

Capitolo 5- le politiche socioassistenziali

POLITICA SOCIALE (Università della Calabria)

Le politiche socioassistenziali. Capitolo 5

Nel corso dell'ultimo cinquantennio, il settore dell'assistenza sociale ha conosciuto una profonda trasformazione che ne ha ridisegnato i tratti modificandone, a piccoli passi, sia le finalità sia le modalità di funzionamento.

1. Concetti fondamentali

1.1 che cos'è l'assistenza sociale?

Con l'espressione assistenza sociale si intendono solitamente tutte quelle prestazioni per avere accesso alle quali occorre soddisfare contemporaneamente due condizioni: da un lato uno specifico bisogno individuale manifesto e dall'altro l'assenza di risorse per farvi fronte autonomamente. Sono condizioni che vengono verificate da personale amministrativo o sociale dedicato e che determinano l'inclusione o l'esclusione dalla fruizione dei benefici siano essi monetari o in natura. Il termine assistenza deriva dal latino *ad esistere* e connota l'azione di stare vicino a qualcuno per aiutarlo. Comunemente con questo termine si indicano interventi di soccorso rivolti a individui che sono incapaci di risolvere in modo autonomo la propria situazione di bisogno. In questa accezione, l'assistenza si approssima ai concetti di carità e beneficenza. L'aspetto che consente di contraddistinguere "l'assistenza sociale" dall'assistenza in senso generico risiede nella natura degli interventi e nel passaggio da forme discrezionali basate sulle liberalità dei singoli a interventi pubblici dipendono da atti normativi che definiscono dei diritti, realizzando in altre parole il passaggio dalla carità ai diritti sociali. Le politiche di assistenza sociale hanno per oggetto un ventaglio più sfumato di bisogni, che vanno dalla povertà economica alla perdita dell'autosufficienza personale, dalla difficoltà di accesso all'abitazione ai carichi familiari, ossia la presenza di soggetti fragili all'interno del nucleo familiare. Le politiche di assistenza sociale sono quelle misure volte a garantire l'inclusione sociale assicurando loro risorse e opportunità. Con l'espressione assistenza sociale si identifica oggi l'insieme degli interventi rivolti a superare situazioni di bisogno attraverso prestazioni monetarie e servizi sociali tipicamente finanziati tramite la fiscalità generale. Si tratta dunque di interventi selettivi e residuali poiché vengono garantiti in linea di massima solo agli individui in stato di comprovato bisogno in modo residuale rispetto alla capacità di aiuto dell'individuo stesso e dell'intero nucleo familiare. L'incapacità di far fronte alle situazioni di bisogno viene accertata attraverso la prova dei mezzi che consiste nella verifica che la condizione economica dei richiedenti sia inferiore a una soglia definita. La prova dei mezzi va intesa come una condizione generale degli interventi di assistenza sociale, soggetta nondimeno ad una forte variabilità nelle forme e nelle caratteristiche che essa può assumere nei diversi paesi. Gli interventi selettivi e residuali consentono di fatto l'accesso alle prestazioni solo a coloro che dimostrano di essere in una situazione di deprivazione economica, hanno il vantaggio di permettere un risparmio di spesa rispetto ai programmi di tipo universalistico, per i quali il solo requisito della cittadinanza è insufficiente a qualificare il beneficiario. La selettività non è tuttavia esente da limiti che possono dimostrarsi tanto rilevanti da mettere talora in dubbio l'efficacia stessa degli interventi. Tra questi i principali sono il rischio della cosiddetta trappola della povertà, la stigmatizzazione che spesso colpisce beneficiari delle prestazioni soggette alla prova dei mezzi, la presenza di asimmetrie informative e gli alti costi amministrativi per la gestione delle procedure di verifica delle condizioni economiche.

a. la trappola della povertà.

la trappola della povertà si verifica nei casi in cui la struttura dei sussidi non incentiva chi li percepisce a incrementare il proprio reddito perché questo comporterebbe una uguale o superiore perdita del sussidio. In altre parole la trappola scatta quanto per il beneficiario della prestazione diventa svantaggioso accettare un lavoro, oppure lavorare per un numero maggiore di ore, in quanto l'effetto

positivo e l'aumento del reddito da lavoro non sarebbe sufficiente per compensare la proporzionale riduzione della prestazione, alla quale si aggiungono anche l'eventuale perdita dei benefici ad esso associati e una tassazione più alta. In questo modo il sistema di assistenza sociale combinato con la struttura dell'impostazione fiscale può in modo endogeno essere esso stesso fonte di dipendenza. Per contrastare la dipendenza dalla assistenza economica e promuovere l'inclusione dei beneficiari, a partire dagli anni 90 i trasferimenti monetari molti paesi sono stati agganciati a meccanismi di attivazione dei richiedenti. Condizionalità e workfare sono due degli strumenti utilizzati a fronte di tutto ciò. La fruizione delle prestazioni viene infatti sempre più spesso subordinata alla partecipazione a programmi di inserimento che a seconda delle caratteristiche individuali possono essere di tipo sociale, scolastico, formativo o lavorativo.

b. La stigmatizzazione

La questione dei costi psicologici legati al doversi sottoporre a una prova dei mezzi rappresenta un secondo limite importante che può indebolire le ragioni per l'adozione di programmi selettivi. Fare domanda per una prestazione diretta ai poveri implica infatti l'accettare che il proprio stato di indigenza venga socialmente riconosciuto. Ciò è aggravato dal fatto che può compromettere l'efficacia dei programmi selettivi, in quanto deve essere ripetuta periodicamente per accertare che non siano intervenuti cambiamenti rispetto al momento di prestazione della domanda. A fronte di questi aspetti per sottrarsi allo stigma e alla riprovazione sociale, le persone in stato di bisogno scelgono di non candidarsi per le prestazioni. Ciò provoca nelle persone una stigmatizzazione forte che prelude un senso di etichettamento, provoca vergogna nella persona che preferisce così non ricorrere ai servizi.

c. Simmetrie informative

Le asimmetrie informative esistenti tra i cittadini e l'amministrazione pubblica sono un terzo limite che possono contribuire all'inefficienza dei programmi selettivi attinenti ai problemi di informazione. I funzionari pubblici infatti possono avere difficoltà a ricostruire la reale situazione economica e la condizione di bisogno dei richiedenti. I potenziali beneficiari invece possono non avere informazioni adeguate rispetto ai programmi attivati e alle modalità di accesso alle prestazioni. In queste condizioni diventa pertanto difficile evitare errori sia di inclusione sia di esclusione.

d. Costi amministrativi

Le misure selettive sono particolarmente onerose in termini amministrativi e gestionali dal momento che la scelta fra gli aventi diritto e i non aventi diritto si fonda su una verifica della situazione di indigenza attraverso la cosiddetta prova dei mezzi. L'efficacia di questi interventi risulta così strettamente legata alla capacità di accertare efficacemente lo stato di bisogno dei richiedenti e dipende dalle capacità istituzionali del paese dall'efficacia degli apparati amministrativi preposti a tale funzione. Procedure di verifica accurate presuppongono infatti la burocrazia altamente professionalizzata e con un alto grado di impermeabilità rispetto alle pressioni provenienti dall'esterno. Ne discende che nei paesi in cui le capacità istituzionali sono più deboli le prestazioni della prova dei mezzi sono maggiormente soggette al rischio di un utilizzo improprio da manipolazioni clientelari, con conseguenze evidenti sui costi delle misure.

1.2 Attori, sussidiarietà e welfare mix

A fronte di alcune caratteristiche proprie l'assistenza sociale rappresenta un settore di Policy che non si presta a caratterizzazioni generali. Pur riconoscendo tali limiti e le differenze esistenti nei modelli di regolazione dei diversi paesi è tuttavia possibile proporre alcune considerazioni con riferimento agli attori coinvolti e alle logiche di intervento. Il sistema di

governance del settore socioassistenziale comunemente vede l'interazione di una molteplicità di attori e di livelli di governo dando luogo a diverse combinazioni di sussidiarietà verticale e orizzontale. Con riferimento alla **sussidiarietà verticale** la gestione delle politiche socio-assistenziali è generalmente decentrata, mentre il livello centrale resta competente nel fissare le linee di indirizzo e i principi guida per i territori. Riguardo la dimensione **orizzontale della sussidiarietà**, per indagare la ripartizione di ruoli e responsabilità tra soggetti pubblici e le formazioni sociali primarie e intermedie appare invece necessaria la nozione di defamilizzazione. Con questo termine ci si riferisce al grado in cui un individuo adulto può condurre uno standard di vita accettabile indipendentemente dalle relazioni familiari attraverso il lavoro e le prestazioni sociali. Questo concetto ha una molteplicità di declinazioni riguardo il livello di dipendenza delle donne, rispetto ai doveri di cura e dal reddito del marito capofamiglia; ma anche dei giovani rispetto alla famiglia di origine e degli anziani rispetto ai loro figli. A seconda della forma concreta assunta dalla sussidiarietà orizzontale nei sistemi di welfare, Esping-Andersen ha individuato due modelli polari: da un estremo abbiamo i sistemi cosiddetti **familisti** in cui lo stato assume che le famiglie siano il luogo privilegiato e ultimo per la soddisfazione dei bisogni dei propri componenti, riconoscendo per sé solo una funzione sussidiaria, relegata cioè ai casi in cui la famiglia estesa fallisce ad assolvere il proprio ruolo di ammortizzatore sociale. Caratteristiche di questo sistema sono il sottosviluppo della rete di servizi sociali pubblici e l'intensità delle relazioni intra e interfamiliari che danno luogo a quello che viene denominato **modello delle solidarietà familiari e parentali**. Tra questi troviamo i paesi dell'Europa meridionale quali la Spagna, la Grecia e l'Italia. L'estremo opposto è rappresentato dai sistemi cosiddetti **defamilisti**, in cui lo stato assume su di sé maggiori responsabilità attraverso un intervento pubblico che mira a sgravare le famiglie dalle funzioni di ammortizzatore sociale e a rendere gli individui meno dipendenti dalle relazioni parentali per il loro livello di benessere. Aspetto distintivo di questo sistema è l'esistenza di una rete sviluppata di servizi sociali territoriali e di prestazioni monetarie a sostegno di rischi e bisogni propri delle varie fasi del ciclo di vita. Tra i modelli defamilisti troviamo invece i paesi nordici come la Danimarca e la Svezia. Sempre con riferimento alla dimensione orizzontale della sussidiarietà diversificato risulta anche il ruolo attribuito al terzo settore. Interazione tra soggetti senza scopo di lucro e l'attore pubblico può infatti realizzarsi in una varietà di forme che sottendono logiche di reciprocità molto differenti e che oscillano dal semplice riconoscimento del terzo settore come sfera autonoma ed indipendente a modelli di interazione più istituzionalizzati. Sono stati individuati quattro differenti modelli di integrazione distinti base a due dimensioni: il ruolo più o meno ampio assegnato alle associazioni intermedie e il grado di dipendenza finanziaria del terzo settore dall'attore pubblico.

- a. Il primo modello (Germania) è denominato della **sussidiarietà attiva**. Il terzo settore svolge un ruolo di primo piano nell'ambito dell'offerta di servizi sociali con un coinvolgimento anche nella fase programmatoria e con un finanziamento prevalentemente pubblico.
- b. Il secondo modello (Italia-Spagna) viene definito della **prevalenza del terzo settore**. Qui il terzo settore svolge un ruolo cruciale nel campo dell'assistenza e dei servizi di cura a cui però non si associa un'elevata spesa pubblica.
- c. Il terzo modello (Francia), quello della **prevalenza dello Stato**, vede invece l'offerta pubblica di servizi sociali e di cura preponderante rispetto al terzo settore, almeno in alcuni ambiti specifici.
- d. Il quarto modello (Inghilterra) detto della **prevalenza del mercato**, la presenza dell'attore pubblico nella sfera della predisposizione di servizi di cura è limitata e controbilanciata

dall'espansione del mercato a cui si affianca il terzo settore con un finanziamento principalmente privato.

2. **Una panoramica storica**

2.1 dalle leggi sui poveri alla promozione dell'inclusione sociale

I primi interventi in materia assistenziale risalgono al XVII secolo. La nascita dell'assistenza pubblica agli indigeni viene convenzionalmente ricondotta al Act for the relief of the Poor di Elisabetta prima d'Inghilterra, che introducendo la cosiddetta tassa sui poveri imponeva alle comunità di farsi carico delle persone indigenti. Queste disposizioni trovarono soprattutto il favore dell'aristocrazia che in questo modo tentava di salvaguardare l'ordine tradizionale. La distinzione tra poveri inabili e Poveri abili, che spesso corrispondeva a quella tra poveri meritevoli e non meritevoli, comportava un trattamento differenziato. Se ai primi veniva riconosciuta assistenza, data che la loro situazione impediva di sostenersi autonomamente, la condizione dei secondi era invece molto diversa. Questi erano costretti ad accettare qualsiasi lavoro venisse loro proposto, a qualsiasi salario, pena l'istituzionalizzazione delle famigerate workhouses, le quali assunsero con il passare degli anni sempre più la forma sia la funzione di istituti di pena. Alla tradizione della legge sui poveri si è affiancata quella dei paesi continentali e Sud europei nei quali hanno prevalso il cattolicesimo sociale e l'enfasi sul principio di sussidiarietà mentre l'intervento pubblico nell'ambito dell'assistenza è stato tradizionalmente contenuto. In questi paesi La chiesa ha mantenuto a lungo un ruolo di primo piano nella sfera sociale attraverso l'attività degli enti di carità che hanno detenuto il primato dell'assistenza ai poveri. Con il passare del tempo si capì che il soddisfacimento di questi bisogni non poteva più essere lasciato solo all'iniziativa privata e a provvedimenti repressivi. Tuttavia, solamente alla fine dell'800, la nascita dei moderni sistemi di welfare fornì una prima risposta ai rischi e ai bisogni generati dalle grandi trasformazioni della società e dell'economia che avevano caratterizzato questa fase storica. Per far fronte alle sfide poste dal nuovo contesto socio economico i paesi nordici e anglosassoni inaugurarono schemi di tutela del reddito di stampo universalistico introducendo prima di tutto schemi assistenziali rivolti agli anziani poveri, poi trasformati negli anni successivi in schemi universalistici rivolti a tutti gli anziani come Diritto di cittadinanza. Nei paesi dell'Europa continentale invece si optò per la via occupazionale, tanto che gli schemi di assicurazione sociale obbligatoria sperimentati nella Germania bismarckiana apparvero come lo strumento istituzionale più efficace per rispondere ai problemi sociali della nascente società industriale. L'esempio tedesco venne seguito dagli altri Stati europei tanto che all'inizio del Novecento quasi tutti i paesi dell'Europa continentale disponevano di schemi assicurativi obbligatori per i lavoratori organizzati in quattro settori funzionali principali: malattie e maternità; infortuni sul lavoro; invalidità e vecchiaia; disoccupazione. All'ascesa delle misure di welfare forti di tipo previdenziale corrispose così una progressiva perdita di rilevanza quei tipi di schemi assistenziali preesistenti. Nel nuovo quadro infatti ciò che non veniva tutelato per via previdenziale continuava a ricadere sulle strutture assistenziali di tradizione religioso o Municipale, che costituivano un universo ancora molto frammentato e disomogeneo in prospettiva comparata. Dopo il secondo conflitto mondiale, durante il trentennio di massima espansione del welfare state, entrò in scena un nuovo tipo di prestazioni assistenziali che potremmo chiamare di seconda generazione. Nella complessità del welfare state queste nuove misure, nelle forme di trasferimenti monetari e servizi sociali rappresentarono la risposta a due differenti esigenze. Da un lato ponevano rimedio alle lacune di copertura lasciate dagli schemi di assicurazione sociale obbligatoria. Questo era particolarmente necessario in quei paesi che avevano seguito la via occupazionale in quanto il legame tra posizione nel mercato del lavoro e titolarità del diritto di

tutela contro i principali rischi sociali era più forte. In questa direzione molti paesi iniziarono a dotarsi di uno schema di reddito minimo garantito volto ad assicurare risorse sufficienti per rispondere alle esigenze essenziali di vita a tutti coloro che si trovavano in una situazione di bisogno. Dall'altro lato l'introduzione di prestazioni e servizi sociali di nuova generazione ha risposto anche alle esigenze connesse alle trasformazioni del Mercato del Lavoro e della famiglia soprattutto in relazione al processo di emancipazione femminile. L'assistenza sociale ha cambiato così volto andando ad orientarsi verso forme di sostegno agli Individui e alle famiglie in un'ottica di empowerment. Negli anni 60 e 70 iniziarono a diffondersi servizi territoriali volti a dare supporto ai vari bisogni legati al ciclo di vita. L'evoluzione della spesa per i servizi, con una crescita molto sostenuta soprattutto degli anni 80, rispecchia questa tendenza. L'espansione dei servizi sociali ha dato il via a una trasformazione estremamente rilevante per l'architettura istituzionale complessiva del welfare state. Negli anni 60 la centralizzazione del welfare state conobbe così il suo maggiore cambiamento. Lo sviluppo dei servizi sociali si associò infatti a una crescita della rilevanza dei livelli subnazionali di governo e a una loro crescente richiesta di autonomia. A partire dagli anni 70 in molti paesi europei si registra un processo di decentramento che si concretizzò in una prima ondata di interventi normativi, attraverso cui in molti paesi vennero riconosciute nuove competenze e funzioni. La profonda revisione dell'assetto delle competenze del welfare state europeo può essere interpretata come una risposta a pressioni di tipo funzionali: da un lato in ragione del sovraccarico dei governi centrali, legato alla progressiva differenziazione socio-economica e alla crescente complessità delle responsabilità di governo; dall'altro il decentramento iniziò ad essere percepito come un'opzione vantaggiosa, capace di contribuire al raggiungimento di maggiore efficienza nella gestione dei servizi pubblici ed efficacia nell'implementazione delle politiche nazionali. Nel momento in cui le regioni nacquero come enti autonomi iniziarono ad avanzare richieste di maggiore autonomia maturando un interesse al proprio accrescimento istituzionale e funzionale. Tra gli anni 60 e 80 i partiti regionalisti fecero la loro prima comparsa nella scena politica. Il decentramento di funzioni legate alle politiche sociali contribuì in questo senso il processo di region building. Il sovraccarico di funzione e istanze alle quali veniva difficile dare risposta in un contesto caratterizzato da costi crescenti e risorse scarse, rendeva il decentramento vantaggioso anche per il centro che poteva in tal modo passare ad altri il peso di scelte politiche costose. Il **decentramento della penuria** si presenta quindi come un'operazione politica vantaggiosa che permetteva di realizzare tali adattamenti devolvendo responsabilità e imponendo vincoli di bilancio ai livelli subnazionali. L'irrobustimento dei governi regionali ha inoltre trovato una serie di incentivi anche nel processo di integrazione europea. Lo sviluppo del policy-making comunitario e il consolidarsi di nuovi spazi di partecipazione a livello sovranazionale hanno operato da stimolo per l'affiorare di istanze subnazionali legate al riconoscimento di maggiore autonomia e responsabilità decisionale nei confronti dei governi nazionali.

- Le specificità nei paesi dell'Europa meridionale.

Grecia, Italia, Portogallo e Spagna si caratterizzarono per una forte arretratezza rispetto ai paesi dell'Europa continentale Nordica, sia nel campo delle prestazioni selettive minime di garanzia del reddito, sia per quanto concerne lo sviluppo di servizi sociali. La rete di sicurezza si è sviluppata attraverso una sequenza frammentata fatta da addizioni successive per categorie di bisogno mantenendo una configurazione istituzionale fortemente differenziata. Sul fronte dei servizi alle famiglie, alle persone anziane e ai disabili, il ritardo maturato nel corso degli anni 70 e 80 persiste ancora oggi. La ricerca comparativa ha individuato quattro fattori che possono contribuire a spiegare l'arretratezza registrata; i primi due fattori hanno a che

fare con il lato della domanda, vale a dire con le istanze emergenti dai contesti sociali di riferimento per la creazione e lo sviluppo di un sistema integrato di assistenza sociale. Nel terzo e quarto fattore invece entrano in gioco aspetti legati all'offerta, connessi cioè alla disponibilità di risorse e di capacità di gestione degli interventi stessi, aspetti che quindi possono avere avuto un impatto sulla percorribilità di talune scelte.

1. Il primo fattore a che fare con il **familismo** che caratterizza i paesi dell'Europa meridionale, un tratto che si concretizza nella capacità e nell'obbligo della famiglia estesa di funzionare come ammortizzatore sociale per i suoi membri, assolvendo così ad una molteplicità di funzioni. Questo modello, definito *delle solidarietà familiari e parentali*, può essere interpretato come un adattamento alle lacune di intervento dello Stato e come contributo a mitigare le pressioni funzionali per l'intervento pubblico, sia nei servizi di cura, sia con riferimento al sostegno del reddito.
2. Il secondo fattore ha contribuito ad attenuare lo scopo funzionale delle misure socio-assistenziali che dipendono da alcune caratteristiche dell'Economia e del Mercato del Lavoro nei paesi Sud europei. Innanzitutto l'esistenza di un **mercato del lavoro periferico** ha permesso che anche i lavoratori marginali e poco qualificati potessero accedere a occupazioni che seppur poco garantite e scarsamente retribuite hanno rappresentato un'ancora al sistema di protezione sociale di natura previdenziale. **L'economia sommersa** ha poi costituito un ulteriore fonte di reddito per molte famiglie, mentre l'accesso al sistema di protezione sociale veniva garantito tramite uno dei membri del nucleo familiare.
3. Il terzo fattore fa sì che le misure assistenziali, stabilendo il diritto alla prestazione in base a una prova dei mezzi, sono particolarmente onerose in termini amministrativi e gestionali. La selettività di questi schemi presuppone inoltre che ci sia un'effettiva capacità di accertare lo stato di bisogno dei richiedenti attraverso procedure standardizzate, non permeabili da manipolazioni clientelari. Scarse capacità ne minerebbero profondamente sia l'efficacia sia l'efficienza. **La debolezza delle situazioni statuali** nei paesi dell'Europa meridionale in termini di scarsa professionalizzazione e basso grado di autonomia degli apparati amministrativi, le rende perciò particolarmente vulnerabili ed esposti a distorsioni. Tale rischio è stato spesso sfruttato nel dibattito politico in questi paesi, come giustificazione della scelta di limitare l'ambito di applicazione delle prestazioni della prova dei mezzi a categorie specifiche, facilmente identificabile come gli anziani e disabili.
4. Il quarto fattore che ci aiuta a comprendere l'arretratezza del settore socio assistenziale nei paesi europei riguarda il **timing** dell'intervento pubblico, ossia il diverso momento in cui si sono manifestate le pressioni funzionali per una modernizzazione di questo ambito di policy. Nei paesi nordici i servizi sociali si istituzionalizzarono in un periodo di forte crescita economica e di generale espansione del welfare. All'opposto nei paesi Sud europei l'esigenza di una revisione delle politiche socio-assistenziali si affaccia con un ritardo temporale di quasi vent'anni e viene a coincidere proprio con la fase del contenimento forzato della spesa, in un periodo dunque in cui già erano evidenti i costi di un welfare state ormai maturo con prestazioni pensionistiche generose e una spesa sociale che impegnava una quota ragguardevole di pil. Questi paesi hanno così mancato la finestra di opportunità apertasi durante la fase dell'espansione del Welfare e oggi incontrano maggiori difficoltà ad adottare riforme di tipo espansivo.

2.2 **L'evoluzione dell'assistenza sociale in Italia**

- Dalle origini alla caduta del regime fascista

Il primo intervento normativo del nascente Stato Italiano nell'ambito dell'assistenza sociale risale al 1862 quando si stabilì la presenza in ogni comune delle congregazioni di carità. Questi

enti rappresentano i primi organi di assistenza pubblica generica nei confronti dei bisognosi. Il loro ruolo risulta Tuttavia residuale rispetto alle attività caritativo-assistenziali di una fitta rete di organizzazioni private. Il processo di centralizzazione amministrativa del paese che seguì l'unificazione non era infatti un forte impatto sulla struttura e sul funzionamento del sistema assistenziale. Come avveniva negli Stati preunitari anche dopo l'unificazione le **opere Pie** continuarono a rappresentare il perno centrale del settore. Nel 1890 l'istituzione delle congregazioni di carità tentò di provvedere al riordino del intricato sistema delle opere pie. **La legge Crispi** che fu il primo intervento normativo sull'assistenza sociale in Italia, nel 1890, attribuì infatti alle opere Pie personalità giuridica pubblica. Riconoscendo come pubblici i loro fini, denominandole così istituti pubblici di beneficenza(IPAB). La legge però era ancora improntata al paternalismo e al controllo sociale degli assistiti e non contribuì a modificare in maniera significativa la configurazione dell'intervento socio-assistenziale. Non venivano infatti individuati i Diritti Sociali in capo ai soggetti in difficoltà. Il ventennio che intercorse fra la fine dell'800 e la conclusione della Prima Guerra Mondiale fu caratterizzato dall'approvazione di alcuni provvedimenti sociali prevalentemente di natura previdenziale tra cui *l'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni* nel 1898 e quella *contro la vecchiaia e la disoccupazione* nel 1919. Il conflitto mondiale contribuì a rendere più evidente lo stato di inadeguatezza delle misure di assistenza pubblica presenti in Italia. La guerra e l'immediato dopoguerra furono infatti caratterizzati da un aumento della disoccupazione e da un generale peggioramento delle condizioni di vita e di lavoro di ampi strati della popolazione. Nel nuovo contesto socio economico gli interventi statali di natura assistenziale e previdenziale erano insufficienti e gli istituti di mutualismo volontario di carità non avevano risorse e strutture adeguate per fronteggiare la situazione di emergenza. In risposta a queste carenze dal 1917 si assistette a una fioritura di enti centralizzati dedicati all'assistenza a categorie specifiche di bisogni, come *l'opera nazionale per gli invalidi di guerra* attiva dal 1917 e *l'opera nazionale combattenti* nel 1918. L'avvento del Fascismo si accompagnò a importanti interventi soprattutto in campo previdenziale. Vennero istituiti numerosi enti assistenziali nazionali dedicati a specifiche categorie sociali come i ciechi e gli orfani. La politica sociale del regime tese a fare della famiglia fascista e Cattolica uno dei suoi simboli. Vennero così realizzati interventi volti a incentivare la maternità, le famiglie numerose e la costituzione di nuovi nuclei familiari. Nel 1925 si ebbe il più consistente intervento nell'ambito dell'assistenza all'infanzia e alla maternità con l'istituzione dell'Opera nazionale per la maternità e l'infanzia(OMNI). Questo ente era chiamato a coordinare tutte le iniziative a favore dell'infanzia. Nel 1937 vennero poi creati presso tutti i comuni gli enti comunali di assistenza(ECA), che sostituivano le precedenti congregazioni di carità realizzando così anche un passaggio in termini simbolici attraverso la sostituzione della denominazione del termine carità con quello di assistenza. Agli ECA spettava la semplice assistenza generica, ovvero soccorrere i poveri, gli orfani, i minori abbandonati, i ciechi e i sordomuti poveri con un ruolo complementare a quello svolto dalle IPAB. Alla fine degli anni 40 il quadro della Beneficenza legale in Italia si strutturava dunque su due livelli. Prima di tutto si trovavano le IPAB. A queste si affiancavano per l'assistenza generica l'ECA.

- Dal secondo dopo guerra ai primi anni 90
Dopo la caduta del regime fascista la Carta Costituzionale divenne il nuovo punto di riferimento per le politiche di assistenza sociale nell'Italia repubblicana; in particolare due articoli il 38 e il 117 individuavano le disposizioni fondamentali riguardo a questo settore, il primo con riferimento agli aspetti sostantivi, il secondo rispetto alla attribuzione di competenze fra i vari livelli di governo. L'articolo 38 sanciva la responsabilità dello stato verso il benessere dei

cittadini. Si distinguevano in questo l'assistenza sociale e la previdenza, dove quest'ultima offriva una tutela più intensa contro i principali rischi sociali ed era riservata ai lavoratori, mentre l'assistenza sociale era destinata a tutti i cittadini sprovvisti di mezzi che a causa di inabilità non erano in condizione di trarre dal lavoro il proprio sostentamento. L'articolo 117 riconosceva poi potestà legislativa e amministrativa alle regioni in materia di assistenza e beneficenza pubblica. Le regioni venivano così ad assumere un ruolo Centrale nel sistema socio-assistenziale italiano. Sulla base dell'articolo successivo poi, il 118, la regione era chiamata però ad esercitare solo il ruolo di decisione e di indirizzo e non di gestione diretta degli interventi che veniva attribuito agli enti locali. Negli anni successivi all'entrata in vigore della Costituzione, dal testo degli articoli 38 e 117 si origina un lungo dibattito dottrinale e giurisprudenziale sul significato delle nozioni di **assistenza sociale** e **beneficenza pubblica**, chiarito all'inizio degli anni sessanta da una sentenza della corte costituzionale, che distingueva l'assistenza sociale materia statale a cui si collegavano Diritti Sociali, dalla beneficenza pubblica, un insieme non ben definito di interventi, da cui non si originano Diritti Sociali in capo agli individui, e che potevano dunque essere discrezionali occasionali e limitata alle risorse dell'ente erogante, di competenza regionale e locale. Sebbene Durante la fase espansiva del Welfare, dal 1945 al 1975, l'aumento delle risorse destinate alla protezione sociale si diresse principalmente agli schemi di natura previdenziale, anche il settore dell'assistenza sociale fu interessato da alcuni importanti provvedimenti che riguardano sia la sfera del sostegno al reddito sia quella dei servizi sociali territoriali. Nel 1952 fu introdotto il trattamento di **integrazione al minimo della pensione**. Tale prestazione, nota come trattamento minimo, consisteva un'integrazione della pensione previdenziale per far sì che questa raggiungesse una soglia minima stabile per legge e crescente con l'età del beneficiario. Si configurava dunque come un intervento ibrido a metà strada tra la previdenza e l'assistenza. In seguito la funzione assistenziale dell'integrazione al minimo venne resa più esplicita. Nel 1983 l'accesso alla prestazione fu infatti subordinata alla prova dei mezzi. L'applicazione dell'integrazione al minimo ha tradizionalmente riguardato un ampio numero di pensioni. Nel 1969 venne poi istituita la **pensione sociale**, una misura di assistenza pubblica nelle forme di reddito minimo garantito riservato agli ultrasessantacinquenni senza diritto alla pensione di tipo contributivo in stato di indigenza. Nella medesima direzione pochi anni più tardi venne introdotta anche la **pensione di invalidità civile** una prestazione per le persone invalide e povere che non avevano diritto alla normale prestazione di invalidità. La tutela dell'invalidità fu inseguita completata nel 1980 **dall'indennità di accompagnamento**, un assegno mensile a somma fissa non soggetto alla prova dei mezzi e destinato agli invalidi non autosufficienti. Vennero poi pensate forme per il sostegno al reddito familiare. Negli anni 30 era stato avviato un sistema di **assegni familiari**. Questa modesta integrazione al reddito era inizialmente destinata al capo famiglia ed era legata alla presenza di altri familiari a carico (moglie- figli). Nel 1988 questo schema venne trasformato nell' **assegno per il nucleo familiare**, una prestazione riservata alle famiglie con reddito prevalente da lavoro dipendente e hai pensionati ex lavoratori dipendenti, anche questo fu soggetto alla prova dei mezzi. Sul fronte della beneficenza pubblica al livello territoriale, una delle disposizioni più importanti di questi anni fu la legge 132/1968, detta **legge Mariotti**, che disponeva la separazione tra le attività sanitarie e assistenziali fino a quel momento disciplinate assieme dalla legge Crispi. Questa legge trasformò gli ospedali da IPAB a enti pubblici. Nel 1970 l'istituzione delle regioni a statuto ordinario rese possibile attuare il decentramento amministrativo (117). Le responsabilità nell'ambito della beneficenza vengono attribuite a regioni ed enti locali mentre allo stato venivano lasciate le competenze relative ai

diritti soggettivi di natura assistenziale e contributiva. Nonostante ciò la riforma tardò ad arrivare, lasciando così per molti anni ampia autonomia ai livelli di governo decentrati. Questa lacuna comportò uno sviluppo disorganico degli interventi a livello regionale. La non definizione di un sistema di diritti minimi da garantire in modo uniforme diede il via ad una **differenziazione territoriale significativa** in relazione alle forme di intervento, ai soggetti componenti i diversi interventi, alla titolarità ed esigibilità delle diverse prestazioni. Nel 1977 venne introdotta una normativa di riordino nella maggior parte delle regioni italiane seguendo però percorsi difformi qualitativamente e quantitativamente. Sempre nell'ambito degli interventi assistenziali a livello territoriale, in questi anni furono approvati dallo Stato alcuni provvedimenti micro settoriali. Il più importante fu quello degli asili nido all'inizio degli anni 70. La legge 1044/1971 disponeva un piano quinquennale per l'espansione dei servizi di asilo nido, con l'obiettivo di raggiungere tra il 1972 e il 1976 un tasso di copertura del 5% riferito ai bambini sotto i 3 anni. L'attuazione della legge fu carente e contrassegnata da ritardi nella attribuzione dei finanziamenti. A questo si aggiunge un forte divario territoriale nella predisposizione dei servizi (molto concentrate al centro e al nord). Nella seconda metà degli anni 80 non vi furono provvedimenti nel settore delle politiche socio assistenziali ma ci furono solamente riforme per quanto riguarda l'INPS; con la riforma del 1989 venne formalizzata la separazione tra assistenza e previdenza all'interno dell'attività dell'istituto tramite la creazione di una gestione dedicata alle misure assistenziali, **la gestione degli interventi assistenziali e di sostegno alle gestioni previdenziali (GIAS)**; inoltre ci fu una riforma degli assegni al nucleo familiare (1988). In questa fase storica, lo Stato cercava sempre più di contenere la spesa pubblica, in particolare quella sanitaria dopo l'istituzione del 1978 del Servizio Sanitario Nazionale. A livello locale regioni e comuni proseguirono nella strutturazione delle proprie politiche socio assistenziali in base alla loro capacità di spesa. Nel corso degli anni andò così a formarsi un sistema di assistenza sociale disomogenea a livello locale e incerto a livello nazionale. Il periodo di espansione quindi della politica socio assistenziale italiana ha assunto i caratteri di una crescita disordinata di attori, soggetti e interventi non coordinati la cui risultante è **un sistema fortemente iniquo, inefficiente ed inefficace.**

3 La stagione delle riforme negli anni novanta e duemila

3.1 Quindici anni di riforme

Solo a partire dalla seconda metà degli anni 90, il settore socio assistenziale è stato soggetto ad una serie di interventi che hanno contribuito ad una sua revisione. Un ruolo di particolare rilievo nel dibattito sulla riforma è stato svolto dalla **Commissione Onofri**. Nominata nel 1997 dal governo Prodi con l'ambizioso mandato di pensare ad una riforma dello Stato sociale Italiano; essa ha infatti contribuito offrendo una diagnosi sulle lacune e le irrazionalità che caratterizzavano l'intervento pubblico in materia socio assistenziale, formulando proposte di policy per superarle. Tra le principali debolezze, la commissione segnalava una spesa inadeguata, un'elevata frammentazione istituzionale e categoriale combinata a sovrapposizioni funzionali, l'inclinazione a favore dei trasferimenti a discapito dei servizi, la marcata differenziazione territoriale e l'assenza di una rete di sicurezza sociale di ultima istanza. A fronte di ciò la commissione raccomandava che la riforma del settore si ispirasse a due linee guida di base: l'incremento e la razionalizzazione. Per far ciò venivano individuati 4 ingredienti essenziali:

1. L'aumento della spesa
2. universalismo selettivo
3. il rilancio dei servizi sociali

4. maggiore omogeneità territoriale.

Negli ultimi 15 anni il processo di ricalibratura della politica socioassistenziale ha visto l'introduzione di alcune nuove prestazioni a cui tuttavia non sia accompagnata una riconfigurazione complessiva. I principali interventi di riforma furono tra il 1996 e il 2011, in un periodo che ha visto susseguirsi quattro legislature e nove governi.

- La legislatura di centro-sinistra 1996-2001: i primi segnali di modernizzazione. La legislatura 1996-2001 ha rappresentato un periodo importante per le politiche socio-assistenziali italiane, sia sul piano cognitivo, grazie al lavoro della commissione Onofri, sia su quello delle realizzazioni concrete. Gli interventi approvati hanno riguardato sia il fronte dei Diritti Sociali, con l'introduzione e la sperimentazione del **reddito minimo di inserimento**, sia quello degli strumenti attraverso l'introduzione **dell'indicatore della situazione economica del fondo nazionale per le politiche sociali**. La legge del 1999 istituì **L'assegno di maternità assistenziale** diretto alle madri sprovviste di copertura assicurativa e **l'assegno per le famiglie con almeno tre figli minori**. Contemporaneamente venne introdotto il **fondo per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione**, volto a sostenere i costi per l'affitto delle famiglie a basso reddito che pur avendo i requisiti erano escluse dall'edilizia residenziale pubblica per insufficienza dell'offerta. Ai trasferimenti monetari diretti si aggiunsero anche alcuni interventi sul lato delle imposte, attraverso revisioni degli scaglioni e delle aliquote dell'IRPEF e delle detrazioni per familiari a carico. In particolare le detrazioni per figli vennero quasi triplicate ma gli esiti distributivi di questi interventi risultano nondimeno iniqui. Infatti, non avendo risolto il problema degli incapienti gli sgravi fiscali previsti non comportano alcun vantaggio proprio per le fasce più bisognose. La legge numero 285/1997 segnalò l'attenzione del governo ai servizi per l'infanzia. Conclusasi il finanziamento quinquennale straordinario a Opera della legge 1044/1971, per oltre vent'anni l'offerta di servizi per l'infanzia aveva potuto contare solo sui fondi delle regioni e degli enti locali. Con la legge 1997 si crea un nuovo canale di finanziamento, **il fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza**, volte a finanziare progetti a livello nazionale, regionale e locale per favorire la promozione dei diritti, la qualità della vita, lo sviluppo, la realizzazione individuale e la socializzazione dell'infanzia e dell'adolescenza privilegiando l'ambiente a esse più confacente Ovvero la famiglia. Sempre sul fronte delle politiche per la famiglia un'innovazione importante va segnalata rispetto al sistema dei congedi. In risposta a sollecitazioni provenienti dall'Arena domestica Ed Europea, nel 2000 fu approvato una revisione della normativa risalente al 1971 relativa ai congedi per la cura dei figli. In particolare con la legge 53/2000, lasciate inalterate le caratteristiche del congedo obbligatorio di maternità Per le madri occupate, ha modificato il congedo parentale facoltativo. I genitori hanno ora diritto ad un periodo di astensione fino a 10 mesi, che salgono a 11 se il padre ne usufruisce in parte. A fianco di queste misure il lancio del **reddito minimo di inserimento (RMI)** * rappresenta un'altra novità importante della legislatura. Dando realizzazione alle indicazioni della commissione Onofri, il reddito minimo di inserimento Si configurava infatti come il primo schema non categoriale di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale nel panorama italiano. Introdotto in forma di sperimentazione per due anni, dal '99 al 2000, su un numero esiguo di comuni la misura venne poi estesa dalla legge finanziaria per il 2001 per altri 2 anni a un totale di 306 comuni per poi essere abbandonata. La rilevanza Di questa misura è dovuta principalmente al fatto che se fosse stata generalizzata avrebbe permesso all'Italia di superare una delle lacune maggiormente distinte nel suo sistema di assistenza sociale, dotandosi di uno schema di lotta alla povertà non categoriale. Nella

direzione di una maggiore equità nella gestione della selettività sul territorio nazionale, nel 1998 venne inoltre introdotto l'indicatore della situazione economica ISE che avrebbe dovuto divenire la pratica standard per stabilire le leggibilità dei richiedenti alle prestazioni soggettive alla prova dei mezzi. Al fine di una razionalizzazione delle risorse impiegate nel settore assistenziale, nel 1997 venne istituito il fondo nazionale per le politiche sociali che dava organicità alle risorse destinate a questo ambito di intervento fino ad allora disperse in una molteplicità di linee di finanziamento. A lato di questi interventi settoriali, la novità più rilevante della legislatura in campo socioassistenziale è stata l'approvazione della **legge quadro di riforma dei servizi sociali** * attesa dal decentramento degli anni 70. A distanza di oltre un secolo dalla legge Crispi, **la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali** delineava un quadro unitario e coerente per gli interventi socio assistenziali nel paese. (Legge 328 del 2000). Se da un lato la riforma dell'assistenza sociale ha rappresentato un grosso passo in avanti rispetto al passato nel settore assistenziale italiano, l'impatto del suo slancio riformista risulta Tuttavia affievolito sia in seguito alle vicende di natura politica che portarono a un cambio della maggioranza di governo e di conseguenza anche nel sostegno alle linee della riforma e all'impegno nell'attuazione della stessa; sia a causa dell'intervenuta riforma del **Titolo Quinto della Costituzione del 2001** Che ne ha intaccato l'obbligatorietà. A pochi mesi di distanza dall'approvazione della legge quadro la riforma della Costituzione con la legge 3 del 2001 attribuisce Infatti alle regioni competenza esclusiva in materia. In seguito ciò lo scenario entro cui hanno dovuto confrontarsi i vari livelli di governo è profondamente cambiato. Infatti se prima della riforma le regioni avevano l'obbligo di legiferare conformemente all'intero compianto della legge quadro, secondo quanto definito dal nuovo impianto costituzionale le regioni avevano potestà legislativa esclusiva in materia, avrebbero dovuto garantire solo **i livelli essenziali delle prestazioni (LEP)** * da definirsi a livello nazionale. A parziale contenimento della potestà esclusiva regionale il nuovo Articolo 120 della Costituzione precisava infatti che il governo avrebbe potuto sostituirsi qualora lo richiedessero la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali.

- La legislatura di centro-destra 2001-2006: tra innovazioni e occasioni mancate. I principali interventi in ambito socioassistenziale durante questa legislatura si orientavano al sostegno al reddito di anziani e famiglie attraverso un **incremento delle pensioni minime e l'introduzione di deduzioni per i carichi familiari**. Uno dei primi interventi in materia sociale del nuovo governo di centro-destra fu l'introduzione nel 2002 di un'integrazione destinate ai pensionati con cui si elevava l'importo minimo della pensione alla soglia simbolica di un milione di lire. L' integrazione era destinata a tutti i pensionati ultrasettantenni, indipendentemente dalla gestione di appartenenza e quindi comprendendo sia le pensioni assistenziali sia quelle previdenziali. Questo intervento permise così di abbattere definitivamente le differenze nell'importo tra pensione integrata al minimo e pensioni sociali, la cui riduzione era iniziata già negli anni 80. Tale innovazione ebbe una certa importanza anche sul piano finanziario se si conta che i soli beneficiari di integrazione al minimo delle pensioni nel 2005 erano un terzo del numero complessivo delle pensioni previdenziali erogate. In continuità con gli interventi della legislatura precedente la maggioranza di centrodestra decise di utilizzare la leva fiscale per sostenere il reddito delle famiglie. Le leggi finanziarie 2002-2003 introdussero nuovi sgravi fiscali per le famiglie nella forma di riduzioni del reddito imponibile dal reddito da lavoro o da pensioni, oltre a rendere più generose le detrazioni per le famiglie a carico. Con l'ambizione di promuovere la natalità venne poi approvato una misura una tantum nella forma di un bonus

bebè di €1000 alla nascita di ogni figlio, limitatamente al 2004, tributo poi esteso al 2005 al 2006 per i figli successivi al primo, per i soli cittadini italiani e comunitari. Nel 2002 Inoltre l'approssimarsi del termine della sperimentazione del reddito minimo di inserimento pose la coalizione di fronte alla necessità di dover decidere se procedere a una sua generalizzazione. Questa opzione viene Tuttavia rigettata e la misura si concluse.

4. Capitolo kazekof

4.1 le tre generazioni del servizio sociale

È possibile suddividere il percorso evolutivo delle politiche assistenziali in tre generazioni che hanno durate differenti e Sono caratterizzate da politica e basati su principi regolatori e caratteristiche differenti. Queste sono fortemente legate al contesto socio economico e socio politico di riferimento.

1. La prima generazione di assistenza sociale risale al 1800 quando in Inghilterra Elisabetta I adottò l'act for the relief of the poor, che prevedeva una tassa sui poveri è obbligava le autorità pubbliche locali a farsi carico delle persone bisognose. Questa legge era una forma di regolazione della povertà che prevedeva l'assistenza solo per i poveri appartenenti alle comunità locali, così da contenere il vagabondaggio. Erano misure molto stigmatizzanti e mirate a garantire l'ordine pubblico più che il benessere dei poveri. Questo divideva i poveri in meritevoli e non meritevoli.
2. Le politiche di seconda generazione sono collegate con il profondo processo di modernizzazione sociale che ha alimentato una diffusa e progressiva assunzione di responsabilità pubblica da parte dello Stato nei confronti delle condizioni di bisogno. Le misure assistenziali di seconda generazione tendevano a garantire il superamento della categorialità. Una delle caratteristiche principali di questa generazione è la loro natura prevalentemente passiva che prevedeva l'erogazione di un sussidio economico a fronte di una prova dei mezzi, ovvero del confronto del reddito della persona in condizione di bisogno e una determinata soglia.
3. A partire dagli'anni 80, le profonde trasformazioni che la seconda transizione demografica ha comportato bassi tassi di fertilità e la profonda crisi economica portato a diffondersi di nuovi rischi sociali . in particolare la diffusione della disoccupazione di lungo periodo e l'aumento delle condizioni di bisogno di coloro che <<uscivano >> dal sistema previdenziale per <<entrare>> in quello assistenziale creato per le premesse per il passaggio a misure assistenziali di terza generazione. Il fatto che tra i nuovi poveri vi fossero sempre più disoccupati tout court e le conseguenze di periodi prolungati di disoccupazione e/o dipendenza hanno spinto le amministrazioni a sviluppare politiche di attivazione. Queste prevedevano, parallelamente all'erogazione di un sussidio, anche formazione, riqualificato, partecipazione attiva al mercato del lavoro. Il passaggio da una generazione di politica assistenziale ad un'altra è avvenuto lungo un arco temporale di durata variabile. I percorsi differiscono a seconda dei paesi, del loro sviluppo economico e degli equilibri politici. Il passaggio da politiche assistenziali passive di seconda generazione a politiche assistenziali attive di terza generazione trova declinazioni differenti nei vari contesti.

4.2 quattro modelli nell'Unione Europea di Maastricht

Per classificare i sistemi di assistenza sociale in Europa hanno utilizzato quattro criteri :

- a. l'esistenza di uno schema generalizzato di garanzia minima del reddito in contrasto con schemi di protezione categoriale.
- b. L'enfasi su politiche mirate a mantenere il reddito piuttosto che ha promuovere l'integrazione sociale.
- c. L'equilibrio alle prestazioni è discrezionalità.
- d. L'esistenza di una responsabilità centrale nella regolazione e gestione delle misure rispetto a una responsabilità degli enti territoriali subnazionali.

Incrociando questi criteri si arriva a delineare quattro modelli prevalenti nell'UE:

1. Modello nordico; i paesi nordici, avendo concentrato la loro attenzione sulle politiche previdenziali e sui servizi a carattere universalistico si distinguono per il fatto di attribuire all'assistente sociale un ruolo residuale. L'assistenza sociale ha svolto un ruolo minore, integrando con prestazioni economiche relativamente generose eventuali prestazioni di altri sistemi di protezione quando Queste erano al di sotto di una determinata soglia.
2. Modello britannico; differentemente al modello nordico il regno unito, avendo un sistema contributivo meno generoso con prestazioni di accesso più limitato, ha trasformato l'assistenza sociale in una misura sempre più importante per una parte crescente della popolazione. tale aumento è stato accompagnato da tassi di povertà relativamente alti e da una stigmatizzazione delle persone in condizione di bisogno più marcata.
3. Modello continentale; nei paesi dell'Europa continentale le misure assistenziali istituite nel dopoguerra Sono caratterizzate da forme più o meno inclusive di universalismo selettivo, contraddistinte da una chiara Definizione dei diritti e doveri delle persone in condizioni di bisogno da criteri di accesso relativamente omogenei.
4. Modello mediterraneo; i paesi dell'Europa meridionale, tra cui l'Italia, si collocano in una posizione estremamente marginale. Essi condividono un modello di sviluppo delle politiche sociali che vede da un lato un apparato contributivo-previdenziale molto frammentato, ma comunque ampio e per alcuni gruppi anche generoso, dall'altro la mancanza di misure contro la povertà regolata a livello nazionale. In Italia, ad esempio, la pensione sociale ha costituita a lungo l'unica misura che definisce un diritto esigibile in caso di bisogno economico.

4.3 **le politiche di assistenza sociale in Italia**

L'Italia non presenta una posizione invidiabile, nonostante l'articolo 38 riconosca che ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per Vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale. Gli studiosi hanno identificato vari aspetti che hanno caratterizzato i nodi critici principali del welfare state italiano negli anni 80 e che possiamo riassumere in quattro punti, mettendo in evidenza le specificità dell'assistenza sociale ad essi collegati.

1. la **categorialità e frammentarietà** delle politiche, ovvero l'esistenza di misure mirate a gruppi specifici al di fuori di un disegno istituzionale complessivo volte al mantenimento del reddito in condizioni di bisogno totale.
2. lo **squilibrio della distribuzione della spesa pubblica** tra gruppi di beneficiari e politica categoriali, con una bassa capacità redistributiva e una riproduzione dello status quo ottenuto sul mercato del lavoro e delle forti disuguaglianze che ne conseguono.

3. Il **particolarismo clientelistico** delle misure che sono state nel tempo approvate attuate, ricollegabile a una affermazione storicamente e politicamente particolarista degli interessi a una gestione elettorale delle risorse.
4. La **sussidiarietà passiva**, ovvero l'attribuzione di responsabilità agli autori della sussidiarietà che hanno da sempre svolto il ruolo chiave nel proteggere i soggetti più deboli a fronte di una scarsa attribuzione di risorse e servizi per potervi far fronte adeguatamente.