tipo assicurativo, in cui i fruitori dei servizi contribuiscono alla spettanza a loro dovuta, l'assistenza sociale è finanziata dalla fiscalità generale e il fatto che gli interventi siano rivolti a cittadini che dispongono di scarse risorse (e che quindi non finanziano) può legittimare la richiesta di un abbassamento della qualità delle prestazioni, di una riduzione della spesa pubblica o, anche, un cambiamento di approccio a favore di interventi meno inclusivi e più di tipo contenitivo-repressivo (che incentivano, ad esempio, a spendere per finanziare la costruzione di nuove carceri).

Tra tutti gli interventi di protezione sociale, l'assistenza è quello che presenta la più evidente finalità redistributiva, di contrasto alla povertà e di promozione dell'inclusione. Queste funzioni sono state interessate, nel corso del tempo, da una profonda ridefinizione che ha portato al progressivo superamento di un modello di stampo assistenzialistico, fautore di interventi passivi e paternalistici di mera gestione e contenimento delle problematiche sociali. A questa logica si oppone un approccio diverso, di

prevenzione attiva, che valorizza interventi di contrasto alla dipendenza dal sussidio e di promozione della partecipazione a progetti di inserimento sociale, scolastico, formativo, lavorativo (Madama 2010). Le parole d'ordine del moderno impianto di assistenza sociale e del nuovo welfare sono quelle dell'attivazione, della responsabilità individuale, dell'*empowerment*. Tuttavia, alcuni autori (Saraceno 2021) hanno messo in guardia dai rischi insiti in un modello che, pur promuovendo l'autonomizzazione dei singoli, spinge per una completa individualizzazione delle responsabilità e un alleggerimento dei compiti di cura dello Stato (della collettività) sino al punto di rendere qualunque forma di dipendenza più o meno protratta un disvalore. Nei sistemi di welfare a impianto fortemente orientato al mercato come quelli liberali (ma in estensione anche negli altri paesi) la centralità delle logiche economiche ha portato a una crescente pressione sui percettori di interventi di assistenza, chiamati a superare la situazione di difficoltà nel breve periodo e a dimostrare, con la liberazione dal bisogno, il carattere "produttivo" dell'intervento ricevuto. Questa richiesta di meritevolezza, che si traduce in una ricerca fruttuosa del lavoro o in un reinserimento riuscito in società, va tuttavia a scontrarsi con le difficoltà di uscita dalla dipendenza in una fase di crisi economica protratta che colpisce proprio le componenti più problematiche e disagiate della società.

L'assistenza sociale in Italia. Il quadro storico e l'evoluzione nel tempo

L'assistenza sociale in Italia, almeno fino alla prima metà del Novecento, si sviluppa su un modello prevalentemente caritatevole e settoriale con alcuni tentativi, da parte dello Stato, fin dalla fine del secolo precedente, di provvedere al riordino del sistema delle Opere Pie, subordinandole ad una serie di controlli e di ispezioni amministrative. La Legge 17 luglio 1890 n. 6972, conosciuta come legge Crispi, ritenuta antecedente l'attuale assetto organizzativo dell'assistenza sociale, rispondeva, per esempio, all'esigenza di definire l'intervento dello Stato in materia, ed era volta a convertire le Opere Pie e gli Enti Morali in Istituzioni Pubbliche di Beneficenza regolandone

la formazione e il funzionamento. Il carattere pubblico delle Ipab venne affermato nettamente nell'articolo 78: "Le istituzioni esercitano la beneficenza verso coloro che vi hanno titolo, senza distinzione di culto religioso o di opinione pubblica".

La frammentazione dell'assistenza sociale, già presente all'inizio del 900, si consolida nel periodo fascista in cui viene erogata da una molteplicità di enti separati e autonomi, divisi per categorie di utenti (es OMNI, ENaoli, ONOG, ONIG, UIC, ENPASS, ecc.) e promossa anche per fini di controllo sociale.²

Le basi di una nuova concezione dell'assistenza, non più come intervento pubblico occasionale e caritativo a favore di chi viene a trovarsi in stato di bisogno e con finalità di controllo sociale ma come diritto sociale di tipo universale, vengono fissate dalla Carta Costituzionale del 1948, da cui parte un lento processo di rinnovamento del sistema organizzativo nazionale che comprende anche l'assistenza sociale. Tale processo, che ha avuto inizio nel 1970 con l'istituzione delle regioni a statuto ordinario, con le quali si avvia il decentramento amministrativo, si consolida con la legge 22 luglio 1975 n. 22 e il DPR 24 luglio 1977 che assegna a regioni, province e comuni le competenze socioassistenziali e sanitarie (Franzoni e Anconelli 2014).

La legge più importante degli anni Settanta è tuttavia la legge 833/1978, che istituisce il servizio sanitario nazionale basato sulla concezione universalistica del diritto alla salute di tutti i cittadini e introduce l'Usl come complesso di presidi e servizi gestiti dai comuni e dalle comunità locali. A tale legge, che contiene già alcune peculiarità delle leggi successive come la collaborazione fra pubblico e privato e numerosi riferimenti al comparto sociale, non segue una parallela riforma del servizio sociale, che rimarrà inesausta fino agli anni 2000.

Negli anni successivi sono introdotte alcune innovazioni, fra cui la tra-

² ONMI: Opera nazionale maternità e infanzia fondata nel 1925; ENAOLI: Ente nazionale di assistenza agli orfani dei lavoratori italiani istituito nel 1941; ONOG: Opera nazionale orfani di guerra, fondata nel 1929; ONIG: Opera nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi della guerra istituita nel 1917; UIC: 1923 Unione Italiana Ciechi istituita nel 1923; ENPAS: ente nazionale per la protezione e assistenza dei sordomuti fondato nel 1932.

sformazione delle Usl in Aziende Sanitarie Locali (AUSL) scorporate dai Comuni (D.lgs 502/1992 e D.Lgs 517/93) e la promozione delle autonomie locali, con la legge Bassanini (L. 59 del 1997) che avvia il principio di sussidiarietà, in base al quale l'organo maggiormente in grado di interpretare i bisogni e le risorse di una comunità territoriale è il Comune. Nel decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112 ("Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dallo Stato alle regioni e agli enti locali in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59) i Servizi Sociali vengono indicati come: "tutte le attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia".

La storia successiva sostiene l'andamento di un passaggio da un sistema prevalentemente centralizzato ad un welfare locale, con una produzione normativa complessa e non sempre coerente, che promuove le iniziative autonome di regioni ed enti locali ma allo stesso tempo provoca disparità tra i diversi sistemi territoriali (Franzoni e Anconelli 2014).

La legge 328/00

Il frutto delle richieste di una normativa del sistema sociale che colmi un vuoto legislativo di più di 100 anni (dalla legge Crispi) è la legge 328 del 2000 ("Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"), che costituisce la regolamentazione organica dei servizi socioassistenziali e tenta di definire un quadro normativo unitario, valido per l'intero territorio nazionale.

La riforma ha promosso il passaggio da una forma tradizionale di assistenza, come strumento di realizzazione di interventi prevalentemente riparativi del disagio, ad una di protezione sociale attiva orientata a responsabilizzare i soggetti che necessitano di sostegno fissando al contempo direttrici di cambiamento imperniate sullo stampo promozionale dei servizi

e degli interventi, sull'integrazione fra le politiche, sulla cooperazione fra i diversi attori e livelli istituzionali, sull'importanza attribuita ai contesti e ai territori (Bifulco 2003).

Nell'articolo 1 la legge riprende la definizione dei servizi sociali del Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112 ed afferma esplicitamente che il sistema dei servizi e delle prestazioni sociali ha carattere di universalità, riconoscendo a tutti i cittadini diritti soggettivi a beneficiare di alcune prestazioni in risposta a bisogni specifici. Hanno diritto ad usufruire delle prestazioni dei servizi tutti i cittadini italiani e degli Stati appartenenti all'Unione Europea e i loro familiari, nonché gli stranieri in possesso, per diversi motivi, di regolare permesso di soggiorno. Ai profughi, agli apolidi e agli stranieri non regolari sono garantite le misure di prima assistenza³. Questo principio universalista sembrerebbe tuttavia lasciare spazio ad un "universalismo selettivo" poiché si individuano successivamente priorità⁴ e si tenta di regolare l'accesso alle prestazioni attraverso l'accertamento di specifiche condizioni di bisogno e di reddito sulle quali incidono le scelte degli enti locali.

Nel Capo I, "Principi generali del sistema integrato di interventi e servizi sociali", sono elencati tutti gli elementi cardine della legge che configurano il welfare locale ma, non potendo in questa sede affrontarli tutti nella loro complessità, ci limiteremo ad analizzare quelli più caratterizzanti: la sussi-

³ L'art. 2 comma 2 recita: "Hanno diritto di usufruire delle prestazioni e dei servizi del sistema integrato di interventi e servizi sociali i cittadini italiani e, nel rispetto degli accordi internazionali, con le modalità e nei limiti definiti dalle leggi regionali, anche i cittadini di Stati appartenenti all'Unione europea ed i loro familiari, nonché gli stranieri, individuati ai sensi dell'articolo 41 del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Ai profughi, agli stranieri ed agli apolidi sono garantite le misure di prima assistenza, di cui all'articolo 129, comma 1, lettera h), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

⁴ Tali priorità riguardano soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria e dei requisiti di accesso.

diarietà verticale e orizzontale, la progettazione attraverso i piani di zona, la prospettiva di una caring society, i Liveas.

La sussidiarietà verticale indica un criterio di distribuzione delle competenze fra lo Stato e le autonomie locali in base al quale l'ente gerarchicamente inferiore svolge tutte le funzioni e compiti di cui esso è delegato per legge, mentre all'ente sovraordinato viene lasciata la possibilità di intervenire per surrogare l'attività, laddove le risorse e le capacità dell'ente sotto-ordinato non consentano di raggiungere pienamente e con efficacia ed efficienza l'effettuazione di un servizio. Nella legge 328 il comune (o le associazioni di comuni) diviene, dunque, l'interlocutore principale dei cittadini nell'erogazione e organizzazione dei servizi sociali, essendo l'istituzione più vicina ad essi e quindi più capace di comprenderne i bisogni e di programmare risposte adeguate (Franzoni e Anconelli 2014). Solo se il comune non è in grado di assolvere questo compito, il suo ruolo viene assorbito dalla provincia, quindi dalla regione, dallo stato centrale e infine l'Unione Europea. L'ottica della sussidiarietà verticale è infatti quella di sostenere la centralità del territorio come luogo di sviluppo sociale in grado di dialogare e rispondere ai bisogni dei cittadini.

La sussidiarietà orizzontale permette al Comune di esplicitare la sua funzione nell'assistenza sociale di concerto con altri soggetti (organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati⁵). Essa si configura come la creazione di uno spazio politico entro il quale l'ente locale assume sia il ruolo di propulsore e regolatore di politiche e azioni ideate e attivate anche con altri attori radicati nel territorio al fine di costruire un più completo sistema di protezione e promozione sociale, sia quello di garante nei confronti dei cittadini rispetto alle prestazioni erogate dai vari attori sociali, che dovranno accreditarsi e mostrare di possedere adeguati livelli di qualità (Ranci Ortigosa 2015). Attraverso il riconoscimento della sussidiarietà orizzontale, le istituzioni pubbliche possono amministrare direttamente i servizi sociali e sociosanitari o affidarli in gestione al no profit, ma tuttavia devono mantenerne

⁵ Si rimanda all'Art 1, comma 4 della legge.

il monitoraggio, il coordinamento e la vigilanza (compiti di cui spesso si dimenticano delegando tutto all'ente attuatore del servizio).

Il ruolo del terzo settore viene riconosciuto e valorizzato anche attraverso i cosiddetti “piani di zona” che si configurano come una occasione di innovazione nell'azione di governo. Il Piano di Zona è un documento programmatico triennale con il quale i Comuni, associati negli ambiti territoriali previsti dalla regione e di norma coincidenti con i distretti sanitari, in intesa con l'Azienda Sanitaria Locale, definiscono le politiche sociali e sociosanitarie rivolte alla popolazione. Esso ha lo scopo di costruire un sistema integrato di interventi e servizi, attraverso l'apporto di una vasta rete di attori fra cui, appunto, i soggetti del terzo settore, chiamati a concorrere nell'analisi e definizione delle criticità e dei bisogni del territorio, nell'individuazione degli obiettivi e delle priorità di intervento, nelle indicazioni delle strategie di sviluppo delle politiche sociali e sociosanitarie a favore della comunità locale. La costruzione dei piani di zona avviene quindi attraverso una progettazione partecipata, al fine ultimo di fornire una maggiore ricchezza e qualità della stessa e un miglioramento dell'efficacia delle politiche per la maggiore vicinanza, se non coincidenza, di utenti delle politiche e decisori (Franzoni e Anconelli 2014; Ranci Ortigosa 2015).

Il piano di zona rappresenta un tentativo di costruzione del consenso tra gli attori locali, per realizzare un sistema di welfare comunitario e dividerne responsabilità e indirizzi, rischi ed esiti. La legge indirizza alla creazione di una “caring society”, ovvero di una comunità che, con proprie risorse e attraverso la partecipazione attiva di tutti i soggetti e delle organizzazioni locali, si prende cura di se stessa. Attraverso la legge si è decretato quindi il passaggio dal welfare mix, in cui una pluralità di attori sociali del terzo settore erano legittimati a creare beni relazionali e servizi, al welfare community, in cui diventa possibile e auspicabile responsabilizzare tutti i cittadini e le diverse organizzazioni presenti sul territorio a coordinarsi al fine di promuovere e adoperarsi per il benessere collettivo.

L'art.22 ha introdotto la nozione di livelli essenziali delle prestazioni sociali (LIVEAS) che è entrata anche a far parte della Costituzione italiana nel 2001, nella versione riformata dell'articolo 117. Il concetto di livello

essenziale era comunque già presente nell'ordinamento sanitario italiano con i cosiddetti livelli essenziali di assistenza (Lea) definiti nel D. Lgs 30 dicembre 1992 n. 502⁶.

L'approvazione della normativa ha suscitato un ampio dibattito sul significato da assegnare alla parola essenziale, ovvero se essa fosse da considerarsi ciò che è necessario, indispensabile a soddisfare un determinato e specifico bisogno sociale strettamente dipendente dalla condizione della persona verso cui si dirige la prestazione ed esigibile come diritto, o se significasse "minimo" cioè di base, dipendente dalle risorse finanziarie. Il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ha pubblicato nel 2004 un documento dal titolo "Livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell'assistenza" in cui si afferma che il livello essenziale risulta essere qualcosa in più rispetto al livello minimo del diritto. In realtà le disposizioni legislative seguenti, a partire dalla legge finanziaria 2003 hanno confermato la natura finanziariamente vincolata delle prestazioni sociali, normalmente attraverso il rinvio ai limiti delle risorse del fondo per le politiche sociali (Gualdani 2011).

Pur notevole in termini di innovazione, l'art. 22 presenta il limite di non determinare il contenuto effettivo delle prestazioni, non soddisfacendo così l'esigenza di garantire un diritto all'assistenza sociale uniforme in tutto il territorio nazionale, in conformità al principio di uguaglianza. Si limita infatti a elencare gli ambiti in cui i livelli dovrebbero essere attuati, demandando alla pianificazione nazionale e regionale il compito di specificare le caratteristiche e i requisiti delle prestazioni essenziali. L'elenco riguarda misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento; misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana; interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio; misure per il sostegno delle responsabilità familiari; misure di sostegno alle donne in difficoltà; interventi per la piena integrazione delle persone disabili e anziane; prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci. Le

⁶ Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

regioni, attraverso proprie leggi, devono inoltre prevedere il segretariato sociale, interventi per le prestazioni di emergenza sociale personali o familiari, l'assistenza domiciliare, le strutture residenziali o semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali; i centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

La difficoltà ad entrare nel merito della tipologia dei servizi e a stabilire degli indicatori, demandando allo Stato la definizione degli stessi in momenti successivi, ha portato varie conseguenze, soprattutto alla luce della riforma del titolo V della costituzione, legge entrata in vigore nell'anno successivo

Liveas, riforma del titolo V della Costituzione e disuguaglianze territoriali

La modifica al titolo V della parte seconda della Costituzione, introdotta dalla legge costituzionale del 18 ottobre 2001 n. 3, che ha avviato la costruzione del federalismo in Italia, ha messo in discussione il processo riformatore della legge 328 del 2000.

La legge ha definito il sistema delle competenze e il riparto delle funzioni tra lo stato e le regioni/province autonome, identificando tre ambiti di potestà legislativa:

- un primo ambito di potestà legislativa “esclusiva” dello Stato in una serie tassativa di materie, tra le quali spicca quella relativa alla “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” che dovrebbero essere stabiliti d'intesa con la conferenza Stato-Regioni, eventualmente allargata anche agli enti locali;
- un secondo ambito di legislazione cosiddetta “concorrente”, nel quale alle regioni è attribuita la potestà legislativa salvo che per la determinazione dei principi fondamentali di interesse nazionale riservata alla legislazione dello Stato;
- un terzo ambito “residuale” di potestà esclusiva delle regioni per tutte le materie non espressamente indicate tra quelle di competenza esclusiva

dello Stato o rientranti nella competenza concorrente (Presidenza del Consiglio dei Ministri et al 2009).

L'assistenza sociale è una delle materie di potestà delle regioni, non essendo menzionata né tra le materie di esclusiva potestà legislativa dello Stato, né tra quelle della legislazione concorrente. Ne deriva che, anche se l'ordinamento tenta di riconoscere pienamente i diritti all'assistenza sociale come diritti di cittadinanza, la vera responsabilità dell'attuazione di questi diritti spetta alle regioni. Ciò significa che se si vuole analizzare correttamente la trasformazione dell'assistenza sociale in Italia si devono considerare le scelte di programmazione delle singole regioni (Franzoni e Anconelli 2014). La questione è ancora più delicata poiché la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da parte dello Stato, non è, di fatto, mai avvenuta nel suo complesso e questo impedisce non solo ai titolari di diritto di pretendere l'erogazione dei servizi, ma in generale di avere un'assistenza sociale uniforme su tutto il territorio nazionale, in conformità con il principio di uguaglianza. Nel corso degli anni, dal 2001 in avanti, le regioni hanno proceduto a definire i propri liveas autonomamente, con diverse modalità e legiferando in diversi settori, originando disuguaglianze territoriali in termini di offerta ed accesso ai servizi (Gualdani 2011).

La mancata definizione delle prestazioni sociali, a lungo richiesta da più attori, può essere attribuita certamente a una legislazione ambigua e alle richieste di governance autonoma da parte di un numero sempre più alto di regioni, ma anche alla necessità di prevedere, da parte dei governi che si sono succeduti, risorse certe e crescenti da destinare al sistema dei servizi sociali.

Negli ultimi anni, qualche tentativo di affrontare la tematica è stato fatto, per esempio con il D.L. 4/2019 che ha istituito il Reddito di cittadinanza, strumento di politica attiva del lavoro e di contrasto alla povertà, attualmente in dismissione, o con la Legge 178/2020 (Legge di Bilancio per il 2021) che ha introdotto un livello essenziale delle prestazioni di assistenza sociale definito da un operatore ogni 5.000 abitanti. Tuttavia, la più recente Legge di Bilancio 2023 instaura un collegamento diretto tra la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali e l'attuazione dell'autonomia regionale differenziata, vale a dire la realizzazione

del processo di attribuzione di forme e condizioni particolari di autonomia alle Regioni ordinarie nelle materie di legislazione concorrente e in alcune materie di legislazione esclusiva dello Stato, riportando un numero maggiore di ambiti, fra i quali anche la possibilità di definire i livelli delle prestazioni sociali, in mano alle Regioni.

Le disuguaglianze territoriali si sono consolidate anche sulla base di scelte politiche e per la possibilità di stanziamento finanziario per il settore dell'assistenza. Attualmente il finanziamento del sistema sociale deriva da una pluralità di soggetti istituzionali: Stato, attraverso il Fondo nazionale per le politiche sociali, Regioni, Comuni, ma anche fondi europei e cofinanziamento di enti privati. Nel tempo il fondo nazionale delle politiche sociali in cui confluiscono i finanziamenti pubblici a livello centrale, distribuito tra le regioni secondo criteri di equità, è diminuito lasciando ai territori l'autonomia di entrata e di spesa. Questo passaggio al federalismo fiscale, nato con la legge delega 42/2009, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione come riformato nel 2001, doveva essere supportato da un fondo perequativo per i territori con minore capacità fiscale per abitante per evitare che solo i comuni che raccolgono più tasse (ad esempio perché il reddito medio dei cittadini è più elevato) potessero garantire maggiori servizi. In assenza di tali compensazioni e dei liveas che rendono possibile definire, sulla base dei fabbisogni, i costi standard che ogni amministrazione dovrebbe sostenere, il rischio è un ulteriore allargamento dei divari territoriali, come è evidenziato dai dati Istat e da recenti studi sul tema (Viesti 2021).

Nel 2018, ad esempio, risulta come la principale fonte finanziaria dei servizi sociali provenga da risorse proprie dei comuni e dalle varie forme associative fra comuni limitrofi (61,8%). Al secondo posto vi sono i fondi regionali per le politiche sociali, che coprono un ulteriore 17,8% della spesa complessiva. Il 16,4% della spesa è finanziata da fondi statali o dell'Unione europea. Tra questi il fondo indistinto per le politiche sociali, che ha registrato una progressiva flessione dell'incidenza sulla copertura della spesa (dal 13% del 2006 al 9% nel 2016).

Sempre nel 2018 la spesa sociale per abitante è risultata pari a 124 euro (119 nel 2017) con differenze territoriali molto ampie: al Sud è di 58 euro,

circa un terzo di quella del Nord est (177 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 Nordest 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). Le risorse sono 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: si passa dai 22 euro pro-capite della Calabria ai 540 della Provincia Autonoma di Bolzano (ISTAT 2021)

Nel 2019 la spesa per i servizi sociali dei Comuni in Italia è stata pari allo 0,42% del PIL, arrivando a 0,7% con le compartecipazioni degli utenti e del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Il dato è soltanto un terzo di quanto impegnano i bilanci di altri Paesi europei (2,1-2,2% di media). Grandi sono le differenze territoriali: la spesa sociale provinciale per abitante dei Comuni singoli e associati al netto della compartecipazione degli utenti e del SSN è stata di 583 euro per la provincia di Bolzano e solo 6 per quella Vibo Valentia.

Le analisi relative al 2019 (Istat 2022) indicano una tendenza di spesa leggermente positiva, al netto delle compartecipazioni, pari a +0,48%, che passa così da 7,472 a 7,508 miliardi di euro (+35,9 milioni) ma si tratta di un valore inferiore al tasso di inflazione. Tale spesa inoltre è sostanzialmente analoga a quella di 10 anni prima, nonostante i fenomeni di incremento della domanda sociale, con persistenti marcate divergenze regionali ed anche infra-regionali. L'Istat segnala anche come il trend non sia omogeneo sul territorio italiano, poiché ci sono territori che retrocedono. In 42 aree provinciali, infatti, si registra un decremento della spesa sociale.

Per concludere, le forme di transizione verso un nuovo welfare e in particolare i sistemi locali di protezione fondati sulla sussidiarietà verticale e orizzontale, se non adeguatamente governati dallo Stato centrale, rischiano di produrre problemi gravi alimentando disuguaglianze sociali e discrimina-

zioni, mentre il taglio della spesa pubblica centralizzata tende ad amplificare i cortocircuiti di disuguaglianza (Andreotti e Mingione 2013).

La sfida dell'immigrazione al sistema di welfare.

Per cogliere appieno i limiti delle politiche di assistenza sociale in Italia è utile focalizzare l'attenzione sul fenomeno immigrazione che, nella sua progressiva stratificazione, ha lanciato una sfida importante al sistema di protezione sociale. Se da un lato le politiche di welfare rivolte agli immigrati non si possono ridurre al campo dell'assistenza, dall'altro le mutate condizioni di ingresso nel paese fanno dell'essere assistiti una delle prime esperienze vissute all'arrivo in Italia e nelle fasi successive della permanenza. Al tempo stesso, però, proprio rispetto all'assistenza sociale possono emergere dinamiche di esclusione che favoriscono una condizione di dipendenza dal mercato, senza supporto pubblico e spesso senza reti sociali solide su cui poter contare.

Negli ultimi anni la ripresa dei flussi migratori verso l'Europa occidentale e meridionale (Koser 2009) ha condizionato in modo significativo il dibattito pubblico e le agende politiche. Rispetto alla fase embrionale del fenomeno le migrazioni contemporanee avvengono in condizioni di profonda instabilità. Le economie dei paesi occidentali offrono a chi arriva occupazioni meno formalizzate rispetto al passato e la crisi dello stato sociale rende più complesso il percorso verso l'integrazione attraverso l'acquisizione di un pacchetto stabile di diritti sociali. D'altro canto, le politiche governative e le reazioni delle società di accoglienza tendono a essere sempre più ostili a un'incorporazione nell'economia (Sacchetto e Vianello 2013). La fine dell'effetto richiamo che aveva segnato le stagioni precedenti e le crisi economiche ricorrenti – di cui la grande recessione del 2008-2011 è stata solo la più nota – hanno proiettato nel presente le difficoltà di integrazione. Gli stranieri, soprattutto quelli provenienti da paesi extra-UE, scontano una forte segregazione occupazionale, sia orizzontale che verticale, se si mette a confronto la loro condizione con quella degli autoctoni. La collocazione lavorativa prevalente degli immigrati che vivono in Italia è, per gli uomini,

nei settori edile, agricolo e manifatturiero, dove è più diffuso il lavoro sommerso. A prevalere sono esperienze lavorative in profili meramente esecutivi, nell'economia informale e in posizioni meno tutelate. Queste difficoltà si sono accentuate nel periodo di pandemia, che ha ridotto o azzerato i canali di approvvigionamento e di impiego sia nei settori regolari del mercato del lavoro sia in quelli irregolari

Oltre a delinarsi sempre più nei suoi caratteri emergenziali e per gli effetti perversi delle misure di controllo (Colombo 2012), l'immigrazione in Italia ha mostrato anche alcuni tratti di maturazione, derivanti dalla progressiva stratificazione del fenomeno nel tempo, che ha portato a una diversificazione dei profili e delle carriere degli stranieri facendo emergere la complessità del processo di integrazione socioculturale così come delle politiche di accoglienza (Einaudi 2007; Colucci 2018). Un elemento ricorrente, riscontrato da diversi autori, è la transnazionalità dell'esperienza migratoria che porta a rivedere il tipo di legami con i luoghi di origine e con quelli di destinazione. Si delineano nuove connessioni tra mobilità interna e internazionale, con l'intensificazione dei movimenti di breve raggio e una maggiore reversibilità delle scelte migratorie (Riccio 2016). L'aumento dei flussi migratori ha contribuito, quindi, a mettere in luce i limiti di un modello di politiche che, anche nella forma più avanzata e universalistica, si fermavano sulla soglia della cittadinanza non riuscendo a rispondere a situazioni nuove, ibride ma ricorrenti, nel nuovo mercato del lavoro e dentro nuovi scenari geopolitici.

Come accennato in precedenza, l'accesso al welfare dipende strettamente dalle politiche di regolazione dell'immigrazione, ossia da fattori esterni vincolanti che influenzano il livello di penalizzazione o esclusione degli irregolari, le normative per un accesso paritario, per favorire l'integrazione e/o contrastare la discriminazione (Barberis e Boccagni 2017). A incidere, più in generale, sono gli orientamenti politico-culturali prevalenti in un dato paese che possono spingere verso modelli di incorporazione diversi: assimilazionista (differenze etniche e culturali occultate nello spazio pubblico a favore di un'integrazione basata sul riconoscimento universalistico dei diritti individuali), pluralista (nella variante "multiculturale" che tende

a sostenere il diritto alla diversità culturale e identitaria, o “liberale” in cui le differenze sono tollerate ma non favorite: Ambrosini 2020b, 249-250), dell’esclusione differenziale (gestione dell’immigrazione come fenomeno temporaneo, immigrati come “lavoratori ospiti”, interventi pubblici limitati al mercato del lavoro e scarsamente finanziati: Castles 1995), o anche delle politiche implicite, tipiche di paesi nei quali il problema dell’inclusione viene ignorato o affrontato in base ad una logica emergenziale.

Tra le diverse aree di policy quelle che interessano maggiormente gli immigrati presenti in Italia riguardano le sfere del lavoro, dell’istruzione, della casa e, più in generale, dell’integrazione socioculturale. Per quanto riguarda il mercato del lavoro, i diritti derivanti dalla condizione occupazionale variano soprattutto in base al contratto (se temporaneo o di lungo periodo), dipendono dalla presenza o meno di barriere per accedere ad alcune professioni, dall’accesso paritario o differenziato a misure indirette come i sussidi, ma anche da interventi dedicati come la formazione linguistica. Nel caso dell’istruzione, la qualità dell’intervento è legata alla possibilità effettiva di un accesso paritario al sistema scolastico: se intervengono in qualche modo elementi di selettività, forme di segregazione territoriale (dovute alla dislocazione delle scuole nelle diverse aree), se risultano o meno implementati percorsi di accompagnamento linguistico-culturale e di didattica interculturale (Barberis 2016; Borgna 2021). Rispetto alle politiche abitative, si distinguono misure dirette, rivolte a fornire strutture di prima accoglienza ed alloggi temporanei, e misure indirette che garantiscono un accesso paritario all’edilizia pubblica e il sostegno alla domanda di abitazioni. Resta il dato della crescente instabilità residenziale, prodotto di preesistenti carenze delle politiche abitative in Italia che si sono riverberate sugli ultimi arrivati (Marra 2012). Un ulteriore ambito di welfare emerso negli anni recenti con la femminilizzazione delle migrazioni è quello della cura. Anche in questo caso lo status giuridico e di residenza di genitori e figli condiziona il ricorso alle politiche, dai trasferimenti monetari per figli minori alla posizione in graduatoria per i nidi, i servizi mensa o di doposcuola. A essere penalizzate rispetto alle politiche familiari sono soprattutto le donne e le famiglie in condizioni lavorative precarie, che scontano difficoltà nell’utilizzo dei

congedi, corrono maggiori rischi di licenziamento durante la gravidanza o vivono problemi di conciliazione dovuti a orari di lavoro lunghi, “atipici” o “asociali” (Naldini e Santero 2019).

La crisi socioeconomica dell’ultimo decennio, a più ondate e con l’emergenza Covid che si è sovrapposta, ha avuto un impatto importante sulle opportunità di accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata, con differenze rilevante tra le aree del paese. Mentre nel Mezzogiorno si è accentuato il preesistente sottodimensionamento degli interventi di carattere monetario e della rete dei servizi, nelle regioni settentrionali ha preso forma una competizione tra autoctoni e stranieri. Questa conflittualità tra gruppi percettori di prestazioni è solo parzialmente fondata su dinamiche reali (riconducibili peraltro alla contrazione del finanziamento pubblico), mentre risulta in gran parte alimentata da orientamenti politici nazionali o locali ostili ad estendere o garantire i diritti di welfare ai non italiani, poco tolleranti di fronte alle difficoltà degli immigrati di fare fronte regolarmente ai costi dei servizi (sono assurdi alla cronaca casi di sospensione dei servizi mensa o doposcuola per i bambini, anche nella fascia 0-3 anni, a seguito di ritardi o mancati pagamenti delle rette). Se la legge Turco-Napolitano del 1998 introduceva, pur all’interno di un orientamento generale centrato sul controllo, più diritti sociali formali e un fondo per l’integrazione, le leggi successive (Bossi-Fini 2002 e Pacchetto sicurezza 2009) hanno reso più difficile la stabilizzazione, sino al punto di aprire contenziosi legali nei casi in cui venivano messe in discussione, ad esempio, direttive antidiscriminazione sovranazionali. Dal 2018 il decreto sicurezza ha contribuito a far peggiorare ulteriormente la situazione con misure quali l’abrogazione del permesso per motivi umanitari (tranne poche eccezioni), il raddoppio del tempo di trattenimento nei centri di permanenza per il rimpatrio, l’estensione dei reati che portano alla revoca dello status di rifugiato, il ridimensionamento degli SPRAR e l’esclusione (poi rientrata) dei richiedenti asilo dall’iscrizione all’anagrafe.

Lo sciovinismo come chiave di lettura della competizione attorno al welfare

Tutti questi elementi “sfidano” i sistemi di welfare legittimando posizioni di chiusura identitaria che si manifestano anche dove il welfare è più forte. Non è infatti solo il carattere emergenziale dell’immigrazione ad alimentare preoccupazione ma, paradossalmente, la sua stessa stabilizzazione, il progressivo insediamento di comunità straniere che, superata la fase emergenziale e, poi, quella di installazione nella società di arrivo, rivendicano diritti e chiedono prestazioni. In questo senso, gli atteggiamenti della popolazione locale nei confronti degli immigrati rappresentano un buon punto di osservazione per cogliere i cambiamenti in corso. Un tema emerso con forza negli ultimi anni è quello dello sciovinismo, la convinzione per cui il sistema di welfare debba appartenere alla comunità etnica che ha contribuito alla sua stabilizzazione e che viene sfidata dalla richiesta degli immigrati di farne parte (Kitschelt 1997: 22; Andersen e Bjørklund 1990, 214). Alla base degli orientamenti sciovinisti c’è l’idea che una parte degli immigrati ricevano prestazioni sociali senza aver contribuito a finanziarne il costo. Secondo questa posizione i comportamenti opportunisti risulterebbero più diffusi proprio dove i sistemi di protezione sociale sono più generosi e, in ragione di ciò, finiscono per attrarre flussi di popolazione dai paesi più poveri (*welfare magnetism*: Borjas 1999). Non è un caso che lo sciovinismo come campo di ricerca specifico sia comparso, a partire dagli anni Novanta, proprio nei paesi scandinavi (Andersen e Bjørklund 1990; Kitschelt 1997, 22), caratterizzati da ridotte dimensioni demografiche e omogeneità culturale, per poi spostarsi in contesti nazionali con maggiori differenziazioni sociali (Van Der Waal et al. 2013; Van der Waal et al. 2010). I significati che ha via via assunto lo sciovinismo si sono allargati da generici orientamenti anti-welfaristi fondati su rappresentazioni stereotipate degli immigrati (clienti del welfare che non offrono alcun contributo fiscale al mantenimento del sistema ma ne rivendicano i benefici: Hjorth 2016) a espressione di razzismo e xenofobia riconducibili al fenomeno populista (De Koster et al. 2012) o all’autoritarismo della classe operaia bianca (Mewes and Mau 2012). È stata

anche proposta la distinzione tra una versione debole di *welfare chauvinism*, in cui le restrizioni vengono applicate a tutti e giustificate dalla necessità contenere la spesa sociale, e una forte e meno inclusiva, in cui si fa leva sul risentimento degli autoctoni nei confronti degli immigrati per rendere i servizi di welfare accessibili solo ai primi sulla base di criteri di presunta meritevolezza (Kitschelt 1997, 22; Jorgensen e Thomsen 2016, 331). Sullo sfondo c'è la situazione generale di crisi economica e ristrutturazione del welfare tradizionale. In questo scenario l'immigrazione viene vista come un potenziale pericolo nella misura in cui introduce elementi di diversità etnica, linguistica e razziale (differenze identitarie) che potrebbero rompere la constituency naturale di working class, sindacati e social democrazia minando il consenso in generale al welfare (Freeman 1986; Pettigrew e Meertens 1995). Rispetto allo sciovinismo si può individuare una natura "esplicita" o "implicita" della discriminazione: la prima fondata su norme apertamente discriminatorie che ingiustamente e illegittimamente escludono dall'accesso ai servizi di welfare gli immigrati legalmente residenti, la seconda che si attua quando le amministrazioni locali adottano interpretazioni restrittive delle norme o quando si creano barriere informative che escludono gli immigrati dall'accesso a determinati diritti pur formalmente riconosciuti. Si parla in questi casi di deficit di implementazione, laddove leggi e politiche intese a estendere agli immigrati regolari la fruizione di alcuni benefici non trovano concreta applicazione a causa di richieste di possesso di requisiti difficili da soddisfare (Ferrajoli 2008, 209) o a causa di intoppi nei processi di "cittadinizzazione" da parte di alcune componenti della società locale (Ambrosini 2020b), plasticamente rappresentati dalla difficoltà di accesso alla residenza (Acocella e Gargiulo 2021; Colucci et al. 2022).

La riflessione sugli atteggiamenti della popolazione verso il welfare e i suoi clienti rimanda inevitabilmente al tema delle rappresentazioni sociali dei poveri. In questo campo la letteratura ha proposto diversi schemi che partono dalle immagini ricorrenti, vere e proprie etichette in grado di cogliere i tratti essenziali del fenomeno povertà riferito agli immigrati, le differenze esistenti al suo interno e nella percezione collettiva e anche la permeabilità dei confini tra una categoria e l'altra. Ne sono un esempio le tre diverse

rappresentazioni del povero come buono, brutto e cattivo (the “good”, the “bad” and the “ugly”), immagini stereotipate latenti o apertamente richiamate per sostenere determinate politiche sulla base di precisi orientamenti ideologici (Morlicchio e Tuorto 2023) L’immigrato “buono” è meritevole perché “sa stare al suo posto”, è titolare di diritti ma in forma subordinata (dopo i cittadini nazionali, specie in situazioni di emergenza: ad esempio, durante la pandemia con la corsa ai vaccini). Al contrario, per quello “brutto” contano i tratti estetici e identitari: va nascosto alla vista con sistemi di distanziamento (perché “svalorizza” lo spazio in cui vive). In questo caso si viene a creare un cortocircuito tra compassione e colpevolezza, soprattutto quando le persone interessate hanno stigma fisici. Infine, l’immigrato cattivo è per definizione non meritevole, sia perché naturalmente propenso alla criminalità di sussistenza, sia perché scroccone del welfare. Le immagini ricorrenti in questo caso sono abbondanti: la “Welfare queen”, l’immatura madre teenager, il padre nullafacente, tutte figure delineate a partire dalle loro caratteristiche individuali (pigrizia, amoralità, assenza di motivazione) (Cozzarelli et al. 2001).

Richiamare i discorsi e le retoriche che alimentano rappresentazioni stigmatizzanti dei poveri non autoctoni è importante perché aiuta a capire non solo le difficoltà di accesso al welfare, ma anche l’approccio delle istituzioni pubbliche, le finalità delle politiche nei confronti degli immigrati (così come dei poveri): se, cioè, puntano a favorire l’inclusione sociale, a promuovere le capacità, oppure se sono orientate verso forme di soccorso compassionevole o, infine, se spingono per soluzioni di disciplinamento e di controllo sociale. Va tenuto presente, inoltre, che la rappresentazione degli immigrati come ladri di welfare o come utenti meno meritevoli rispetto ai nativi può comportare forti pressioni per gli operatori ed erodere il consenso per il ruolo del servizio sociale e la sua legittimazione a operare in questo campo.