

VII.

29 ottobre 1971

INCONTRO DELLA DELEGAZIONE DELLA COM-
MISSIONE INTERNI CON RAPPRESENTANTI
DELLA POLITICA SOCIALE SVEDESE

PAGINA BIANCA

Nelle pagine che seguono è riportato il resoconto stenografico del colloquio della delegazione della Commissione interni con il Sottosegretario per gli affari sociali e della sanità della Svezia.

Il colloquio si è svolto a Stoccolma il 29 ottobre 1971 nella sede del Ministero degli affari esteri.

Segue il resoconto di un breve incontro presso la Direzione degli affari sociali (Socialstyrelsen).

Sono infine pubblicati in allegato documenti relativi alla organizzazione dell'assistenza in Svezia e al costo e finanziamento dei servizi sociali.

PAGINA BIANCA

Incontro con il Sottosegretario per gli affari sociali (Socialdepartement) Karl Fridh nella sala grande del Ministero degli affari esteri.

(Stoccolma, 29 ottobre 1971, ore 9.30)

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. Dò il benvenuto alla delegazione italiana. Vi presento il signor G. Danielson Capo dell'ufficio giuridico ed il signor Åke Fors, Capo del Dipartimento assistenza minorati e riabilitazione.

Abbiamo creduto di capire che la delegazione è particolarmente interessata all'assistenza ai vecchi e all'assistenza di coloro che sono fisicamente handicappati ed anche a certe questioni che riguardano i bambini e gli invalidi.

Per fornire un quadro generale dell'assistenza abbiamo pensato di fare una breve introduzione su quello che riguarda l'assistenza sociale in Svezia ed il signor Danielson vi illustrerà con le sue parole la situazione.

Poi il signor Åke Fors vi farà una presentazione di quelle che sono le attività che svolgiamo nel campo dell'assistenza ai vecchi.

Per quanto riguarda l'attività diretta di questa assistenza sociale incomincerò a dire qualcosa su quello che sono i principi ai quali miriamo.

Per l'assistenza alla vecchiaia il principio è di fornire ai vecchi uno *status* economico e rendere queste persone anziane indipendenti. Abbiamo un programma articolato su tre punti che sta fornendo buoni risultati. Questi 3 punti sono:

1) fornire agli anziani, nella misura del possibile, la possibilità di poter continuare ad abitare nell'ambiente nel quale hanno sempre abitato. E per sopperire a questa necessità abbiamo appunto costituito l'associazione dei « Samaritani » che si occupano di fornire assistenza a questi anziani nelle loro stesse case;

2) il secondo punto consiste nell'elargire dei prestiti senza pagamento di interessi sui prestiti stessi, e ciò allo scopo di permettere agli anziani di rimodernare le loro abitazioni a proprio piacimento;

3) fornire una assistenza sanitaria, cure mediche particolari gratuite o a prezzo speciale molto accessibile.

Riguardo poi alla assistenza agli handicappati, dirò poche parole.

Quello che noi cerchiamo di fare con tutte le nostre forze è fornire agli handicappati la possibilità di vivere in mezzo agli altri il più normalmente possibile.

Riguardo all'assistenza ai bambini e ai giovani devo dire che qui in Svezia stiamo facendo tutto il possibile per dare assistenza ai genitori che non sono in grado di provvedere ai loro figli ed aprire asili d'infanzia per i bambini.

Quindi offriamo ad entrambi i genitori la possibilità di essere attivi, di lavorare e di avere una certa indipendenza. Offriamo ai bambini in età minore una prescuola che risolve i problemi di molti genitori impegnati con il lavoro.

Dopo questa mia breve esposizione desidero passare la parola al signor Danielson.

CORONA, *Presidente della Commissione affari interni*. Se mi consente vorrei presentare i membri della delegazione italiana, ma prima desidero dire al Sottosegretario per gli affari sociali che ho apprezzato la sua iniziativa di organizzare oggi stesso quest'incontro. Sappiamo che la fine settimana è importante in Svezia e quindi apprezzo maggiormente lo sforzo che ha fatto in nostro favore. Ora vorrei presentare i membri di questa nostra Commissione che è accompagnata dal Sottosegretario per gli affari interni onorevole Nicolazzi. La nostra Commissione ha la competenza sugli affari della Presidenza del Consiglio dei Ministri e del Ministero dell'interno da cui dipende l'assistenza pubblica in Italia. Ha inoltre competenza sugli affari del Ministero del turismo e dello spettacolo.

Noi siamo qui per l'assistenza. Abbiamo rilevato che nel nostro paese l'assistenza è condotta in una maniera che ha bisogno di essere rimodernata.

Questo è stato argomento di molti dibattiti nel Parlamento italiano. La Commissione

ha deciso di condurre un'indagine conoscitiva e nell'ambito di essa, d'accordo con il Ministero dell'interno, abbiamo deciso di fare questo viaggio nei paesi scandinavi incominciando con la Svezia di cui conosciamo i progressi raggiunti in questo campo. Per noi questi contatti sono di estrema importanza. Vogliamo conoscere la vostra esperienza in questo campo.

I membri della Commissione qui presenti approssimativamente rappresentano i vari gruppi politici del nostro Parlamento.

Ho già presentato il Sottosegretario onorevole Nicolazzi del partito socialdemocratico italiano. Gli altri sono l'onorevole Mattarelli del partito democratico cristiano, l'onorevole Maulini del partito comunista, l'onorevole Dietl del Südtiroler Volkspartei, l'onorevole Foschi, che è relatore di questa indagine conoscitiva, del partito democratico cristiano. Il secondo relatore è l'onorevole Abbiati del partito socialista italiano. L'onorevole Caprara è comunista del gruppo del « *Manifesto* ». Gli onorevoli Maggioni e Boldrin del partito democratico cristiano; l'onorevole Lodi, la sola signora che ci onora della presenza, del partito comunista; gli onorevoli Luberti, Iacazzi e Lavagnoli del partito comunista italiano e il dottor Pagano che è il segretario della Commissione.

DANIELSON, *Capo dell'ufficio giuridico Ministero affari sociali di Svezia*. Credo di poter affermare che l'assistenza sociale qui in Svezia è un concetto che copre un'area più vasta che non in Italia, nel senso, ad esempio, che l'assistenza sociale non è collegata al lavoro, oppure riservata al capo famiglia o ai membri della famiglia in senso isolato. Abbiamo un programma assicurativo che copre e riguarda tutti i cittadini.

Questo significa che tutti i cittadini che hanno raggiunto un'età pensionistica o che sono rimasti invalidi, o le donne che sono rimaste vedove, tutti hanno diritto automaticamente a delle prestazioni da parte dello Stato, come la pensione per esempio, indipendentemente dal fatto se abbia o meno mai pagato i contributi per avere diritto alla pensione.

Si potrebbe chiamare questa pensione un sussidio generale, una specie di assistenza sociale che va data a tutti quanti.

Questo significa che a tutti viene data la prestazione sociale dello Stato, indipendentemente da ciò che abbiano fatto e non viene perciò operato alcun accertamento per vedere

se uno ha diritto o meno alla pensione. La misura della pensione è di una entità tale che con un'aggiunta di un contributo che serve per pagare il fitto è sufficiente per vivere. Questa pensione basta. È una pensione dello Stato. Lo Stato poi concede ai comuni dei contributi che li facilita a concedere a loro volta altre prestazioni che vanno in favore di chi ha diritto di averle.

La filosofia che è alla base di queste assicurazioni sociali è che ognuno abbia una sovvenzione sotto forma di assicurazione ed essere quindi in grado di cavarsela in qualsiasi momento anche quando diventa vecchio.

A lato di questa pensione base - pensione popolare - che tutti ricevono e che non dipende dai contributi versati, esiste una prestazione libera (ATP) che sta in proporzione al reddito, al guadagno che uno ha percepito durante gli anni lavorativi. Allo stesso tempo e nel modo che viene elargita in Italia.

Nel quadro del sistema menzionato, le pensioni si dividono in 3 direzioni: pensione di vecchiaia, pensione d'invalidità e pensione superstiti.

La pensione d'invalidità è particolarmente interessante. Viene pagata già a partire dall'età di 16 anni, ma può essere attribuita anche a coloro che sono invalidi dalla nascita. Non è necessario alcun periodo lavorativo. Questa pensione è dello stesso ammontare della pensione di vecchiaia.

Per coloro che sono fortemente handicappati ci sono delle indennità supplementari particolari che devono permettere ai colpiti di fare fronte alle necessità della loro esistenza.

Sono anche previste delle prestazioni ulteriori per i casi più gravi che la invalidità possa determinare.

Per i fanciulli al di sotto di 16 anni che hanno necessità di avere particolare assistenza c'è una pensione supplementare.

Vorrei ora dire qualche cosa circa le cure ospedaliere. Tutti coloro che risiedono in Svezia sono assicurati. E questo è un diritto che ogni individuo ha indipendentemente dalla pensione.

Il contenuto di questa assicurazione è in primo luogo l'assistenza gratuita presso gli ospedali. Faccio presente che tutte le attività ospedaliere, tutti gli ospedali, in Svezia sono gestiti dallo Stato.

Quando si tratta di assistenza medica impartita presso il policlinico le prestazioni sanitarie si possono ottenere a un modico prezzo che è uguale per tutti e cioè di 7 corone circa.

Queste 7 corone, che corrispondono a circa 800 lire, coprono anche le analisi di laboratorio.

E naturalmente anche queste prestazioni hanno una grande importanza quando si tratta di spiegare le altre forme di assistenza sociale nel paese.

Per comprendere il quadro devo dire alcune parole sulla politica familiare in Svezia. La politica della famiglia non viene ignorata nell'assicurazione sociale. Viene finanziata completamente con mezzi statali. Nessuna contribuzione da parte del datore di lavoro o di altri. Che cosa s'intende per politica di famiglia spiegherò dopo. Tanto per incominciare abbiamo istituito gli assegni di famiglia per i figli, che vengono pagati a tutti fino al raggiungimento di 16 anni. Vengono pagati a tutti, senza indagini sul loro diritto di ricevere questi assegni o meno.

A questi assegni di famiglia per i figli vengono aggiunti particolari contributi per contribuire alle spese di abitazione.

Questi però sono subordinati alle indagini sulle possibilità economiche dei genitori.

Questi contributi per le spese di abitazione hanno una estrema importanza tenendo presente che in Svezia come negli altri paesi il costo degli affitti sta salendo in modo enorme.

Poi sarà bene che menzioni un'altra prestazione che pratichiamo in Svezia. Si tratta dei bambini che sono orfani di padre e di madre, o che hanno un solo genitore che si incarica di loro.

Tutti i bambini che hanno perduto uno o entrambi i genitori hanno diritto ad una pensione, pensione chiamata per bambini.

Inoltre c'è una particolare prestazione per i figli naturali e per i figli di genitori che sono divorziati. Il principio fondamentale seguito qui come in altri paesi è che i genitori che non hanno la cura dei bambini e sono divorziati devono contribuire con un contributo al genitore che ha la cura del bambino, ma sappiamo tutti quanto sia complesso e difficile fare questo. E per questo lo Stato ha introdotto una particolare garanzia che si chiama anticipo di contributo. Questo significa che chi ha la cura del bambino riceve dalla collettività un anticipo di questi contributi.

In tal modo rimane garantito il diritto di ricevere sempre questi aiuti, dopo di che la collettività esige il pagamento da parte del genitore che è tenuto a pagare il suo debito.

Mi spiace forse mi sto dilungando un poco, ma sono cose importanti.

FRIDH, *Sottosegretario di Stato per gli affari sociali di Svezia*. Se non hanno qualche cosa in contrario potrebbe continuare il signor Åke Fors.

FORS, *Capo del Dipartimento assistenza minorati e riabilitazione*. A completamento di quello che è stato già detto vorrei dire subito che abbiamo preparato per voi un opuscolo in inglese dove c'è una approfondita esposizione del problema (*).

In fatto di assistenza agli anziani e agli handicappati, sono i comuni che hanno un ruolo molto importante in questo campo.

I comuni hanno la precisa incombenza non soltanto di provvedere agli anziani e agli handicappati ma di andare a cercarli e vedere chi di loro ha diritto alla prestazione di questo genere. Forse è utile sapere che i comuni hanno diritto di far pagare un'imposta comunale.

E succede anche che i comuni più poveri ricevano un aiuto da parte dei comuni più ricchi che passano una parte dei loro introiti fiscali ai comuni più poveri. Quando si tratta dei vecchi, la loro assistenza sociale, la loro possibilità di vivere è garantita da un sistema di previdenza sociale che è completa.

Per rendere possibile agli anziani di continuare a vivere nei posti dove hanno sempre vissuto, oltre a questi contributi vengono dati dei contributi particolari per l'affitto.

I comuni costruiscono anche in certa misura delle abitazioni per pensionati. In certi casi si è incominciato a costruire degli alberghi per pensionati. Come vedete si è provveduto a dare una certa quantità di servizi a favore dei pensionati.

Come abbiamo detto, per aiutare le persone anziane o vecchi pensionati che non riescono a farcela da soli, si sono istituiti i gruppi chiamati « Samaritani » che li assistono.

I pensionati di regola non sono tenuti a pagare alcunché per questi servizi resi loro dai Samaritani, perché questi li paga il comune, a meno che i pensionati non siano ricchi.

I Samaritani aiutano nei lavori di casa, fanno da mangiare, accudiscono ai lavori domestici e vanno a fare le compere.

Ci sono altre attività che hanno lo scopo di aiutare i pensionati. Per esempio, la cura dei cronici. I cronici sono tenuti in considerazione dallo Stato.

(*) V. allegato n. 1, testo a cura dello stesso Fors tradotto in italiano, pag. 319 e segg.

E per quelli che non hanno la capacità di vivere da soli ci sono gli istituti di ricovero dove viene prestata loro anche l'assistenza sanitaria.

Per coloro, infine, che non sono in grado di vivere nemmeno presso questi istituti ci sono delle cliniche dove possono essere ricoverati a lunga durata. Oltre la metà degli attuali pensionati in Svezia si avvale degli istituti di ricovero o di altre forme di assistenza oltre la pensione che ricevono.

Per quanto riguarda gli handicappati va ricordata una legge sulla cura da prestare agli handicappati psichici in modo che essi, anche quelli che sono più gravemente malati, abbiano la possibilità di partecipare alla vita sociale, di andare a scuola, di integrarsi nella vita normale delle altre persone.

Per quei bambini che sono gravemente handicappati nel fisico c'è un istituto, una casa speciale, che ha funzione di scuola e per quelli che si sono aggravati esiste una scuola per minori disadattati che andremo a visitare quest'oggi.

Il lavoro del comune per andare a cercare le persone che hanno bisogno di aiuto nel settore particolare degli handicappati viene svolto dal servizio dei Samaritani che assistono non soltanto i vecchi ma anche gli handicappati.

In certi comuni esiste un servizio per handicappati che si occupa dei mezzi di trasporto per accompagnare gli handicappati in chiesa, di visitare i malati, di far svolgere loro determinate mansioni.

Ci sono delle prestazioni speciali che sono interessanti e cioè fornire le abitazioni degli handicappati di particolari esigenze. L'handicappato che non è più in grado di svolgere il mestiere che praticava prima viene indirizzato a un nuovo mestiere inviandolo a frequentare una scuola speciale e se necessario gli viene offerto un lavoro presso un'officina speciale per handicappati.

E quando un handicappato ha bisogno di una sedia speciale, di una poltrona a ruote o qualsiasi altro materiale a lui necessario che gli dia la possibilità di trovarsi in condizioni migliori, questo viene fornito gratuitamente.

Le prestazioni mediche fanno pure parte dell'assistenza.

E va ricordato che la legislazione che riguarda le abitazioni stabilisce che gli edifici devono essere costruiti in modo abitabile anche per gli handicappati.

È stato istituito un istituto per handicappati dove vengono studiati nuovi mezzi e costruzioni per gli handicappati.

È stato costituito anche un Consiglio degli handicappati dove sono rappresentati sia le autorità del capoluogo, sia un rappresentante degli handicappati stessi. Siccome qui in Svezia ci sono molte organizzazioni dei diversi tipi di handicappati, si formano delle associazioni e queste associazioni con il loro Consiglio degli handicappati si mantengono in stretto contatto con le autorità e con queste lavorano.

Per quanto riguarda l'infanzia e la maternità va ricordato che esistono uffici di assistenza alla maternità e all'infanzia (*mödra och barnvårdscentraler*) che assistono la madre durante il periodo della gravidanza, sia prima che dopo il parto. Il parto presso gli ospedali non comporta alcuna spesa. E la madre riceve al momento del parto circa 1.080 corone (circa 130 mila lire).

Alla parte trattata dal signor Danielson c'è da aggiungere a proposito della donna che svolge attività lavorativa che quando si trova in stato interessante, c'è una sovvenzione speciale che le viene data per 6 mesi rispetto alla data del parto. Prima o dopo non importa. E questo mette la donna in condizione di avere dal 50 al 100 per cento della retribuzione che riscuoteva.

A questo poi c'è da aggiungere l'assegno familiare per il bambino e tutte le altre forme di assistenza che completano il quadro di come viene assistita una famiglia.

I nidi d'infanzia sono gestioni comunali e i comuni per questo ricevono sovvenzioni dallo Stato; ma di nidi d'infanzia non ce ne sono in realtà a sufficienza per coprire il fabbisogno del paese.

Nelle scuole obbligatorie (i primi 9 anni della scuola), i bambini hanno modo di mangiare e viene loro offerto il trasporto gratuito sia per recarsi a scuola che per ritornare a casa. Dopo i primi 9 anni di scuola si possono ottenere forme diverse di assistenza quali borse di studio ed altre.

In certi casi, come si è detto, le distanze sono lunghe e il viaggio per andare a scuola il mattino e ritornare nel pomeriggio viene offerto a spese del comune con l'affitto di taxi che trasportano al massimo 2-4 bambini ognuno.

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. Ed ora secondo le nostre possibilità ci mettiamo a disposizione per cercare di rispondere alle vostre domande.

FLAMIGNI. Da noi in Italia uno dei fenomeni più caratteristici che abbiamo è la pro-

liferazione degli enti di assistenza. Si calcola che arrivano a 36 mila. Ed è una delle questioni più preoccupanti. La mia domanda è questa: ci sono in Svezia enti privati di assistenza di carattere religioso o politico o stranieri nel vostro Paese? Se ci sono, ricevono dei contributi da parte del Governo?

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. Quando si tratta dell'assistenza sociale in Svezia le cose stanno così: ci sono i comuni che sono incaricati dell'assistenza sociale. Non rimane spazio per altri.

E la stessa cosa è per la assistenza sanitaria che è ripartita su 25-26 giurisdizioni sanitarie (Landsting) che devono rispondere alle esigenze del paese. Non c'è posto per altri.

CORONA, *Presidente della Commissione interni*. Può un ente religioso interessarsi di assistenza sociale?

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. La possibilità c'è ed è stata anche realizzata ma sono così pochi che l'opera di questi enti sparisce con il resto. Non è stata mai di entità apprezzabile.

CORONA, *Presidente della Commissione interni*. Ricevono questi enti un contributo dallo Stato?

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. Quando si tratta di handicappati lo Stato dà degli aiuti. Dà un contributo per esempio all'Associazione dei ciechi, ma anche in questo caso è un supplemento di quell'attività sociale svolta dallo Stato.

Per dare un'idea, i costi sostenuti dallo Stato per l'assistenza agli handicappati sono di 3 miliardi di corone mentre per i contributi alle associazioni la spesa si aggira sui 2-3 milioni mensili. Questo perché tutta l'attività viene svolta dallo Stato.

NICOLAZZI, *Sottosegretario di Stato per l'interno*. Mi rendo conto che non possiamo addentrarci a fondo nei dettagli. Il nostro problema è quello di migliorare l'assistenza nel nostro paese. È per noi importante conoscere quali sono le competenze del Ministero degli affari sociali e come viene operato il decentramento dei compiti assistenziali essenziali, proprio perché in questo momento nel nostro Paese stiamo predisponendo leggi che fanno seguito alla istituzione delle Regioni. Quali sono le competenze dello Stato, del comune e di altri organi locali?

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. La domanda è molto interessante. Incomincerò a parlarvi prima di tutto del coordinamento dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza sociale.

Nel 1963 abbiamo operato riforme nell'ordinamento per cui tutte le forme di assistenza sociale sono concentrate presso il Ministero degli affari sociali.

Prima l'assistenza sanitaria era un settore diviso, non costituiva un tutto unico con l'assistenza sociale.

Nel 1963 le amministrazioni centrali dell'assistenza sanitaria e sociale sono state materialmente concretate presso un solo edificio.

Dal 1965 l'assistenza sanitaria e quella sociale sono state unificate nella competenza di un solo Ministero, quello degli affari sociali.

Quanto alla ripartizione dei compiti tra Stato e Comune, se semplifichiamo la cosa si potrebbe dire così: Sono compiti statali per esempio le assicurazioni sociali, la politica della famiglia, mentre l'assistenza sanitaria è compito di enti che non vorrei chiamare provincia o regione, ma giurisdizioni che sono 25 nel paese. Queste giurisdizioni hanno diritto di imposizione per far fronte alle spese che devono sostenere. La maggior parte del costo dell'assistenza sanitaria viene pagata da queste giurisdizioni. Una certa parte dei costi viene pagata dallo Stato.

Per l'assistenza sociale i compiti sono devoluti ai comuni, i quali per questa attività hanno anche essi un loro diritto di imposizione fiscale. L'onere maggiore per l'assistenza sociale è sopportato dai comuni, però lo Stato concede i contributi.

NICOLAZZI, *Sottosegretario di Stato per l'interno*. In Italia, a livello statale si occupano di assistenza principalmente il Ministero del lavoro, il Ministero della sanità ed il Ministero dell'interno. Qui invece i compiti dell'assistenza sono raggruppati tutti nel Ministero degli affari sociali.

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. Sì.

FORS, *Capo del Dipartimento assistenza minorati e riabilitazione*. C'è ancora una cosa da dire. In materia di finanziamento abbiamo detto per esempio che il comune risponde per l'assistenza agli anziani, ma non dobbiamo dimenticare una cosa: che ogni vecchio, ogni anziano, riceve una pensione e questo significa che esso è in grado di pagare per sé una grossa parte dell'assistenza che riceve presso

una casa di cura. E, per esempio, la pensione che spetta a tutti, nel caso in cui il beneficiario della pensione si trovi ricoverato in un istituto di cura del comune, questa pensione viene pagata al comune. Ma nello stesso tempo c'è una garanzia che il beneficiario si tiene una parte di questa pensione per le spese minute.

MATTARELLI. Qui c'è la tendenza ad assistere gli anziani nel loro ambiente, nelle famiglie. Domando io come riesce la società a fronteggiare questo servizio, a soddisfare questa tendenza? È maggiore il numero degli anziani assistiti presso le famiglie o quello degli anziani assistiti presso gli istituti di ricovero, case di cura, eccetera? Vorrei inoltre sapere come si svolge il lavoro dei Samaritani.

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. Nelle case per anziani ci sono circa 60.000 persone e abbiamo circa un milione di persone che hanno compiuto l'età di 67 anni, età in cui si ha diritto alla pensione in Svezia. Non è detto però che uno che ha raggiunto l'età di 67 anni ha bisogno di assistenza. Ci sono 280 mila persone che ricevono l'aiuto dei Samaritani oltre i 60.000 che risiedono nelle case per anziani. L'età media dei ricoverati presso le case per anziani è sugli 80 anni. I Samaritani prestano un lavoro che può durare da 3-4 ore alla settimana fino a tutto il giorno nei casi più gravi.

I Samaritani sono generalmente donne e sono assunti dai comuni, in prevalenza sono casalinghe. Ed è il comune che le recluta e le paga. Ci sono circa 60.000 persone che svolgono le funzioni di Samaritano.

MATTARELLI. La tendenza delle famiglie è quindi di disfarsi dei vecchi...

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. Si può dire che nella generazione di oggi la gente abbandona la propria casa già quando è ancora giovane.

Non abbiamo una tradizione che i giovani ed i vecchi vivono insieme come in Italia. Tutti devono lavorare e per lavorare i giovani devono trasferirsi altrove, lontano dalla casa paterna. Il fenomeno dell'urbanesimo è forte. Qui bisogna andare 200-800 chilometri di distanza per trovare lavoro. Però la figlia che non ha lasciato la casa dei genitori e vive vicino a loro, va a fare la Samaritana per loro e viene pagata dal comune anche se è legata da vincolo di parentela.

FOSCHI. Mi interessa sapere se si sono verificati dei cambiamenti di indirizzo in questi ultimi tempi. Vi sono state esperienze negative nell'applicazione pratica dei principi ora esposti? Vi sono tendenze culturali e politiche nuove per l'assistenza sociale? Ad esempio:

1) non ha dato luogo ad osservazioni negative la realizzazione di case di riposo e centri per gli anziani isolate dalle comunità cittadine?

2) Non sono state realizzate o non sono in programma esperienze di lavoro protette o con la partecipazione contemporanea di handicappati e normali individui?

3) Credete che la politica della famiglia possa esaurirsi solo in interventi di sostegno economico o debba invece sostanzarsi di una serie di iniziative tendenti a ristabilire un ruolo proprio della famiglia nella società industriale?

FORS, *Capo Dipartimento assistenza minorati e riabilitazione*. C'è stata una tendenza a isolare gli anziani in istituti costruiti alla periferia della comunità. Adesso c'è la tendenza di portarli al centro; non è pianificata alcuna integrazione di officine miste anche per il fatto che queste officine protette non sempre si adattano ad essere ingrandite.

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. È una domanda molto ampia quella sulla famiglia. E in molti aspetti possiamo considerarla collegata all'assistenza degli anziani. Nella vecchia comunità agricola ancora c'erano 2-3 nuclei familiari che formavano una sola famiglia. Oggi solamente il 5 per cento della popolazione attiva è nell'agricoltura. L'agricoltura viene esercitata soltanto da grandi imprese. Quindi la vecchia comunità non ritorna più, è un fatto sorpassato. Dobbiamo costruire sulla base di altre considerazioni.

Esiste nel nostro paese una forte concorrenza tra uomini e donne.

E questa a sua volta è basata dal fatto che sia gli uomini sia le donne possono lavorare nelle stesse condizioni con eguali retribuzioni e salari.

Questo significa che noi dobbiamo ampliare il servizio prestato dalla collettività per consentire ad ognuno una vita lavorativa.

In questo ambito rientra la costruzione di nidi in infanzia.

Io credo che sia molto difficile pensare che si possa instaurare la famiglia come una volta. Sarà la collettività ad avere la funzione

della famiglia. Però con la differenza che dovrà farla non a titolo di beneficenza ma come necessità sociale.

LODI ADRIANA. Vorrei conoscere la percentuale dei bambini che vengono inviati a frequentare gli asili e i nidi di infanzia.

Dal punto di vista educativo come vi partecipa la famiglia? Ho sentito che agli anziani vengono dati dai comuni dei contributi che servono soprattutto per pagare il fitto degli alloggi. Vorrei sapere se il comune riceve un contributo dallo Stato per effettuare questi pagamenti. Per quanto riguarda l'assegnazione delle abitazioni si sono verificati degli abusi?

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. Attualmente ci sono 80 mila posti per bambini presso i nidi di infanzia in Svezia e 100 mila posti presso nidi per giuochi dove vengono accettati i bambini un po' più grandi, ma che non hanno incominciato ad andare a scuola. Per quanto riguarda questi nidi per giocare, dove i bambini rimangono per 2-3 ore al giorno, ritengo che il fabbisogno sia quasi completamente coperto. Per i nidi di infanzia invece dove i bambini vengono tenuti tutto il giorno, la percentuale varia molto da comune a comune, ma nessun comune per il momento è in grado di coprire il fabbisogno, ragione per la quale si tende ad aumentare il numero di questi posti.

Oltre a questi nidi di infanzia veri e propri, i comuni possono affidare a privati la gestione del servizio. Non si tratta di istituti ma di affidare il servizio a singole persone, in genere a casalinghe, che tengono al massimo due o tre bambini.

Per risponde alla domanda circa i contatti e le reciproche influenze fra il genitore e il personale del nido di infanzia quando si lasciano i bambini nei nidi, la questione è semplice quando i bambini vengono affidati a privati. Quando invece si affidano i bambini alle pubbliche istituzioni sono in corso degli studi che tendono ad aumentare i rapporti fra genitori e il personale di questi nidi di infanzia.

Circa la domanda riguardante l'assegnazione delle abitazioni e gli eventuali abusi nelle assegnazioni, crediamo di poter dire *grosso modo* che nella maggior parte dei casi non avvengono abusi nel senso che intendete voi.

CAPRARA. Quale è il sistema di finanziamento di assicurazione malattia e di assistenza sociale?

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. Se noi consideriamo tutti i dispositivi previsti per la sicurezza sociale, si calcola che nel complesso costano circa 30 miliardi di corone all'anno che corrispondono a circa il 18 per cento del reddito nazionale. Il finanziamento viene fatto tramite imposte statali e comunali (*).

Poi i datori di lavoro pagano dei contributi speciali per quel tipo di pensione che corrisponde a quella italiana. I datori di lavoro pagano un determinato contributo per l'assistenza sanitaria. Ma la parte maggiore dei fondi viene procurata mediante imposte.

CAPRARA. In che modo si fa la previsione di spesa per le assicurazioni e l'assistenza?

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. Prima di tutto vorrei chiarire che queste assicurazioni vengono amministrare da enti statali e comunali.

L'unica assicurazione che non viene amministrata da enti statali è la cassa di disoccupazione che viene gestita da enti sindacali.

Questo significa che le decisioni relative alla politica rispetto a queste istituzioni sociali vengono prese nell'ordine normale, cioè dal Parlamento, e quando si tratta della politica nel settore comunale anche lì c'è il consiglio comunale; quando si tratta di giurisdizione, c'è un consiglio di giurisdizione.

LUBERTI. Vorrei sapere qualcosa sul sistema dei controlli.

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. Naturalmente è il Governo che ha la responsabilità diretta dell'attività assistenziale svolta. Poi sotto il Governo ci sono gli enti centrali esecutivi, cioè le direzioni generali, che a loro volta sorvegliano l'attività delle giurisdizioni.

Qui, nel nostro paese abbiamo una vecchia istituzione: il Commissario parlamentare (*Ombudsman*). Ad esso ognuno può scrivere, fare denunce, inoltrare reclami, eccetera, ma io penso che il controllo da parte delle direzioni generali sia abbastanza penetrante. C'è inoltre la possibilità da parte di ogni individuo di fare ricorsi.

Naturalmente quando un comune trasalascia di compiere una cosa c'è anche la denuncia tramite la stampa.

(*) Nel 1969 la spesa totale è stata di 26.468 milioni di corone pari al 20 % del reddito netto nazionale. Cfr. tabelle dell'allegato n. 2, pag. 337.

JACAZZI. Le pensioni base sono aumentate nel 1963. Chi è che stabilisce l'aumento del costo della vita? I sindacati o no?

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. Quando si tratta di pensioni generali supplementari (che corrispondono a quelle italiane) si è incominciato a pagare i contributi di pensione nel 1960 e ancora in fase di costituzione siamo arrivati al punto che vengono prestati le prestazioni di invalidità e i sussidi.

Tutti aderiscono a questo sistema e questo sistema si può dire che abbia avuto successo e il futuro di questi sistemi di pensione è assicurato dal fatto che si sono costituiti dei fondi di indennità molto grandi.

È un sistema che è venuto a funzionare così durante lo stesso anno... E questo grosso fondo che si è costituito viene impiegato per finanziare investimenti, soprattutto le costruzioni.

La determinazione dell'aumento del costo della vita viene fatta dall'Ufficio statistico. C'è una Direzione generale della statistica; questa ogni mese fa un controllo di quello che è il prezzo dei diversi prodotti e sulla base di questi controlli viene stabilito un indice mensile.

JACAZZI. Vi sono rappresentati i sindacati?

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. Non ci sono rappresentanti sindacali. Si tratta di una Commissione di esperti.

BOLDRIN. In che cosa consiste l'anticipo di contributi per i figli dei divorziati?

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. È una somma che viene versato dal Comune al genitore che ha in custodia il bambino.

BOLDRIN. Quale è la percentuale degli handicappati?

FRIDH, *Sottosegretario per gli affari sociali di Svezia*. Il 2 per cento della popolazione è riconosciuto handicappato.

(*Successivamente la delegazione si è incontrata con il Capo ufficio stampa della Direzione nazionale per gli affari sociali e sanitari (Socialstyrelsen) ed altri funzionari.*)

JANZON, *Capo ufficio stampa*. Cercherò di parlarvi di alcuni metodi della nuova Svezia sul piano sociale.

Questa Direzione generale per gli affari sociali e sanitari è l'organo esecutivo che risponde alla pianificazione del controllo sociale per tutti i settori sociali: ospedalieri, medici, persone addette all'ospedale. Una delle tendenze della nostra attività di assistenza è di essere antiistituzionale e contro l'istituzionalismo.

Possiamo incominciare con la assistenza sanitaria.

Più che in qualsiasi altra parte del mondo si è puntato sulla costruzione di ospedali ed è per questo motivo che qui in Svezia ci sono più posti-letto che in ogni altra nazione. Per mille abitanti ci sono 18 posti-letto. In Inghilterra 9 posti-letto, in Italia 6 posti-letto. Questo comporta una spesa molto elevata.

Noi abbiamo 25 giurisdizioni provinciali le quali dal 1862 provvedono alle spese per l'assistenza sanitaria. Ogni capo dell'assistenza sanitaria del capoluogo della giurisdizione ha sempre sognato di costruire un ospedale nella propria giurisdizione. E il capo dell'ospedale diventava l'esponente della città e il suo ospedale rientrava come uno dei grandi ospedali della giurisdizione. Alla fine si trovò che 26 ospedali specializzati erano diventati un eccesso e che avevano soltanto tendenza di ingrandirsi sempre più con specializzazioni.

Nel 1960 le 25 giurisdizioni decisero concordemente di dividere gli ospedali in 7 regioni (che comprendono da un minimo di 700.000 ad un massimo di 1.600.000 abitanti) con un ospedale principale e altri minori.

L'assistenza medica privata extra ospedaliera fino ad oggi è di qualità inferiore a quella degli ospedali governativi.

I medici privati del luogo quando vengono incaricati dallo Stato di svolgere un'attività medica in favore dell'assistenza sociale ricevono un contributo finanziario per svolgere una assistenza cosiddetta ambulatoriale.

Di medici privati la Svezia non ne ha mai avuti molti. La maggior parte dei medici è alle dipendenze dello Stato. Si calcola che alle dipendenze delle giurisdizioni ci siano 10 mila medici.

Soltanto 1.500 medici esercitano la professione privata. E sono sempre concentrati in grandi centri, dove hanno possibilità di avvalersi delle moderne attrezzature di cui gli ospedali sono dotati. Ciò a causa della politica di assistenza generale in vigore in Svezia.

Oggi sia nel campo dell'assistenza sanitaria che in quello dell'assistenza sociale cer-

chiamo di praticare anche una attività preventiva che comporta una spesa inferiore.

Nello stesso tempo si verifica una chiarissima tendenza di integrare la assistenza sanitaria con quella sociale.

Cioè stiamo avvicinandoci in altre parole a uno stato di normalizzazione del caso che ognuno trovi le cure necessarie nelle vicinanze della sua abitazione e ognuno viene aiutato a reinserirsi dopo la malattia nella vita sociale.

Una chiara tendenza anche nella nostra azione è quella che cerchiamo di aprire tutte le porte a quelli che sono deboli nella collettività. Questo avviene nel campo dell'educazione, nel campo del mercato del lavoro, nel campo delle abitazioni e nel campo della ricreazione.

Possiamo dire che così procedendo si è dato un appoggio a quelli che sono sfortunati nella propria attività di continuare a prestare il loro lavoro nella collettività.

Oggi abbiamo cambiato sistema, diamo il massimo appoggio ai più deboli perché siano portati a rendersi attivi.

Per esempio cerchiamo di aprire delle pre-scuole per bambini socialmente deboli, scuole normali per gli handicappati, lo stesso per gli alcolizzati e per i drogati. La linea che seguiamo è quella di fornire a costoro un servizio perché possano reinserirsi nella vita sociale.

Termino per darvi la possibilità di fare delle domande.

CORONA, Presidente della Commissione interni. Quale è la percentuale in Svezia di giovani alcolizzati? E dei drogati?

JANZON, Capo ufficio stampa. Non è un gruppo importante. In Svezia ci sono 10 mila alcolizzati. La metà localizzati nelle tre principali città di Stoccolma, Göteborg, Malmö.

La tendenza al consumo delle amfetamine è sviluppata ma ora il consumo si è arrestato.

Abbiamo riscontrato altre tendenze: quella dell'uso dell'oppio e del LSD. Non abbiamo casi di consumo di eroina mentre è sempre forte l'uso dell'*hashish*.

Anche in questo settore noi adottiamo il principio di andare a cercare questi drogati e li ricoveriamo in speciali case di cura. E anche a titolo preventivo cerchiamo di fare opera di convinzione nelle scuole per spiegare ai giovani il danno che reca l'uso della droga.

Questa tendenza alla droga rappresenta una nuova prospettiva nel campo dell'assistenza sociale. Perché se una persona è ammalata, da un punto di vista medico o sociale, noi non limitiamo più l'assistenza soltanto alla persona, ma ci interessiamo che egli sia reintegrato e riabilitato nella società, e ci interessiamo di tutti gli aspetti della sua vita, della sua famiglia, del suo lavoro. Ci interessiamo anche del criminale. La nostra opera verte sulla sua riabilitazione nel vero senso della parola.

Oggi si cerca soprattutto di dare una educazione invece di isolare questa gente, e di favorire il loro rientro nella società. Contiamo di essere riusciti per il 50 per cento.

Queste persone hanno una assistenza aperta, non chiusa.

Abbiamo constatato di fare un buon affare a far funzionare un individuo in seno alla società nuovamente, e questa è una caratteristica di una comunità socialista come la nostra.

Una cosa molto importante nella pianificazione sociale è la pianificazione dell'ambiente nel quale la persona deve vivere ed è per questo motivo che non costruiamo più oggi città di cemento, senza sentire il parere del responsabile sociale locale e questo a proposito di tutti i settori per esempio delle abitazioni di qualsiasi città di cemento, asili di infanzia, ospizi per i vecchi, eccetera.

Pensiamo che una gran parte della criminalità giovanile possa venire limitata con la azione di prevenzione e di repressione a cura di organismi locali, a mezzo di una serie di incontri.

Un altro problema che affligge oggi la Svezia - e che può interessare - è il problema del vino e incominciamo ad avere anche il problema della birra.

Ma devo ora andare e termino porgendo a tutti voi il mio cordiale saluto.

PAGINA BIANCA

ALLEGATI

PAGINA BIANCA

POLITICA SOCIALE E SUA APPLICAZIONE (*)

In Svezia lo Stato ha assunto col tempo sempre maggiori responsabilità per la sicurezza economica individuale in caso di malattia, invalidità, vecchiaia, morte del capofamiglia, ecc. L'assistenza individuale, i servizi relativi e le diverse misure di carattere preventivo sono di competenza dei comuni, mentre l'assistenza sanitaria è affidata ai consigli di contea. Lo Stato tuttavia, attraverso il potere legislativo e di controllo, interviene in modo determinante in ciascuno di questi settori, nonché nella ricerca e nell'istruzione superiore di cui esso assume direttamente la responsabilità principale. In molti casi, inoltre, lo Stato contribuisce al finanziamento dei servizi sanitari e sociali di competenza dei comuni e dei consigli di contea.

La presente pubblicazione ha per oggetto principale i provvedimenti del governo centrale, nonché le misure di carattere economico in materia sociale. Pertanto le varie forme di cura e di assistenza individuale fornite dai comuni e dai consigli di contea sono esaminate solo sommariamente. Anche l'elenco dei contributi statali e la loro erogazione, tuttavia, è volutamente incompleto, lo scopo precipuo essendo piuttosto quello di fornire un quadro generale del sistema di sicurezza sociale e dei vantaggi che esso offre. Un certo spazio è inoltre dedicato alla descrizione dei meccanismi che hanno portato alla formulazione degli attuali provvedimenti e dei criteri di valutazione che stanno alla base della loro struttura.

La divisione delle responsabilità in materia di sicurezza sociale ha origini storiche remote. Nella Svezia medievale l'assistenza ai malati e ai poveri era sostanzialmente compito della Chiesa, anche se la comunità probabilmente fin da allora svolgeva un ruolo concreto. Nel sedicesimo secolo, all'epoca della Riforma, lo Stato confiscò i beni della

Chiesa e assunse contemporaneamente la responsabilità delle organizzazioni assistenziali che questa dirigeva.

Ben presto però lo Stato trasferì le responsabilità che si era assunto, e che risultarono troppo onerose, alle parrocchie. Il Consiglio della Corona decretò che ogni parrocchia doveva destinare una casa nei pressi della chiesa « all'assistenza degli infermi e dei poveri ». Queste attività, ovviamente del tutto inadeguate, si reggevano sulla beneficenza. Soltanto verso la metà del diciottesimo secolo la legge stabilì che l'assistenza prestata dalla parrocchia agli infermi e agli indigenti dovesse essere finanziata dalle imposte locali.

Il primo ospedale vero e proprio - il Serafimer Hospital di Stoccolma - venne fondato in Svezia nel 1752 e all'inizio non disponeva che di otto posti letto destinati a pazienti svedesi e finlandesi. Verso il 1800 la Svezia contava 21 ospedali e a quell'epoca venne delineandosi una certa divisione dei compiti: le contee provvedevano all'assistenza sanitaria generica negli ospedali, mentre lo Stato assicurava l'assistenza ai malati di mente e la cosiddetta « assistenza non istituzionalizzata » affidata ai medici provinciali, i quali erano ufficiali sanitari distrettuali competenti per i rispettivi distretti. Le parrocchie si occupavano principalmente dell'assistenza ai poveri.

Questa divisione dei compiti fu definitivamente sancita dalla creazione dei consigli di contea nel 1862, e i mutamenti intervenuti successivamente non fecero che accrescere la responsabilità delle contee in materia di servizi sanitari. Negli anni 60 i 25 consigli di contea e le tre maggiori città svedesi assunsero la responsabilità diretta dell'assistenza psichiatrica e del sistema degli ufficiali sanitari distrettuali. È da rilevare, infatti, che la sanità pubblica e i servizi relativi costituiscono la funzione primaria dei consigli di contea e come tali assorbono circa l'80 per cento dei fondi raccolti attraverso il prelievo fiscale e, in alcuni casi, sovvenzioni supplementari concesse dallo Stato. Questo probabilmente spiega la ragione per la quale la Svezia, rapportata ad altri paesi, dispone della

(*) Testo a cura di Åke Fors, edito dall'Istituto Svedese.

più alta percentuale di posti letto per ogni 1.000 abitanti.

Poiché l'assistenza ospedaliera è gratuita, i vantaggi che essa offre sono utilizzati al massimo e pertanto si è cercato di controbilanciare i vantaggi di questo tipo di assistenza con il potenziamento del settore dell'assistenza non istituzionalizzata.

Il fatto che i comuni e le contee siano direttamente responsabili dell'assistenza individuale e sociale e dei servizi sanitari e medici è considerato altamente positivo, tanto più che sia i comuni sia le contee hanno potere di imposizione fiscale e sono completamente indipendenti nell'ambito delle leggi emanate dal governo e dal Parlamento.

I servizi medici e sociali sono coordinati dal lato amministrativo in quanto ambedue dipendono dal Ministero della sanità e degli affari sociali e dal Consiglio nazionale della sanità e del benessere, il quale ultimo è il supremo organo amministrativo del settore. Il coordinamento al vertice dovrebbe portare in un prosieguo di tempo ad una più stretta collaborazione a livello locale tra servizi medici e servizi sociali.

Minori in condizioni disagiate, alcoolizzati con le loro famiglie, soggetti parzialmente invalidi, persone anziane incapaci di provvedere a se stesse: tutti hanno diritto all'assistenza e all'aiuto da parte delle autorità locali. Queste forniscono anche vari altri servizi, tra cui gli aiuti domestici per le persone anziane e i minorati e per le famiglie con bambini che richiedono tale aiuto, ad esempio in caso di malattia della madre, case di riposo per i vecchi, asili-nido, ecc., e servizi destinati all'attività ricreativa.

L'iniziativa privata in Svezia svolge in questo settore un ruolo decisamente secondario. Per quanto riguarda infatti i servizi per il benessere sociale, le organizzazioni volontarie funzionano solo nelle grandi città e su scala molto ridotta. La Croce rossa svolge una certa attività a beneficio della popolazione anziana, mentre la « Link Society » si occupa degli alcoolizzati e vari altri enti promuovono attività ricreative. Nel settore dei minorati fisici e mentali esistono invece circa 20 organizzazioni nazionali, le quali svolgono un'attività notevole e sempre crescente.

I principi sui quali si basa la sicurezza sociale in Svezia sono stati enunciati davanti alle Nazioni Unite come segue:

« La Sicurezza sociale è fondata sulla solidarietà: solidarietà tra le generazioni e nell'ambito delle generazioni.

La Svezia ha un sistema di pensioni generali per tutti i cittadini. Coloro che sono in età produttiva pagano le pensioni di coloro che non hanno più un impiego redditizio. Un assegno viene corrisposto per ogni figlio e assegni speciali sono previsti per i giovani che proseguono gli studi. I costi sono sopportati dalla generazione attiva e quando i beneficiari degli assegni avranno raggiunto a loro volta l'età produttiva saranno loro a sopportare il costo delle pensioni della generazione che li ha preceduti e a pagare gli assegni per la nuova generazione giovane che a sua volta, in futuro, supporterà i medesimi oneri.

Esiste anche una assicurazione generale contro le malattie a favore di tutti i cittadini, fondata sul principio che, finché durano salute e capacità lavorativa, i cittadini abili pagano per quelli infermi. Questo principio può dare una idea del concetto di solidarietà così come è inteso nel quadro generale della sicurezza sociale.

Per garantire e mantenere questa solidarietà la società ha bisogno di risorse economiche e pertanto un sesto del reddito lordo nazionale viene destinato alle assicurazioni sociali, agli aiuti alle famiglie, all'assistenza medica e sociale. I costi sono sopportati dal gettito delle imposte erariali e locali, nonché dai contributi per le assicurazioni sociali aventi anch'essi natura di imposta. Condizioni preliminari per la sicurezza sociale sono dunque un'attività politica economica e la piena occupazione in tutto il paese ».

In Svezia vige dunque il principio che ognuno ha diritto di essere assistito dalla comunità in caso di bisogno. Pertanto l'iniziativa privata in questo settore non può che avere una funzione del tutto accessoria rispetto a quella pubblica e il suo pregio risiede appunto nell'offrire qualche cosa di diverso dalla *routine*. La beneficenza, tuttavia, non può in nessun caso costituire un alibi al disinteresse dello Stato o ritardare l'attuazione dei provvedimenti finanziati con denaro pubblico. Solo i pubblici servizi finanziati mediante il prelievo fiscale rappresentano il diritto del cittadino tutelato dalla legge.

L'attività dei comuni è stata considerevolmente facilitata dal loro raggruppamento in unità più ampie ed economicamente più vitali, anche se questa misura non è servita a livellare le rispettive capacità economiche. Allo scopo di eliminare le differenze e di consentire alle diverse autorità locali di fornire servizi sociali più o meno identici, lo Stato ha varato un sistema di pareggi fiscali in virtù

del quale gli enti locali « ricchi » trasferiscono il reddito d'imposta agli enti « poveri ».

In questo caso si può parlare di solidarietà a livello di regioni diverse. Oggigiù di 2.000 milioni di corone svedesi vengono annualmente trasferiti nel modo suddetto. Alcune attività comunali sono sovvenzionate dallo Stato. Speciali provvedimenti sono stati adottati a favore dei comuni rurali che risentono del fenomeno dello spopolamento.

In questo settore molte iniziative, in origine a carattere volontario, sono state in seguito assorbite dall'organizzazione statale. L'assicurazione malattie, ad esempio, in origine veniva gestita da diversi enti, i quali a tempo debito venivano sovvenzionati dallo Stato. L'aumento di questi finanziamenti ebbe come conseguenza un maggiore coordinamento delle varie attività, le quali furono organicamente inquadrare fino al momento in cui l'assicurazione malattie divenne obbligatoria e gli enti che la gestivano divennero in pratica, se non nella forma, enti statali. Lo schema relativo alla Pensione nazionale supplementare ha oggi in buona parte sostituito vari schemi pensionistici privati i quali, nella misura in cui continuano ad essere applicati, sono stati conformati al sistema nazionale.

Dall'assistenza agli indigenti all'assicurazione sociale.

Il problema della legislazione sociale e dei doveri della società nei confronti del singolo si presentò in tutta la sua urgenza verso la fine del secolo scorso. La possibilità di creare forme di assistenza più efficaci del generico aiuto accordato ai poveri fu oggetto di numerose discussioni.

Si discusse l'efficacia dei vari sistemi assicurativi e, soprattutto, la loro eventuale obbligatorietà. Nel 1901 veniva approvata la prima legge che rendeva obbligatori i risarcimenti in caso di infortunio sul lavoro. Ad essa fece seguito, nel 1913, la prima assicurazione obbligatoria, quella sulle pensioni di vecchiaia. A quell'epoca, metà della popolazione svedese era occupata nel settore agricolo, e sia i braccianti che la maggior parte dei piccoli proprietari si trovavano di fronte alle medesime difficoltà quando l'avanzare dell'età diminuiva la loro capacità lavorativa. Per questi motivi si preferì creare un'assicurazione nazionale che, pur rappresentando un aiuto minimo anche tenendo conto del tenore di vita contemporaneo, rivestiva nondimeno una grande importanza come primo passo verso una nuova direzione. Nella maggior parte dei paesi del-

l'Europa occidentale l'assicurazione sociale si è sviluppata soprattutto come assicurazione dei lavoratori dipendenti strettamente associata alla legislazione del lavoro. In Svezia, al contrario, la sicurezza sociale si basa sul principio dell'assicurazione nazionale statale. Tutti hanno diritto all'indennità di malattia e tutti hanno diritto alla pensione al raggiungimento dell'età prescritta o anche prima in caso di invalidità o di decesso del capofamiglia.

Quando il settore pubblico cominciò a preoccuparsi di trovare forme di assistenza con le quali garantire la protezione sociale ai cittadini, gli sforzi si concentrarono sul raggiungimento di soluzioni applicabili a livello generale. Due furono le direttive perseguite: la prima, a carattere preventivo, mirava ad abolire la disoccupazione, a prevenire gli infortuni sul lavoro e le malattie mediante il miglioramento degli alloggi e dei servizi sanitari; la seconda mirava ad assicurare l'assistenza laddove la necessità si era già verificata. Si cercarono nuovi metodi di assistenza più razionali della politica di aiuto ai poveri ormai assolutamente insufficiente e si arrivò alla formulazione del sistema di assicurazione sociale. Questa assicurazione copre una pluralità di eventi che, notoriamente, sono causa di grave disagio economico per un gran numero di persone, vale a dire malattia, vecchiaia, invalidità, ecc. Il sistema di sicurezza sociale in Svezia poggia su un numero di assicurazioni poste in essere dallo Stato o con il suo intervento. Queste sono a loro volta integrate da numerose sovvenzioni destinate soprattutto a venire incontro ai problemi particolari delle famiglie con bambini e a fornire assistenza sociale ai singoli.

Negli anni trenta il problema più importante era costituito dalla disoccupazione. Fu possibile tuttavia migliorare il sistema pensionistico, porre le basi del sistema di aiuti alle famiglie e introdurre una politica sociale degli alloggi. Dopo la seconda guerra mondiale, il miglioramento delle pensioni di vecchiaia e la concessione degli assegni per i figli rappresentarono un ulteriore progresso. Nel 1955 fu varato lo schema nazionale di assicurazione obbligatoria contro le malattie, seguito, nel 1960, dalla pensione nazionale supplementare, anch'essa obbligatoria (ATP). Negli anni sessanta le assicurazioni sociali sono state ulteriormente estese e coordinate e sono state adottate misure speciali per il riaddestramento e l'assistenza dei soggetti minorati. Il ritmo di sviluppo è facilmente individuabile nel bilancio del Ministero della sanità e degli affari

sociali, che è raddoppiato nel corso degli ultimi sei anni.

Il Ministero della sanità e degli affari sociali amministra le assicurazioni nazionali - assicurazione contro le malattie, pensione base e pensione nazionale supplementare - gli aiuti alle famiglie con bambini, servizi sociali, l'assistenza sanitaria e medica, l'assistenza sociale, diverse iniziative a favore dei soggetti minorati e la sicurezza del lavoro, ecc.

Per l'anno finanziario che va dal 1° luglio 1972 al 30 giugno 1973 il Ministero prevede nel settore di sua competenza una spesa di circa 17.000 milioni di corone di cui almeno 9.500 milioni andranno alle pensioni base. Si tratta, rispetto al precedente anno finanziario, di un aumento dello stanziamento del bilancio nazionale pari all'incirca a 1.860 milioni.

Questo aumento renderà possibili nell'anno in corso ulteriori miglioramenti in importanti settori della sicurezza sociale. Gli sforzi volti a migliorare l'ambiente di lavoro sono tuttora in atto, mentre maggiori stanziamenti sono destinati al fine di garantire la sicurezza sul lavoro. La rendita annuale rappresentata dalle pensioni base è stata accresciuta mediante nuovi aumenti e conguagli. I servizi di assistenza per i vecchi e i minorati sono stati potenziati e gli aiuti finanziari alle famiglie con bambini sono stati aumentati. I servizi pubblici destinati all'infanzia continuano ad estendersi e oggetto di ulteriori miglioramenti sono le risorse mediche, soprattutto per quanto riguarda l'assistenza non istituzionalizzata.

Nel corso del 1972 saranno ultimati i rapporti del Comitato competente in merito a importanti problemi di carattere socio-politico. La Commissione sull'Ambiente di lavoro ha all'esame nuovi progetti volti a migliorare l'ambiente di lavoro assegnando, in parte, un maggior peso nel settore ai lavoratori dipendenti. La Commissione sulle Indennità di malattia sta esaminando la possibilità di equiparare le indennità di malattia corrisposte dall'ufficio di assicurazione sociale all'indennità di malattia pagata dal datore di lavoro. Un comitato di esperti sta, inoltre, elaborando uno schema di assicurazione odontoiatrica. A seguito della decisione del Parlamento dell'autunno 1971 di estendere in larga misura le indennità di alloggio a famiglie con bambini, la Commissione per la politica di assistenza alle famiglie includerà nel suo rapporto finale proposte per la concessione di indennità di alloggio a gruppi sociali a basso reddito senza bambini. La Commissione incaricata dei Centri per l'infanzia sta operando una completa

revisione delle attività svolte presso gli asilnido e i centri di ricreazione nel corso della quale prenderà in esame le attività destinate ai bambini in età prescolastica. La Commissione per il Benessere sociale sta inoltre predisponendo un rapporto sugli scopi fondamentali e sull'organizzazione dell'assistenza sociale comunale.

Dai benefici minimi al mantenimento del tenore di vita individuale.

Le assicurazioni sociali, che vanno sotto il nome generico di « Assicurazione nazionale », comprendono quattro diverse assicurazioni fondamentali, vale a dire l'assicurazione contro le malattie, l'assicurazione di maternità, la pensione base e la pensione nazionale supplementare. Queste forme assicurative si sono consolidate una dopo l'altra e sono oggetto di continue riforme, tanto che oggi costituiscono un sistema unificato e relativamente semplice.

Il principio informatore dell'assicurazione nazionale è stato di garantire a tutti, a prescindere dal reddito e dall'occupazione, un minimo vitale uniforme. In seguito si passò al progetto, certamente più ambizioso, di integrare questo minimo con una indennità a carattere graduale volta a tutelare il singolo contro la perdita del reddito. Si ritiene, infatti, che il soggetto assicurato che si ammala, diventa invalido, ovvero lascia il lavoro per ragioni di età, abbia diritto di percepire dall'assicurazione una rendita che gli consenta di mantenere il tenore di vita a cui era abituato in precedenza.

Come è già stato accennato, mentre lo Stato è soprattutto responsabile di garantire l'aiuto finanziario a determinate categorie in stato di necessità, gli enti locali hanno la responsabilità dei servizi personali. Un esempio relativo ai servizi di assistenza ai soggetti minorati servirà forse a illustrare meglio il modo in cui le responsabilità vengono divise. Lo Stato versa pensioni anticipate ai soggetti affetti da una invalidità del 50 per cento o superiore. È ancora lo Stato che paga l'intero costo delle protesi degli arti, delle carrozzine per invalidi, ecc., mentre l'assegnazione degli apparecchi ai minorati è di competenza dei consigli di contea, i quali sono anche responsabili del riaddestramento medico e del riaddestramento professionale che viene organizzato con il concorso dello Stato. I comuni invece, per mezzo degli assistenti sociali, hanno il compito di tenersi aggiornati in merito alle necessità dei soggetti minorati e di fare quanto

è in loro potere per soddisfarle. I comuni e le contee, inoltre, con l'aiuto dello Stato, gestiscono officine protette per l'impiego dei soggetti minorati.

Un certo numero di organizzazioni opera in questo settore allo scopo di promuovere gli interessi delle diverse categorie di minorati, tra queste esistono le organizzazioni a favore dei ciechi, dei mutilati, dei sordi e dei ritardati mentali. Queste organizzazioni, le quali di massima accolgono soggetti minorati e non, funzionano come gruppi di pressione e, in molti casi, si occupano della raccolta di fondi. Nella maggior parte dei casi esse ricevono sovvenzioni dallo Stato, dai comuni e dai consigli di contea. A volte succede anche che queste organizzazioni inizino la loro attività a titolo sperimentale e vengano poi assorbite e gestite dal settore pubblico. Nei comuni esistono inoltre comitati speciali che offrono consulenza e assistenza agli alcoolizzati. Lo Stato finanzia e gestisce varie istituzioni a favore di questi ultimi.

L'assistenza ai bambini e ai giovani è di competenza degli enti locali ed è diretta dai comitati comunali per il benessere dei minori. In alcuni casi lo Stato contribuisce alle spese sostenute dal comune; ciò si verifica, ad esempio, nel caso di donne con bambini che non percepiscono alcun assegno alimentare alle quali lo Stato garantisce un certo aiuto. I comuni ricevono inoltre sovvenzioni statali per la costruzione e la gestione di asili-nido. Lo Stato gestisce anche scuole speciali per i giovani socialmente disadattati.

Evoluzione del concetto di responsabilità sociale.

Lo Stato, con l'esercizio del potere legislativo, svolge un ruolo predominante in tutti i settori della sicurezza sociale. I compiti dei consigli di contea nel settore medico sono infatti regolati dalla legge sull'assistenza medica.

Per altri settori collaterali vigono diversi provvedimenti legislativi, quali la legge sulle provvidenze per i soggetti mentalmente ritardati, che prescrive i compiti dei consigli di contea in materia. I compiti dei comuni sono regolati rispettivamente dalla legge sull'assistenza sociale, dalla legge sul benessere dell'infanzia e dalla legge sull'alcoolismo. Naturalmente i comuni hanno, nell'ambito delle leggi che regolano i compiti loro affidati, un certo potere discrezionale. Il cittadino, da parte sua, può ricorrere a una autorità dello

Stato qualora ritenga che il comune competente non abbia soddisfatto i requisiti minimi stabiliti dalla legge.

Lo Stato favorisce l'evoluzione della politica sociale anche attraverso la concessione di sovvenzioni. Infatti, quando si presenti la necessità di dare impulso a qualche attività a livello locale ovvero di introdurre nuove iniziative, gli effetti sono di gran lunga maggiori se lo Stato contribuisce ai costi necessari. Un esempio può essere costituito dall'assistenza ai vecchi, settore in cui lo Stato sovvenziona il comune per una cifra pari al 35 per cento del costo degli aiuti domestici. Un altro esempio è costituito dalle sovvenzioni che lo Stato concede ai comuni per la costruzione e la gestione degli asili-nido.

L'indirizzo fin qui seguito in Svezia è stato di responsabilizzare in misura sempre maggiore la comunità per quanto riguarda la sicurezza sociale e l'attuazione di servizi sociali sempre più efficienti. La divisione dei compiti tra Stato, consigli di contea e comuni è ormai in parte confermata dalla storia, nondimeno esiste una evidente tendenza ad attribuire ai comuni - in quanto più vicini al singolo cittadino - la responsabilità diretta dell'assistenza individuale. L'evoluzione in questa direzione non ha comunque reso superflui in contributi volontari nel settore, i quali vanno a integrare l'organizzazione comunitaria laddove essa risulta insufficiente. Oggi pertanto, così come si è concordi nel riconoscere la responsabilità della comunità in materia di sicurezza sociale si è concordi nel riconoscere l'importanza dell'impegno personale nonché del contatto diretto tra i diversi gruppi sociali.

A causa della particolare struttura del sistema di sicurezza sociale, il ruolo del settore pubblico può essere in un certo senso paragonato a quello di una società di assicurazioni per quanto concerne la distribuzione dei rischi. L'assicurazione nazionale corrisponde un aiuto a quanti non sono in grado di lavorare per ragioni di età, di malattia o di invalidità. Questa assicurazione viene pagata dai cittadini attivi. Scopo della politica di aiuto alle famiglie è di garantire alle famiglie con bambini un tenore di vita che non differisce troppo da quello raggiungibile da gruppi sociali non direttamente responsabili del mantenimento dei figli. In tal modo, anche coloro che non hanno figli minori di 16 anni contribuiscono al mantenimento dei figli altrui. Le somme così trasferite tra i diversi gruppi di popolazione sono cospicue. In totale, ivi compresi i servizi sanitari e medici, il complesso

dei servizi sociali assorbe più del 18 per cento del prodotto nazionale lordo.

Gli effetti della politica sociale sulla distribuzione del reddito in Svezia non sono ancora stati oggetto di analisi approfondite, anche se è evidente un considerevole livellamento attribuibile all'importanza accordata al concetto di « sicurezza fondamentale » nel sistema di assicurazione sociale, all'aiuto concesso alle famiglie e all'assistenza medica gratuita.

Tutti i partiti politici hanno dato il loro appoggio a questa politica di sicurezza sociale e di recente sono state avanzate varie proposte per un ulteriore miglioramento del settore. Infatti, anche se la Svezia è sotto molti aspetti una delle società del benessere più progredite del mondo e ha, di conseguenza, un sistema tributario molto severo, è opinione diffusa che molto resti ancora da fare al fine di migliorare sia la sicurezza sociale che l'eguaglianza sociale.

Il bisogno di sicurezza cresce con il benessere.

Lo sviluppo del sistema di servizi sociali ha permesso l'osservazione di un fenomeno che in precedenza sarebbe stato considerato paradossale, e cioè che la richiesta individuale di sicurezza e assistenza sociale aumenta di pari passo con il miglioramento del tenore di vita del singolo. Una volta raggiunta un alto tenore di vita appare infatti più opportuno mirare ad una maggiore sicurezza che non a un ulteriore aumento del benessere. Colui che ha molto da perdere ha di conseguenza molto da proteggere e vuole pertanto essere garantito contro la possibilità di trovarsi in una situazione economica precaria che distruggerebbe la sua vita familiare. Ciò è confermato dal fatto che le polizze di assicurazione supplementare rilasciate da società private sono aumentate di pari passo con lo sviluppo dell'assicurazione nazionale.

Resta da rilevare che il concetto di sicurezza sociale appare oggi sotto un'altra luce e che mentre prima le misure adottate nel settore venivano considerate esclusivamente come un onere gravante sull'economia del governo centrale e locale, oggi la politica sociale è valutata come un fattore altamente positivo in quanto offre al singolo non solo una maggiore sicurezza ma anche una maggiore opportunità di partecipare attivamente alla produzione e alla vita della comunità. In altre parole si è raggiunta la convinzione che la sicurezza sociale sia un vantaggio per l'economia nazionale.

Assistenza medica ed economica in caso di malattia.

I servizi medici sono organizzati e finanziati principalmente dal settore pubblico. Ai sensi della legge sull'assistenza medica, i consigli di contea sono tenuti a provvedere nell'area di loro competenza all'assistenza istituzionalizzata e non, in caso di malattia, infortuni, difetti fisici e nascite. I consigli di contea hanno la diretta responsabilità dei servizi sanitari e medici il cui costo di gestione è coperto dalle imposte locali.

L'assistenza medica non istituzionalizzata è generalmente affidata agli ufficiali sanitari distrettuali, i quali dispongono oggi di poliambulatori. L'assistenza specialistica non istituzionalizzata spetta, invece, a reparti ospedalieri per pazienti esterni. Il numero dei medici che esercitano la libera professione è ancora considerevole soprattutto nelle grandi città.

I consigli di contea oltre a disporre di un servizio di infermiere per l'assistenza preventiva, l'assistenza ai bambini e l'assistenza medica che può essere fornita a domicilio, offrono anche servizi preventivi e di consulenza presso i centri assistenziali per la maternità e l'infanzia.

L'assistenza medica istituzionalizzata è fornita dagli ospedali dei consigli di contea, ciascuno dei quali dispone almeno di un ospedale specialistico, più cliniche psichiatriche, reparti ostetrici, case di cura per vecchi e piccoli ospedali senza personale medico interno, ecc. L'assistenza altamente specialistica è fornita dagli ospedali regionali in collaborazione con i consigli di contea. Un ospedale regionale è gestito anche dallo Stato.

In caso di ricovero ospedaliero al beneficiario viene corrisposta una indennità di malattia ridotta di 10 corone al giorno che l'ufficio assicurativo versa direttamente all'ospedale. I pensionati hanno diritto all'assistenza gratuita per un anno, dopo il quale la loro pensione viene ridotta di 10 corone al giorno. Pertanto l'effettivo costo dell'assistenza, che in alcuni casi ammonta a parecchie centinaia di corone al giorno, viene sostenute dal gettito fiscale.

L'assicurazione nazionale è obbligatoria e copre tutti coloro che hanno superato il sedicesimo anno e sono residenti nel paese e si estende anche ai figli.

L'assicurato che si rivolge a un medico che svolge la sua attività nell'ambito del sistema statale non istituzionalizzato (medico ospedaliero, ufficiale sanitario distrettuale, ec-

celera) paga 7 corone se è lui a recarsi dal medico e 15 in caso contrario. L'ufficio di assicurazione sociale non rimborsa questa tariffa, ma paga il resto dell'onorario della visita direttamente all'autorità competente (di solito il consiglio di contea).

L'onorario sopraindicato comprende anche l'applicazione di raggi X e gli esami di laboratorio, eventuali consulti, prescrizioni e certificati medici ai fini dell'indennità di malattia. Qualora poi il paziente richieda un trattamento completo con i raggi X o il radio non è tenuto a pagare una tariffa supplementare e se, ad esempio, egli venga inviato da un ufficiale sanitario distrettuale a un reparto ospedaliero specialistico la prima visita presso lo specialista è gratuita. Le visite di controllo vengono pagate come la prima visita.

Chi invece ricorra a un medico privato paga l'intero onorario e, dopo aver esibito la ricevuta all'ufficio assicurativo competente, ha diritto al rimborso dei tre quarti del costo totale in conformità a un'apposita tariffa professionale. Una commissione statale ha all'esame la questione del rimborso ai medici che esercitano la libera professione e la possibilità di coordinare la loro attività con quella dell'assistenza medica pubblica non istituzionalizzata.

Le spese di viaggio necessarie per recarsi dal medico, che devono essere contenute al massimo, sono rimborsate ad eccezione della somma di 6 corone che il paziente stesso è tenuto a versare. Ai pazienti ricoverati vengono rimborsate tutte le spese di viaggio.

L'assicurato che si ammali e certifichi la propria malattia all'ufficio di assicurazione sociale riceve una indennità di malattia destinata a compensare la perdita della retribuzione e pertanto proporzionale al reddito perduto. Le casalinghe (e gli uomini di condizione equivalente), le quali non vengono a perdere reddito alcuno, percepiscono una indennità base di 6 corone al giorno. Le casalinghe e gli studenti hanno inoltre la possibilità di ottenere, mediante una tariffa minima, una assicurazione volontaria supplementare per un massimo di 15 corone al giorno.

Ai sensi dei regolamenti relativi al 1972, ogni assicurato rientra, ai fini dell'indennità di malattia, in una categoria determinata in base al reddito. L'indennità di malattia è esente da oneri fiscali e corrisponde all'incirca all'80 per cento del reddito netto dell'assicurato. Nel corso del 1972, un comitato competente avanzerà la proposta di aumentare le indennità di malattia al fine di equipararle

approssimativamente all'indennità di malattia corrisposta dal datore di lavoro. In questo caso, le indennità saranno tassate in conformità agli stessi principi applicati al reddito di lavoro.

L'indennità di malattia, che viene corrisposta dal giorno in cui la malattia stessa si verifica, copre tutto il periodo in cui sussiste la perdita della capacità lavorativa (nel caso in cui la capacità lavorativa è solo parzialmente ridotta, l'indennità di malattia è corrisposta di conseguenza). Quando l'assicurato resta ammalato per più di una settimana è tenuto a presentare un certificato medico. La indennità di malattia viene corrisposta per un periodo illimitato, tuttavia, nei casi di infermità prolungata, può essere sostituita da una pensione di invalidità nell'ambito dello schema delle pensioni base nazionali. Un soggetto di 67 anni o maggiore di quell'età perde il diritto all'indennità di malattia quando abbia ricevuto tale indennità per un periodo di 180 giorni successivo al suo pensionamento.

Nei casi di infortunio sul lavoro l'indennità di malattia viene corrisposta secondo i criteri sopraindicati.

Il sistema di assicurazione contro le malattie prevede il pagamento diretto o il rimborso del costo dei medicinali. Per coloro affetti da malattie gravi la distribuzione delle medicine è gratuita (ad esempio l'insulina), nel caso invece di altri farmaci prescritti da un medico la farmacia applica uno sconto che consente all'acquirente di non pagare mai una somma superiore alle 15 corone, a prescindere dal costo effettivo del preparato acquistato. La farmacia è successivamente rimborsata dall'assicurazione per gli sconti applicati e per le medicine distribuite gratuitamente.

Le cure dentistiche sono rimborsate per i $\frac{3}{4}$ del loro costo quando si rendano necessarie a seguito di malattia. Le madri, tuttavia, hanno diritto al rimborso sia durante la gravidanza che dopo il parto, in conformità a una speciale lista di tariffe.

Il servizio dentistico, amministrato dai consigli di contea, è gratuito per i ragazzi dai 6 ai 16 anni e, in alcuni casi, dai 3 ai 5 anni. Anche gli adulti possono usufruire del servizio dentistico nella misura in cui esso è utilizzabile dietro il pagamento di una tariffa speciale. Nel 1970 hanno usufruito del servizio dentistico statale circa un milione di ragazzi e oltre mezzo milione di adulti.

Entro il 1973 sarà presentata al Parlamento una proposta relativa all'assicurazione odontoiatrica, la cui applicazione pratica è attualmente all'esame di un'apposita commissione.

Condizione preliminare per l'attuazione di uno schema assicurativo di questo tipo è senza dubbio il potenziamento dell'attuale struttura del servizio dentistico nazionale.

L'assicurazione contro le malattie è finanziata in parte dai contributi degli assicurati e in parte dai contributi dei datori di lavoro e dalle sovvenzioni dello Stato. I versamenti all'assicurazione sono compresi nella cartella individuale delle tasse e effettuati contemporaneamente al pagamento delle imposte sul reddito. I versamenti variano dal momento che una indennità di malattia più alta comporta naturalmente un contributo maggiore.

Servizi assistenziali per la vecchiaia.

I moderni servizi assistenziali per la vecchiaia assolvono tre funzioni principali, che consistono nell'offrire alla popolazione anziana una indipendenza finanziaria, alloggi adeguati e l'assistenza personale eventualmente necessaria.

Generalmente è lo Stato che sopporta il costo di questi servizi. Infatti, chi abbia raggiunto i 65 anni ha diritto a una pensione di vecchiaia ai sensi dello schema nazionale sulle pensioni base. Questa pensione rappresenta una indennità base corrisposta a tutti i cittadini, a prescindere dai redditi precedenti. I soggetti con una occupazione redditizia hanno inoltre diritto a una pensione nazionale supplementare (ATP), rapportata ai redditi precedenti e agli anni di lavoro.

A decorrere dal luglio 1972, il pensionato riceverà una pensione base di circa 7.400 corone, mentre per la coppia sposata la somma è all'incirca di 12.000 corone. La cifra è destinata ad aumentare in virtù dei conguagli e in rapporto al costo generale della vita. I pensionati che percepiscono soltanto la pensione base o una pensione supplementare minima hanno diritto a un certo aumento in conformità alle decisioni del Parlamento.

Circa la metà dei pensionati oltre a percepire la pensione di vecchiaia riceve una indennità di alloggio subordinata a un certificato di povertà. La somma in questione, stabilita e pagata dagli enti locali, copre in misura sempre maggiore le esigenze di alloggio dei pensionati. Un pensionato che viva esclusivamente della pensione base e dell'indennità di alloggio non è tenuto a pagare le imposte sul reddito. Anche i redditi addizionali fino alla cifra di 2.000 corone all'anno sono esenti da tasse.

La moglie di un pensionato che abbia raggiunto i 60 anni di età può ottenere (subordi-

atamente all'accertamento dei redditi), ai sensi dello schema della pensione base, una indennità che unita alla pensione del marito porta la pensione totale alla stessa cifra corrisposta a una coppia in pensione.

La pensione di vecchiaia può essere aumentata anche mediante gli assegni per i figli e le indennità di invalidità.

Un soggetto che, a causa di una infermità o di una minorazione permanente, abbia completamente perso la capacità lavorativa ha diritto a una pensione di invalidità ai sensi dello schema delle pensioni base nazionali. La pensione di invalidità totale è equivalente alla pensione di vecchiaia corrisposta a un singolo beneficiario. Se, invece, la perdita della capacità lavorativa non è totale la pensione di invalidità può essere ridotta di 2/3 o di 1/2.

Le indennità di alloggio e di invalidità possono essere concesse insieme a una pensione anticipata. Il diritto alla pensione di invalidità è oggi esteso ai lavoratori dipendenti che hanno raggiunto i 63 anni, i quali per ragioni fisiche o mentali non sono in grado di continuare il loro lavoro e si trovano nell'impossibilità di trovare una occupazione adeguata nel loro distretto di residenza. Gli stessi criteri sono applicati nei confronti dei lavoratori dell'età suddetta i quali, a causa della chiusura del posto di lavoro, sono rimasti disoccupati e nell'impossibilità di trovare un nuovo lavoro nella zona di residenza.

Lo schema nazionale prevede inoltre una pensione per le vedove, in genere equivalente a una pensione anticipata, e una pensione per i minori di anni 16 che hanno perso uno o entrambi i genitori.

La pensione base nazionale è uguale per tutti, mentre la pensione supplementare introdotta nel 1960 è rapportata ai redditi precedenti del beneficiario. L'ammontare della pensione è inoltre determinato dal numero di anni (a partire dal 1960) durante i quali il lavoratore ha maturato il diritto alla pensione stessa. L'ammontare del reddito annuo che dà diritto alla pensione è stabilito dalle autorità competenti sulla base della dichiarazione delle tasse. Nessun reddito superiore alle 50.000 corone può essere tuttavia accreditato a titolo di pensione. La rendita rappresentata dalla pensione viene adeguata all'indice del costo della vita mediante opportuni conguagli. L'età del pensionamento per la pensione base così come per la pensione supplementare è di 67 anni. La pensione supplementare è in linea di principio obbligatoria e copre sia i lavoratori dipendenti che i lavoratori autonomi.

Entro il 1980, quando il sistema sarà pienamente in vigore, la pensione supplementare più la pensione base di vecchiaia daranno al pensionato circa i 2/3 della retribuzione guadagnata in precedenza. La cumulazione dei due tipi di pensione significa, tuttavia, che il livello dell'indennità supererà i 2/3 nel caso dei gruppi a reddito più basso per decrescere gradualmente nel caso dei gruppi a reddito più alto. La struttura del sistema pensionistico si basa sul principio che l'assicurato debba avere, al momento del pensionamento, l'opportunità di godere dello stesso tenore di vita raggiunto in precedenza, e ha inoltre lo scopo di garantire un certo livellamento volto ad assicurare ai gruppi a basso reddito una pensione adeguata.

Il diritto a una pensione supplementare completa si matura dopo 30 anni di attività lavorativa e di relativi contributi. Nel 1960, tuttavia, al momento dell'introduzione della pensione supplementare, venne stabilito che la pensione completa sarebbe stata corrisposta a partire dal 1980, cioè dopo solo 20 anni. La decisione agevola naturalmente i nati prima del 1924. I soggetti nati prima del 1914 ricevono una pensione supplementare ridotta in conformità ai seguenti criteri: la classe del 1913 riceve i 19/20 della pensione completa, quella del 1912 i 18/20, ecc. I nati nel 1895 o prima non hanno diritto ad alcuna pensione supplementare.

Il diritto alla pensione supplementare può maturare in diversi posti di lavoro e pertanto l'assicurato non è legato ad un datore di lavoro particolare. Nel caso di lavoratori dipendenti, i contributi sono pagati dal datore di lavoro (i lavoratori autonomi pagano i propri contributi). I contributi del datore di lavoro sono calcolati in base alla media dei lavoratori annuali occupati e non in base al lavoratore singolo. Si può pertanto parlare di un sistema di contributo collettivo che rientra nel principio di « pagate mentre guadagnate » in virtù del quale i contributi riscossi in un anno pagano le pensioni relative all'anno stesso. Attualmente, tuttavia, la somma totale dei contributi è di gran lunga superiore ai pagamenti effettuati, per cui lo Stato viene a disporre di un fondo che ammonta a circa 50.000 milioni di corone e che riveste una grande importanza sul mercato monetario svedese come strumento di risparmio e di prestito.

Anche lo schema delle pensioni supplementari prevede una pensione di invalidità, una pensione per le vedove e una pensione

per gli orfani rapportate al livello del reddito precedente.

Nel 1972 gli svedesi che percepiscono una pensione base sono circa un milione contro i 300.000 che usufruiscono di una pensione addizionale ai sensi dello schema delle pensioni supplementari.

La maggior parte degli impiegati e dei lavoratori dell'industria occupati dalle autorità governative centrali e locali va in pensione prima dei 67 anni in virtù di un accordo con il datore di lavoro. Di solito, infatti, questi gruppi vanno in pensione a 65 anni e in tal caso è il datore di lavoro a pagare la pensione dai 65 ai 67 anni, dopo i quali essi sono incorporati nel sistema nazionale. Una commissione statale sta tuttavia esaminando l'opportunità di abbassare l'età pensionabile. La stessa Commissione sta inoltre considerando il principio di una età pensionabile variabile.

Come nella maggior parte degli altri paesi, anche in Svezia l'età media è salita e pertanto esiste una popolazione anziana numerosa. Nel 1940, ad esempio, i cittadini al di sopra dei 64 anni erano 600.000 mentre oggi la cifra è quasi raddoppiata. La percentuale di popolazione anziana, salita negli ultimi 30 anni dal 9 al 15 per cento ed in continuo aumento, pone gravi problemi a carico dell'assistenza pubblica ai vecchi, tanto che malgrado i considerevoli sforzi non sempre è stato possibile soddisfare completamente le esigenze.

Il criterio generalmente applicato è che i vecchi debbano avere la possibilità di restare nelle loro case e nell'ambiente familiare fino a quando è possibile. Il problema dell'assistenza istituzionalizzata interviene pertanto solo quando diventa impossibile garantire una assistenza adeguata a domicilio. Per questi motivi, il settore pubblico incoraggia la costruzione di alloggi per i vecchi e provvede all'assistenza a domicilio.

Il pensionato che vive in una casa male attrezzata e non è in grado di provvedere con i propri mezzi a quanto gli è necessario può ricevere aiuto dallo Stato al fine di apportare i miglioramenti indispensabili per quanto riguarda, tra l'altro, l'impianto di riscaldamento, l'isolamento termico, le condutture dell'acqua, il gabinetto e l'attrezzatura di cucina. Dal 1964 più di 100.000 alloggi, soprattutto nei distretti di campagna, hanno usufruito di questi miglioramenti.

Al fine di permettere alle persone anziane e ai minorati di continuare a vivere nelle proprie case, anche quando hanno perso in tutto o in parte la capacità di assolvere alle

faccende quotidiane, gli enti locali hanno organizzato servizi di visitatrici a domicilio, che lo Stato contribuisce a finanziare per il 35 per cento del loro costo effettivo. I compiti delle visitatrici a domicilio, le quali a seconda dello stato delle persone assistite prestano i loro servizi anche tutti i giorni, comprendono la spesa, la cucina e altre faccende domestiche. Coloro che vivono esclusivamente della pensione base ricevono tale aiuto gratuitamente, mentre gli altri versano un piccolo contributo proporzionale al loro reddito. Il servizio di aiuti domestici è stato ulteriormente potenziato tanto che oggi i vecchi e i minorati che usufruiscono di tale aiuto sono circa 300.000. Le visitatrici domestiche, che sono all'incirca 80.000, sono in gran parte casalinghe che prestano servizio a metà tempo. Nel corso degli anni sessanta nuovi servizi sono stati istituiti al fine di promuovere il benessere dei vecchi e, soprattutto nei distretti rurali, le visitatrici domestiche sono dotate di furgoncini che consentono di assicurare un servizio efficiente anche ai vecchi che vivono in zone isolate. Questi nuovi servizi comprendono i pasti inviati a domicilio, servizi di pedicure, di parrucchiere e di lavanderia. Gli sforzi compiuti negli ultimi anni hanno mirato a dare alla popolazione anziana l'opportunità di avere contatti personali, di partecipare ad avvenimenti culturali e a diverse forme di occupazione e di divertimento. L'organizzazione dei pensionati (per « profitto e per piacere ») conta oltre 250.000 iscritti in tutto il paese. Diversi organismi, tra cui associazioni di studio, organizzano attività per i pensionati.

Gli enti locali provvedono inoltre case di riposo per coloro che hanno bisogno dell'assistenza e delle cure che queste offrono. La Svezia conta oggi circa 1.200 case di riposo per vecchi per un totale di 63.000 posti. Queste case accolgono in prevalenza persone di età molto avanzata e, di fatto, la metà degli ospiti supera gli 80 anni. Le case di recente costruzione hanno assunto la caratteristica di « centri diurni » di cui i pensionati che vivono nella zona possono liberamente usufruire, e che costituiscono un servizio intermedio tra le case di riposo vere e proprie e gli alloggi privati i cui occupanti usufruiscono dei servizi a domicilio. I pensionati versano al centro una quota della loro pensione e possono disporre del 30 per cento della rendita della pensione o di altra rendita per uso personale.

I servizi di assistenza ospedaliera ai vecchi sono di competenza dei consigli di contea i quali, oltre a provvedere al ricovero ospedaliero dei vecchi affetti da malattie gravi, gesti-

scono case di cura e reparti destinati ai malati cronici. Oggi le case di cura dispongono di circa 46.000 posti più i 2.000 dei reparti destinati alle malattie croniche. Queste forme di assistenza hanno la priorità nei programmi di sviluppo predisposti dai consigli di contea.

I vecchi che hanno bisogno di una assistenza medica (per malattie non acute) che può essere adeguatamente fornita a domicilio hanno diritto appunto all'« assistenza medica a domicilio » a cura del consiglio di contea competente. Questa assistenza può essere fornita da un parente o da altra persona in entrambi i casi affiancati da una infermiera procurata dal consiglio.

Aiuti alle famiglie con bambini.

Gli aiuti forniti dal settore pubblico alle famiglie con bambini possono essere in denaro o in natura.

La principale forma di aiuto finanziario alle famiglie suddette è rappresentata dagli assegni per i figli, i quali ammontano a 1.200 corone annue per ogni figlio al di sotto dei 16 anni. Gli assegni sono corrisposti trimestralmente e sono esenti da tasse.

Le indennità di alloggio corrisposte dal governo centrale e dagli enti locali rivestono l'importante funzione di integrare gli assegni per i figli per le famiglie numerose e a basso reddito. Circa la metà delle famiglie con bambini percepisce dallo Stato una indennità di alloggio per una cifra variabile a seconda delle esigenze. Si calcola che all'incirca il 90 per cento delle famiglie che non dispongono di mezzi finanziari riceve tale indennità, la quale è subordinata ad un accertamento dei redditi ed è corrisposta a famiglie con uno o più figli a carico al di sotto dei 17 anni.

L'indennità di alloggio corrisposta dallo Stato è di 75 corone al mese per ciascun figlio ed è versata integralmente se il reddito familiare non supera le 20.000 corone. Di conseguenza, una famiglia che rientri in questa categoria di reddito e abbia quattro figli dell'età suddetta riceve 300 corone al mese sotto forma di indennità di alloggio. La cifra diminuisce a misura che aumenta il reddito e cessa di essere versata nel caso di una famiglia con un solo figlio e un reddito annuo di 27.000 corone ovvero di una famiglia con quattro figli e un reddito di 39.000 corone.

Le indennità di alloggio corrisposte dagli enti locali - al cui costo effettivo lo Stato contribuisce per il 60 per cento - sono destinate ad aiutare le famiglie che vanno incontro ad

alle spese di alloggio, ad esempio nelle case di recente costruzione. Queste indennità coprono l'80 per cento di un affitto superiore alle 400 corone mensili fino a un certo limite massimo. Una famiglia con quattro figli, che risponda a tutti i requisiti prescritti, può ottenere un massimo di 320 corone sotto forma di indennità di alloggio corrisposta dagli enti locali e in tal caso, sommando l'indennità di alloggio ricevuta dall'ente locale a quella corrisposta dallo Stato, può raggiungere le 620 corone.

Il sistema di assicurazione nazionale è certamente condizionato dalle esigenze di una politica di aiuto alle famiglie. Infatti, una donna che dà alla luce un figlio ha diritto a una indennità di maternità di 1.080 corone (o di 1.620 corone nel caso di un parto gemellare). L'indennità di maternità è destinata a coprire le spese che si rendono necessarie in occasione della nascita di un figlio. Le donne che svolgono un lavoro remunerato ricevono, quando sono costrette ad interrompere l'attività per la nascita di un figlio, una indennità di malattia aggiuntiva che l'assicurazione nazionale corrisponde in misura proporzionale al reddito per un periodo massimo di sei mesi. Tale indennità è corrisposta in conformità ai principi che regolano l'indennità di malattia ordinaria alla quale è di poco inferiore.

Le lavoratrici non possono essere licenziate dal datore di lavoro a causa della gestazione o del parto e hanno diritto a un permesso di sei mesi dopo il parto.

La madre può avvalersi dei servizi di consulenza e di assistenza gratuiti organizzati presso i centri per la maternità sia durante la gestazione che dopo il parto. L'assistenza ostetrica è gratuita. In pratica, tutti i bambini svedesi nascono in ospedale e il 90 per cento delle madri in attesa ricorre ai servizi dei centri per la maternità, mentre quasi il 100 per cento dei bambini è sottoposto a controlli periodici durante il primo anno di vita. Con il passare degli anni la frequenza decresce fino a diventare quadriennale.

Le giovani coppie che desiderano costruirsi una casa possono ottenere un mutuo fino a un massimo di 6.900 corone, che viene concesso anche alle madri nubili o ai padri che hanno in custodia un bambino.

Quando i genitori di un bambino sono separati, di solito il genitore che non ha ottenuto la custodia è tenuto a passare gli alimenti; tuttavia nei casi in cui il genitore manchi di ottemperare ai suoi obblighi è la comunità che paga un « assegno alimentare anticipato » per una somma approssimativa di

3.000 corone all'anno. In genere, l'amministrazione locale provvede a nominare un funzionario con il compito di fornire assistenza e consigli alle madri nubili o separate. I genitori separati o non sposati che abbiano a carico dei bambini sono esentati dalle tasse.

L'assicurazione nazionale provvede inoltre alle esigenze finanziarie della famiglia in caso di decesso della persona che è il sostegno economico.

Le vedove con a carico un minore di anni 16 percepiscono, ai sensi dello schema nazionale base, una pensione equivalente alla pensione di vecchiaia versata a un pensionato solo. La pensione per le vedove viene corrisposta senza bisogno di accertamento dei redditi alle donne rimaste vedove dopo il 30 giugno 1960, mentre per quelle che hanno perso il marito prima del 1° luglio 1960 l'ammontare della pensione è determinato dal reddito. Lo schema delle pensioni base nazionali prevede inoltre una pensione di circa 2.000 corone annue per i minori di anni 16 che hanno perso il padre o la madre. Ai sensi dello schema nazionale base, le pensioni per le vedove e gli orfani minori di anni 16 possono essere integrate dal versamento di una pensione ai sensi dello schema della pensione nazionale supplementare. Questa pensione, proporzionale al precedente reddito del defunto, è rapportata alla pensione effettiva o preventivata del defunto stesso ai sensi dello schema supplementare. Qualora venga versata una pensione per i figli, la pensione per la vedova corrisponde al 35 per cento della pensione del marito. Una pensione per i figli ai sensi dello schema supplementare è versata a ogni figlio dell'assicurato che sia minore di 19 anni. Qualora il marito lasci una vedova e un figlio aventi diritto a una pensione, questa è pari al 15 per cento della pensione del defunto.

Lo schema delle pensioni base nazionali prevede inoltre il versamento di una indennità di invalidità ai minori di anni 16 colpiti da gravi minorazioni. L'indennità, che ammonta a circa 4.500 corone all'anno, viene generalmente concessa solo ai minori che vivono in famiglia.

Le famiglie che necessitano di un aiuto domestico temporaneo — se ad esempio la madre si ammala — possono rivolgersi dietro pagamento di un contributo minimo alle visitatrici domestiche fornite dal comune.

L'« assicurazione per le casalinghe », incorporata nell'assicurazione nazionale contro le malattie, corrisponde a una casalinga (ovvero a un uomo che non svolge alcuna professione) una indennità di malattia di 6 corone

al giorno più una indennità per i figli, i quali hanno diritto alle indennità dell'assicurazione nazionale contro le malattie in caso di assistenza medica, di ricovero ospedaliero e di acquisto di farmaci, senza che i genitori siano tenuti ad effettuare spese particolari.

I centri per il benessere dell'infanzia offrono inoltre servizi gratuiti per il controllo sanitario dei bambini in età prescolastica, mentre presso le cliniche per l'orientamento dell'infanzia è possibile ottenere consultazioni gratuite quando il bambino si riveli difficile o disadattato. I servizi di assistenza all'infanzia e alla gioventù sono amministrati dai comitati locali per il benessere dell'infanzia.

Una commissione statale ha di recente operato una revisione generale delle misure adottate fino ad oggi per venire in aiuto alle famiglie e ha formulato proposte e suggerimenti che saranno sottoposti al giudizio del Parlamento.

Centri prescolastici e ricreativi.

I centri prescolastici e ricreativi sono ormai parte integrante del sistema del benessere per l'infanzia. I centri prescolastici comprendono gli asili-nido, aperti dalle 11 alle 12 ore al giorno per 5 o 6 giorni alla settimana, e i giardini d'infanzia che organizzano tre ore di attività giornaliere per ogni bimbo per 5 giorni alla settimana. I centri ricreativi sono diurni e ospitano bambini in età scolastica soprattutto dai 7 ai 9 anni. Il termine prescolastico viene usato indifferentemente per indicare sia gli asili-nido che i giardini di infanzia, in quanto entrambi sono improntati ai medesimi principi educativi e pedagogici. Negli asili-nido i piccoli ospiti prendono i pasti principali e fanno il riposo pomeridiano.

Gli asili-nido accolgono bambini dai 6 mesi fino all'età in cui iniziano la scuola elementare, che in Svezia è fissata a 7 anni. I giardini d'infanzia accolgono in genere bambini di 6 anni e, in qualche caso, di 5 anni. I centri ricreativi ospitano bambini dai 7 ai 9 anni.

Nel corso degli anni cinquanta, soprattutto negli asili-nido e nei centri ricreativi, il numero dei posti era insufficiente e soltanto verso la metà degli anni sessanta si è avuto un notevole potenziamento di questi servizi.

Compito dei centri prescolastici e ricreativi è di creare, mediante attività educative, le condizioni favorevoli allo sviluppo intellett-

tuale, sociale ed emotivo dei bambini. I centri prescolastici e ricreativi esercitano pertanto una funzione complementare a quella della famiglia e svolgono le loro attività in stretta collaborazione con i genitori. Ciò comporta, ad esempio, la necessità di creare piccoli centri a breve distanza dall'abitazione dei bambini. Lo scopo degli asili-nido e dei centri ricreativi è inoltre di consentire ai genitori di attendere alla loro attività professionale.

I giardini d'infanzia accolgono un gruppo di 20 bambini al mattino e un altro nel pomeriggio e, a differenza degli asili-nido e dei centri ricreativi, rimangono chiusi durante le vacanze scolastiche.

Il fatto che i centri prescolastici e ricreativi facciano parte del sistema del benessere per l'infanzia comporta, ad esempio, che venga accordata la priorità ai bambini in situazioni difficili, quali i figli di genitori separati o di madri nubili ovvero di genitori che sono nella necessità di svolgere una occupazione. Ultimamente sono stati compiuti dei tentativi al fine di utilizzare i centri prescolastici per bambini socialmente, mentalmente o fisicamente ritardati in modo da limitare la funzione dei centri speciali. Il problema è attualmente allo studio di una commissione statale.

Come è già stato accennato, il numero dei posti disponibili nei centri prescolastici e ricreativi è notevolmente aumentato negli anni sessanta soprattutto come conseguenza della nuova condizione della donna sul mercato del lavoro e dei nuovi criteri riguardo all'educazione di gruppo dei bambini. Altro fattore determinante di questa nuova situazione è la raggiunta consapevolezza che sia gli uomini che le donne hanno un duplice ruolo da svolgere, uno in seno alla famiglia e l'altro nell'ambito della comunità. E ciò comporta, naturalmente, l'intervento della comunità sotto forma di attività prescolastiche per l'infanzia.

Come negli altri paesi industriali, anche in Svezia le madri di bambini in età prescolastica che svolgono un'attività redditizia sono sempre più numerose, soprattutto a partire dal 1965. Come conseguenza, nel 1971 vi erano circa 220.000 bambini in età prescolastica i cui genitori svolgevano un'attività di lavoro. Come è possibile rilevare dai dati sottoriportati, i centri prescolastici sono ancora notevolmente insufficienti e continueranno ad esserlo per buona parte degli anni settanta.

	NUMERO DI POSTI	Asili-nido	Giardini d'infanzia	Centri ricreativi	Asili-nido per famiglie (1)
1950		9.700	18.700	2.400	1.500
1965		11.900	52.100	3.000	8.000
1970		33.000	86.000	6.500	32.000
1972 (prev.)		52.000	105.000	10.000	45.000

(1) Gestiti dagli enti locali.

Nel 1968, il Consiglio della Corona ha nominato una Commissione per i Centri per l'infanzia col compito di esaminare le attività dei centri prescolastici e ricreativi. La Commissione, che deve formulare i nuovi obiettivi e i nuovi metodi di lavoro dei centri prescolastici, deve inoltre prendere in esame le richieste di posti nei suddetti centri e la possibilità di introdurre un centro prescolastico pubblico per tutti i bambini di un anno o due al di sotto dell'età scolastica vera e propria.

Il nuovo programma educativo formulato dalla Commissione si basa sullo sviluppo della personalità individuale, sulla capacità comunicativa e sullo sviluppo concettuale. Gli obiettivi dei centri prescolastici sono stati enunciati dalla Commissione come segue:

« I centri prescolastici devono sforzarsi di creare, in collaborazione con i genitori, le condizioni più favorevoli allo sviluppo e all'impiego delle facoltà emotive e mentali di ogni bambino. In tal modo la scuola preparatoria può gettare le basi dello sviluppo del bambino in un soggetto aperto e riflessivo, in grado di formulare giudizi e di trovare soluzioni e socialmente responsabilizzato. La scuola preparatoria ha inoltre il compito di stimolare la curiosità del bambino e la sua capacità creativa e di spingerlo a far uso delle sue cognizioni al fine di migliorare le condizioni di vita proprie e degli altri ».

Il programma educativo deve essere svolto dal personale insegnante mediante gruppi di lavoro che collaborando tra di loro, con i bambini e con i genitori siano in grado di offrire esempi concreti sul modo di risolvere insieme problemi e conflitti in maniera democratica. Attualmente i gruppi sono formati per età, si pensa tuttavia di sostituirli con « gruppi omogenei » di bambini dai due anni e mezzo ai sette anni e mezzo compresi nello stesso gruppo. Tenuto conto delle esigenze particolari, i bambini al di sotto dei due anni e mezzo sono riuniti in gruppi più piccoli di 4-8 ciascuno.

Il nuovo programma, oltre a suggerire che i gruppi omogenei siano composti da un massimo di 20 bambini, propone che due gruppi dispongano di volta in volta dello spazio e dell'accesso propri in una comune sala da gioco, la quale deve essere sufficientemente spaziosa da consentire lo svolgimento di attività simultanee e, pertanto, la libertà di movimento dei bambini.

La Commissione attribuisce una grande importanza al ruolo socio-politico della scuola preparatoria, che dovrebbe poter offrire prima di tutto ai bambini socialmente, mentalmente o fisicamente ritardati un indirizzo atto a svilupparne gli stimoli sin dalla prima età. Le proposte formulate dalla Commissione devono ancora essere sottoposte all'esame del Parlamento.

Educazione.

L'insegnamento è gratuito nelle scuole obbligatorie (9 anni), nelle scuole secondarie (2-3 anni) e nelle scuole popolari superiori (scuole residenziali per adulti). Anche i corsi universitari sono gratuiti, sebbene diverse facoltà a livello universitario (ad esempio quella di medicina) siano a numero chiuso.

La refezione scolastica, i testi e l'altro materiale scolastico sono distribuiti gratuitamente nella maggior parte delle scuole obbligatorie e in alcune scuole superiori.

I giovani maggiori di 16 anni che frequentano la scuola obbligatoria percepiscono un « assegno per i figli prorogato » di 900 corone all'anno. Anche per gli studenti tra i 16 e i 19 anni che frequentano la scuola secondaria è previsto il versamento di una indennità di studio pari a 900 corone all'anno che può essere integrata per gli studenti tra i 17 e i 19 anni e, subordinatamente all'accertamento dei redditi, da una indennità supplementare per un massimo di 75 corone mensili corrisposta durante l'anno scolastico. Lo studente che, per motivi di studio, deve vivere lontano da casa riceve una indennità di alloggio di 125 corone mensili, mentre negli altri casi è previsto il versamento di una indennità di viaggio.

Gli studenti che frequentano i corsi superiori (università) possono ottenere delle sovvenzioni sotto forma di indennità di studio o di prestito. Queste sovvenzioni, proporzionali all'indice del costo della vita, ammontano attualmente a circa 10.000 corone all'anno. Lo studente che ha carico un figlio ha inoltre diritto a un assegno addizionale per i figli pari a 900 corone per ogni figlio minore di 16 anni. Tali sovvenzioni, come è già stato accennato, vengono corrisposte per una cifra di 1.750 corone a titolo di indennità e per il rimanente a titolo di prestito redimibile nell'arco di 20-25 anni.

Le sovvenzioni di studio, che generalmente vengono concesse a secondo dei meriti e delle disponibilità finanziarie dello studente, nel corso dei primi due trimestri sono corrisposte senza alcuna considerazione di merito.

Scopo principale dell'intervento dello Stato in questo settore è di eliminare gli ostacoli finanziari che impediscono ai giovani di acquisire l'istruzione e l'addestramento che desiderano e che la comunità è in grado di provvedere. Anche gli adulti hanno oggi la possibilità di migliorare il loro livello di istruzione grazie all'intervento pubblico, che nel 1971 ha consentito a 170.000 persone di proseguire gli studi in conformità ai programmi ufficiali nel corso superiore delle scuole obbligatorie e secondarie. L'istruzione, anche professionale, è impartita a metà tempo. Sempre nel 1971, circa 30.000 studenti hanno frequentato i corsi organizzati dalle Scuole popolari superiori.

L'attuale struttura industriale del paese ha dato vita alla crescente esigenza di provvedere all'addestramento e alla specializzazione dei lavoratori. Nell'anno finanziario 1971-72 più di 100.000 persone hanno partecipato ai corsi di « addestramento del mercato dei lavoratori » organizzati dallo Stato. Esistono inoltre altri corsi di addestramento professionale per i disoccupati, per i lavoratori che rischiano di essere licenziati e per quelli che trovano difficoltà a raggiungere una sistemazione di lavoro. In genere, il periodo medio di addestramento è di 24 settimane, in alcuni casi, tuttavia, può durare un anno o più. Il lavoratore che segue corsi di addestramento professionale riceve un sussidio dallo Stato per le spese di mantenimento durante il periodo di studio. Circa la metà dei partecipanti a questi corsi è costituita da donne.

Nell'anno accademico 1970-71, all'incirca 1.600.000 ha partecipato alle attività dei « circoli di studio » organizzate da associazioni di studio volontarie con l'intervento dello Stato.

Assistenza ai minorati.

I minorati che hanno compiuto 16 anni - ciechi, minorati agli arti, ritardati mentali - ricevono una pensione di invalidità ai sensi dello schema delle pensioni base nazionali nel caso in cui abbiano perduto la capacità lavorativa a causa della minorazione. Le pensioni di invalidità di questo tipo sono corrisposte a oltre 200.000 persone. Una pensione di invalidità integralmente corrisposta è equivalente alla pensione di vecchiaia pagata a un singolo beneficiario. I minorati possono inoltre ottenere, subordinatamente all'accertamento dei redditi, una indennità di alloggio dagli enti locali e, in alcuni casi, indennità speciali. Quando l'indennità è conseguenza di un infortunio sul lavoro, il soggetto interessato riceve una indennità dall'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro. Esistono poi le indennità corrisposte dall'assicurazione contro gli incidenti stradali o dall'assicurazione volontaria basata su accordi tra le organizzazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori dipendenti.

L'invalido che ha perduto almeno il 50 per cento della capacità lavorativa ha diritto ai due terzi o alla metà della pensione di invalidità.

Circa la metà dei lavoratori che sono andati in pensione anticipatamente riceve anche una pensione ai sensi dello schema delle pensioni nazionali supplementari. Ciò significa che il beneficiario ha maturato il diritto alla pensione per almeno il periodo di un anno. La pensione di invalidità ai sensi dello schema supplementare è rapportata al reddito precedente, in quanto l'ufficio di assicurazione sociale valuta il reddito che l'assicurato avrebbe raggiunto se avesse continuato a lavorare fino a 65 anni e calcola la pensione di invalidità su quella base.

Lo Stato sopporta l'intero costo degli apparecchi necessari ai minorati che sono inclusi in una lista speciale la quale comprende 450 apparecchi tra cui gli apparecchi acustici, le carrozzelle elettriche, le protesi e una varietà di congegni necessari al minorato per svolgere le faccende quotidiane. Vengono forniti anche parrucche, busti modellatori se il minorato le richieda, oltre a lavapiatti, registratori e macchine per scrivere elettriche. La lista comprende anche alcuni apparecchi per soggetti parzialmente ciechi, ma non gli occhiali ordinari.

Gli apparecchi sono forniti, senza che sia necessario un accertamento dei redditi dall'organizzazione medica del consiglio di contea

competente, la quale prende in esame le necessità personali del minorato in ordine agli apparecchi suddetti.

I minorati che necessitano di una macchina per spostarsi per motivi di studio o di lavoro possono ottenere una sovvenzione per un massimo di 15.000 corone, più un massimo di 4.000 corone per le spese necessarie a far adattare l'autovettura alla minorazione del soggetto interessato. Queste sovvenzioni sono subordinate all'accertamento dei redditi e pertanto il soggetto che, a causa del reddito, non ha diritto ad una sovvenzione integrale può ottenere un prestito supplementare.

Oltre alla sovvenzione è prevista l'esenzione dalle tasse sia per autovettura sia per la benzina. Nell'anno finanziario 1970-71 circa 1.500 minorati hanno ottenuto sovvenzioni per l'acquisto di una autovettura.

I minorati che hanno bisogno di speciali installazioni in casa ovvero, in alcuni casi, di spazio ulteriore, possono ottenere sovvenzioni statali per un massimo di 15.000 corone. Tali sovvenzioni, che non sono subordinate all'accertamento dei redditi, possono in casi particolari raggiungere cifre maggiori. Nell'anno finanziario 1970-71 le sovvenzioni concesse per installazioni a domicilio sono state circa 2.500. Vengono inoltre concessi mutui per miglioramenti di ordinaria amministrazione da apportare alle abitazioni di soggetti minorati. Questi mutui, estinguibili in 10 anni, sono esenti da interessi fino a un massimo di 12.000 corone. I minorati possono inoltre usufruire dell'assistenza da parte dei « Samaritani » in conformità a quanto viene fatto alle persone anziane.

Per quanto riguarda i lavori di adattamento necessari agli alloggi dei soggetti minorati, il regolamento edilizio prevede le seguenti condizioni:

« In tutti gli edifici, le parti aperte al pubblico devono essere progettate in maniera da consentire l'accesso e il conseguente uso ai soggetti che, a causa dell'età, di invalidità o di malattia, hanno una capacità motoria ridotta ».

La stessa regola si applica ai posti di lavoro.

Le misure di riaddestramento e di assistenza per i minorati, di competenza del Consiglio del lavoro, includono i *test* attitudinali volti a determinare l'idoneità del soggetto minorato nei confronti di una occupazione redditizia e i corsi di addestramento professionale e industriale. Coloro che incontrano difficoltà a trovare una sistemazione di lavoro

possono inoltre usufruire di speciali « corsi di adattamento ».

Coloro che incontrano difficoltà a trovare un posto di lavoro vengono occupati in lavori pubblici creati per dar lavoro ai disoccupati, in « lavori di archivio » o in industrie semi-protette. Per i minorati esistono, inoltre, officine protette gestite dagli enti locali e finanziate dallo Stato. Per quanto riguarda i dati relativi al 1972, circa 40.000 persone sono occupate in officine protette del tipo summenzionato. Esistono poi categorie di minorati che trovano lavoro sul mercato libero. Un datore di lavoro che assume un minorato può ricevere una sovvenzione massima di 15.000 corone per gli adattamenti che si rendano necessari al fine di consentire al soggetto in questione di svolgere il suo lavoro. I datori di lavoro non sono comunque obbligati per legge ad assumere una determinata aliquota di soggetti minorati.

Gli enti locali hanno una speciale responsabilità nei confronti dei soggetti minorati che abitano nell'area di loro competenza. Essi sono infatti tenuti a costruire un certo numero di abitazioni per i minorati e a provvedere al versamento di una speciale indennità di alloggio, e ad organizzare, su scala ridotta, servizi di trasporto per i minorati ortopedici. Il servizio di riaddestramento medico dei minorati spetta ai consigli di contea.

Anche le misure speciali necessarie all'educazione dei ritardati mentali e al loro inserimento in seno alla comunità sono di competenza dei consigli di contea, i quali organizzano attività assistenziali e occupazionali presso istituti speciali, case di cura e centri di attività diurni. L'istruzione è impartita presso scuole speciali che, in misura sempre maggiore, sono inserite nell'ambito del sistema educativo normale. I soggetti affetti da un grave grado di ritardo mentale frequentano scuole di addestramento che li mettono in grado di assolvere ai compiti quotidiani.

I ritardati mentali che non possono vivere in famiglia perché richiedono un'assistenza speciale sono ospitati in istituti o in pensionati per 5 o 6 persone - questi ultimi sono sempre più diffusi e sorgono generalmente all'interno di quartieri residenziali.

Assistenza sociale.

Gli enti locali provvedono inoltre, subordinatamente all'accertamento dei redditi, all'assistenza sociale individuale, che viene concessa in mancanza di altri aiuti (dall'assicurazione o altrimenti) o quando questi sono in-

sufficienti o non possono essere ottenuti sollecitamente. In genere l'assistenza sociale è fornita in denaro.

L'assistenza sociale riflette, con le dovute riserve, il grado di efficienza delle altre disposizioni di previdenza sociale. Infatti, in rapporto all'aumento dei costi totali del settore sociale (ad esclusione del mercato della manodopera e della costruzione di alloggi) la portata dell'assistenza sociale è diminuita da circa il 2 per cento nel 1960 all'1-2 per cento nel 1970. Si può pertanto concludere che l'importanza dell'assistenza sociale è in diminuzione anche se le cifre in assoluto sono costantemente salite nel corso degli anni sessanta per passare dai 130 milioni del 1964 ai 359 milioni del 1970. La percentuale di persone assistite nell'ambito della popolazione totale è salita durante lo stesso periodo dal 3,5 per cento al 5,6 per cento. D'altra parte i periodi per i quali viene concessa l'assistenza sociale sono solitamente brevi e in continua diminuzione.

Molti sono i motivi alla base di una maggiore dipendenza dall'assistenza sociale e tra questi la recessione economica, la disoccupazione, l'inurbamento, l'alto costo degli alloggi, un diverso atteggiamento della popolazione, una maggiore responsabilizzazione a livello sociale e un più alto grado di assistenza sociale, ecc. Il ruolo dell'assistenza sociale può essere tuttavia ridotto mediante un aumento delle indennità di assicurazione sociale a favore dei gruppi a basso reddito. Tale sistema è in vigore dal 1971 per quanto riguarda l'aumento delle indennità di alloggio alle famiglie con bambini.

I soggetti assistiti sono in gran parte i malati, i disoccupati, le madri nubili e le famiglie con bambini. Negli ultimi dieci anni, la percentuale dei giovani e delle persone sole che ricevono assistenza è aumentata considerevolmente.

I soggetti e le famiglie che ricevono assistenza sociale sono spesso chiamati a risolvere problemi di natura diversa e pertanto le rispettive situazioni devono essere giudicate da un punto di vista globale - approccio, questo, che si è rivelato difficile da applicarsi nell'ambito del sistema tutt'altro che uniforme dell'assistenza sociale, al quale si è cercato di porre rimedio con un emendamento della legge che consente ai comuni, dal 1971, di sostituire i comitati tradizionali con un comitato unico. Tale riforma offre maggiori opportunità di applicare il « principio di globalizzazione » nell'ambito dell'assistenza sociale locale. Sono inoltre in corso tentativi volti ad incoraggiare una maggiore cooperazione e in-

tegrazione tra assistenza sociale, assistenza medica e sanitaria, organizzazioni di assicurazione sociale, ecc., al fine di arrivare a un sistema globale e uniforme che consenta la soluzione di problemi assai complessi.

Un maggiore sviluppo ha, quindi, come conseguenza maggiori esigenze nell'ambito dei servizi sociali le quali tuttavia non si concretizzano in una esigenza di aiuto finanziario. La trasformazione strutturale rappresentata dall'inurbamento, la sempre maggiore partecipazione delle donne al mondo del lavoro e la sempre minore possibilità di affidare i vecchi e i bambini alle cure dei parenti e dei vicini, sono tutti fattori che concorrono a chiamare in causa la comunità nel suo insieme. Nei distretti rurali scarsamente popolati, i vecchi, i minorati e tutti coloro che hanno bisogno di aiuto riescono a sopravvivere, mentre nelle aree urbane le difficoltà di inserimento non tardano a manifestarsi e a ripercuotersi sul lavoro o nell'ambiente familiare. La comunità quindi non può esimersi dal compiere gli sforzi necessari, i cui risultati sono evidenti per quanto riguarda i servizi per i minorati e i vecchi e l'assistenza ai bambini (servizi destinati all'infanzia).

L'assistenza agli alcoolizzati è di competenza dei Comitati locali contro l'alcoolismo, che si occupano di una media di 80.000 casi all'anno. In collaborazione con i soggetti interessati, i comitati predispongono esami medici, ricoveri ospedalieri, misure di soccorso, ecc. Anche il servizio di consulenza che affianca i comitati nella loro attività è largamente utilizzato. Il ricovero volontario per le cure disintossicanti è oggi un fenomeno assai frequente.

L'intero sistema di assistenza sociale è attualmente oggetto di un attento riesame che porterà notevoli cambiamenti nel futuro.

Politica degli alloggi.

Gli enti locali rispondono dell'edilizia nelle aree di loro competenza e sono tenuti ad assicurarsi che la costruzione di alloggi sia tale da soddisfare le esigenze locali. Lo Stato provvede a finanziare gli enti locali mediante prestiti destinati, in tutto o in parte, a coprire i costi che non vengono coperti da prestiti bancari o di altri istituti di credito. I prestiti sono concessi per la costruzione di case plurifamiliari e unifamiliari. Circa il 90 per cento delle case di abitazione viene costruito mediante prestiti concessi dallo Stato, i cui interessi sono fissati dal Consiglio della Corona ed estinguibili in 30 anni.

Negli ultimi anni la politica degli alloggi ha avuto come obiettivo il completamento di un milione di nuove case di abitazione nel periodo 1965-1974. (La Svezia conta circa 8 milioni di abitanti). Oggi, il programma è stato ampiamente superato.

Nelle città più grandi vige un sistema di controllo degli affitti, che non si applica tuttavia a case costruite a partire dal 1968. Le controversie in materia di affitto possono essere deferite al tribunale di Stato competente.

Scopo principale della politica degli alloggi è di provvedere abitazioni igieniche, razionali, spaziose e ben attrezzate per tutti. Le case di recente costruzione hanno affitti molto alti a causa dell'aumento dei costi di produzione, la comunità tuttavia interviene con il versamento di indennità di alloggio a famiglie a basso reddito, ai vecchi e ai minorati.

Politica dell'occupazione.

Nell'ambito della politica dell'occupazione operano numerosi uffici di collocamento e servizi di addestramento a favore dei disoccupati. Al fine di porre rimedio agli inconvenienti della recessione economica e della disoccupazione locale lo Stato concede sovvenzioni per incoraggiare la collocazione di industrie in aree dove l'occupazione è scarsa. Grazie a una politica di esenzioni fiscali, le industrie possono impiegare una parte dei profitti in investimenti che si rivelano particolarmente utili in momenti di recessione. L'occupazione può, inoltre, essere promossa con l'attuazione di misure particolari a livello delle industrie e con la promozione di lavori pubblici da parte del governo o degli enti locali.

Ogni contea ha un consiglio del lavoro che opera a livello regionale ed è affiancato a livello locale dagli uffici di collocamento. Gli uffici di collocamento sono a disposizione dei datori di lavoro e di quanti cercano un impiego e offrono i loro servizi gratuitamente. Sono vietate dalla legge le agenzie di collocamento private che percepiscono un compenso dal datore di lavoro o dal disoccupato. Grazie a uno speciale sistema di avvisi, gli uffici di collocamento locali hanno un quadro completo dei posti di lavoro disponibili in tutto il paese. I contatti tra richiedenti e datori di lavoro avvengono attraverso inserzioni sui giornali, soprattutto per quanto riguarda il settore impiegatizio.

Lo Stato provvede a versare al lavoratore che è costretto a trasferirsi per trovare un impiego indennità di viaggio e di trasloco, più una indennità iniziale destinata a coprire le

spese di mantenimento delle prime settimane e un aiuto finanziario alle famiglie che sono costrette per un periodo di tempo a mantenere due case. In certe zone, l'ufficio di collocamento contribuisce all'acquisto delle case di coloro che trovano lavoro altrove.

I disoccupati e i soggetti affetti da minorazioni recenti hanno spesso bisogno di un periodo di addestramento per inserirsi in un nuovo settore di lavoro. Le autorità competenti provvedono pertanto ad organizzare dei « corsi di addestramento dei lavoratori » che nell'arco di un anno interessano almeno il 3 per cento della massa dei lavoratori. Il lavoratore che segue un corso di addestramento riceve un sussidio che gli consente di mantenere se stesso e la famiglia.

L'attività svolta dal servizio di collocamento consente, tra l'altro, l'addestramento e l'impiego dei minorati, molti dei quali trovano lavoro in officine protette.

Esiste inoltre una indennità di disoccupazione corrisposta dall'ufficio di assicurazione contro la disoccupazione e di competenza di società assicurative riconosciute, le quali sono organizzate in modo da comprendere tutti i lavoratori di una determinata categoria. Queste società, che sono incorporate nei sindacati e provvedono al versamento di una indennità giornaliera, sono finanziate con i contributi degli assicurati e con sovvenzioni dello Stato. Una indennità speciale viene corrisposta a spese dello Stato ai lavoratori anziani disoccupati da molto tempo. Le persone anziane che non svolgono più un lavoro possono ottenere una pensione anticipata ai sensi dello schema delle pensioni nazionali.

In seguito ad accordi intervenuti tra le organizzazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori dipendenti, i lavoratori licenziati (ad esempio in seguito alla chiusura del posto di lavoro) hanno diritto a un pagamento in restituzione fino a quando non ricevono l'indennità di disoccupazione. In base ad alcune clausole contrattuali, il lavoratore che viene licenziato in seguito alla trasformazione della società in cui lavora ha diritto a una liquidazione in contanti.

I lavoratori dipendenti hanno inoltre diritto alle ferie pagate, sia che lavorino presso enti pubblici o privati o presso un datore di lavoro individuale. Il diritto alle ferie pagate è garantito dalla legge e il lavoratore dipendente può richiedere due giorni di ferie pagate a condizione che abbia lavorato per un minimo di 15 giorni nell'arco di un mese. Compresa le domeniche il numero di settimane pagate a titolo di ferie è di 4 all'anno. Il lavoro

svolto per un minimo di 8 giorni durante un mese dà il diritto a un giorno di ferie pagato. Entro certi limiti, le assenze dal lavoro a causa di malattia, infortunio o di un parto ovvero del servizio militare rientrano nei giorni lavorativi ai fini delle ferie pagate. Le ferie pagate devono essere concesse possibilmente durante i mesi estivi. Il soggetto che lasci l'impiego senza aver usufruito delle ferie ha diritto a un rimborso in contanti.

La legge sui congedi annuali stabilisce le condizioni relative al numero minimo di giorni/ferie. Le associazioni dei datori di lavoro e dei lavoratori dipendenti hanno comunque raggiunto un accordo in merito alle ferie più lunghe da concedersi a determinate categorie di lavoratori.

Finanziamento della politica sociale.

I servizi sociali, uguali per tutti, sono finanziati soprattutto mediante l'imposizione fiscale, mentre i servizi rapportati al reddito

individuale sono generalmente finanziati mediante i contributi pagati dall'assicurato e/o dal suo datore di lavoro.

Con il gettito fiscale sono inoltre finanziati i servizi medici e sanitari, l'assistenza agli anziani e quella alle famiglie, nonché i servizi relativi all'occupazione.

Dal momento che una parte considerevole del reddito nazionale è assorbita dai servizi sociali e una larga parte è trasferita alla popolazione anziana, agli infermi, alle famiglie con bambini, ecc., gli oneri fiscali sono piuttosto pesanti. Come è possibile rilevare dalla tabella di seguito riprodotta, la Svezia ha un sistema di imposte dirette molto alto in rapporto ad altri paesi. Per quanto riguarda le imposte indirette, la maggior parte dei paesi europei ha un livello di imposizione fiscale pari al 14-17 per cento del prodotto nazionale lordo. La quasi totalità dei paesi europei presenta un livello di imposizione fiscale totale che si aggira tra il 30-40 per cento del prodotto nazionale lordo.

IMPOSIZIONE FISCALE E CONTRIBUTI NEI DIVERSI PAESI

Imposte e contributi di assicurazione sociale in percentuale del prodotto nazionale lordo, 1969.

	IMPOSTE DIRETTE			Contributi assicuraz. sociale	Imposte indirette	Totale
	Società	Persone fisiche	Totale			
Canada (1)	3.9	8.8	12.7	3.4	15.1	31.2
Belgio	2.3	8.4	10.7	9.6	13.3	33.6
Danimarca	0.9	15.1	16.0	1.8	17.2	35.0
Finlandia	2.5	11.1	13.6	4.1	14.6	32.3
Francia	2.0	4.8	6.8	14.5	15.9	37.2
Germania Fed. Rep.	2.5	8.3	10.8	10.8	14.3	35.9
Italia	1.7	5.2	6.9	11.1	12.5	30.5
Olanda	3.1	10.9	14.0	14.1	10.5	38.7
Norvegia	1.5	12.9	14.4	9.4	16.0	39.9
Svezia	1.5	18.4	19.9	7.9	12.6	40.4
Svizzera	2.5	8.4	10.8	5.8	7.4	24.0
Regno Unito	2.4	11.4	13.8	4.9	17.2	35.9
Stati Uniti	4.5	12.1	16.6	5.6	9.3	31.5

(1) 1968.
Fonte d'informazione: OECD.

COSTI E FINANZIAMENTI DEI SERVIZI SOCIALI IN SVEZIA NEL 1969 (*)

IL COSTO DEI SERVIZI SOCIALI

Un riepilogo delle spese nei diversi servizi sociali in Svezia durante il 1969 è fornito nella tabella 1.

Questo riepilogo è stato predisposto conformemente ai principi enunciati da parte del Comitato nordico congiunto di esperti.

Lo studio riguarda le spese per i cinque settori delle assicurazioni sociali: assicurazione malattia, assicurazione sugli infortuni sul lavoro, assicurazione contro la disoccupazione, pensione generale nazionale e pensione generale suppletiva e inoltre la maggior parte delle spese nazionali e municipali (incluse quelle dei consigli di contea) per programmi di sicurezza sociale.

Le spese per la difesa comprendono erogazioni notevoli connesse col servizio di sicurezza sociale, fra le quali le più importanti sono quelle relative ad assegni erogati a favore delle famiglie dei chiamati alle armi.

Queste spese non sono state incluse qui, in quanto esse devono essere considerate piuttosto come retribuzione a favore dei militari. Però nel rendiconto sono incluse le spese per l'assicurazione infortuni militari e bellici.

Nella tabella 1 le spese per i vari settori dei servizi sociali sono divise in gruppi principali in relazione all'elemento prevalente in caso di assistenza.

I costi amministrativi dei dipartimenti per la sicurezza sociale sono indicati in calce alla tabella.

È difficile ripartire queste spese nei vari settori dell'attività di sicurezza sociale, in quanto ogni autorità spesso tratta con parecchi servizi differenti.

I costi amministrativi degli uffici per la sicurezza sociale a carattere locale, sono inclusi, d'altra parte, nelle spese di quel set-

tore della sicurezza sociale con il quale essi sono connessi prevalentemente.

Nell'ambito di ogni categoria di spesa sono indicati i contributi e i premi pagati dai datori di lavoro e dagli assicurati e sono altresì enunciati gli stanziamenti disposti dalle autorità nazionali o locali a favore dei singoli settori amministrativi.

Per quanto riguarda i datori di lavoro tuttavia, sono inclusi solamente i loro contributi prescritti dalla legge. Altri contributi per l'assistenza sociale che essi versano volontariamente o conformemente alle clausole di un accordo collettivo sono stati esclusi dai calcoli.

Per quanto riguarda la beneficenza privata esercitata in vari campi da società, fondazioni e altri, non è stata inclusa nei calcoli nessuna somma ad eccezione dei sussidi statali.

Le cifre comprendono anche pagamenti per interessi e altri redditi che provengono agli uffici per la sicurezza sociale da riserve e simili.

Le spese per erogazioni sono registrate al loro valore netto, il che significa che viene dedotto quanto deriva sotto forma di rimborso da chi ha ricevuto la prestazione.

Le spese di organizzazione includono solamente le spese correnti.

La tabella 1 indica tutte le spese erogate per questi aiuti finanziari e l'ammontare delle prestazioni a favore degli assistiti.

Le colonne 3-6 indicano le somme che i servizi sociali hanno ricevuto, al di fuori della imposizione fiscale, da parte dello Stato (colonna 3) e delle autorità municipali e dei consigli di contea (colonna 4), o sotto forma di contributi dei datori di lavoro (colonna 5) e da parte degli assicurati (colonna 6).

Se noi aggiungiamo alla somma di questi proventi (colonna 7) gli interessi e gli altri redditi che gli uffici delle assicurazioni sociali ricavano da fondi, agenzie ecc. (colonna 8) e poi sottraiamo le somme trasferite da questi uffici ai fondi (colonna 9) noi perveniamo alla somma erogata nell'anno sotto forma di spese sociali e di servizi (colonna 2).

(*) Notizie fornite dall'Ufficio Nazionale Centrale di Statistica della Svezia.

Le spese totali per la sicurezza sociale nel 1969 sono state di 26.435 milioni di corone svedesi.

Questo rappresenta un aumento di 3.026 milioni di corone, o del 12,9 per cento rispetto al 1968.

I settori dell'assistenza sociale per i quali sono state erogate le maggiori spese sono l'assistenza agli anziani e agli invalidi e il servizio sanitario nazionale. A questi due settori seguono provvidenze a favore dei mi-

norì e delle famiglie, fra le quali i contributi generali per i minori sono quelli di maggior entità.

Nel 1969 le spese complessive per i cinque settori delle assicurazioni sociali - assicurazioni malattia, assicurazione infortuni sul lavoro, assicurazione contro la disoccupazione, pensione generale nazionale e pensione generale suppletiva - ammontano a 12.711 milioni di corone, o al 48 per cento della spesa totale per la sicurezza sociale.

Spese per la sicurezza sociale in milioni di corone indicate per categorie principali per gli anni 1963-1969.

	1964	1965	1966	1967	1968	1969
I. — Malattie	4.886	5.614	6.658	8.487	9.953	11.358
II. — Incidenti sul lavoro . . .	124	128	133	144	177	191
III. — Disoccupazione	468	525	633	1.047	1.287	1.339
IV. — Vecchiaia, invalidità . . .	4.549	5.206	6.140	7.005	8.000	8.965
V. — Famiglie e minori	2.203	2.674	2.975	3.121	3.535	4.100
VI. — Assistenza generale e generica	151	180	200	244	276	335
VII. — Infortuni militari e bellici	14	14	14	14	17	18
TOTALE I.-VII.	12.395	14.341	16.753	20.062	23.245	26.306
Spese generali amministrative . .	119	122	148	156	164	162
Spesa totale sicurezza sociale . .	12.514	14.8	16.901	20.218	23.409	26.468
Percentuale del reddito nazionale netto	14,1	14,463	15,9	17,6	19,1	20,0

TABELLA I. — Spese per la sicurezza sociale nel 1969 in migliaia di corone.

OGGETTO DELLA SPESA	Spesa complessiva per la sicurezza sociale (comprese spese di amministrazione)	SPESA COPERTA CON INTROITI DA					Entrate da capitali	Trasferimenti da (+) e a (-) capitali
		Stato	Municipi e Consigli di Contea	Datori di lavoro	Assicurati	TOTALE		
	2	3	4	5	6	7	8	9
1. — MALATTIE	11.325.700	2.474.759	5.128.885	2.000.705	1.690.683	11.295.032	46.866	— 16.198
Assicurazioni malattie e assistenza equivalente	4.244.349	522.293	—	2.000.705	1.690.683	4.213.681	46.866	— 16.198
Servizio nazionale sanitario, ospedali, servizio ostetrico	6.243.070	1.725.800	4.517.270	—	—	6.243.070	—	—
Cure dei minorati mentali	384.650	59.380	325.270	—	—	384.650	—	—
Servizio nazionale dentistico	267.030	13.610	253.420	—	—	267.030	—	—
Servizio anti-alcoolico	186.601	153.676	32.925	—	—	186.601	—	—
II. — INFORTUNI SUL LAVORO E SICUREZZA NELLE INDUSTRIE	190.626	21.496	—	178.335	—	199.838	106.905	— 116.107
Assicurazione per gli infortuni sul lavoro	177.456	8.323	—	178.335	—	186.658	106.905	— 116.107
Sicurezza nelle industrie	13.170	13.170	—	—	—	13.170	—	—

Segue: TABELLA I. — Spese per la sicurezza sociale nel 1969 in migliaia di corone.

OGGETTO DELLA SPESA	Spesa complessiva per la sicurezza sociale (comprese spese di amministrazione)	SPESA COPERTA CON INTROITI DA					Entrate da capitali	Trasferimenti da (+) e a (-) capitali
		Stato	Municipi e Consigli di Contea	Datori di lavoro	Assicurati	TOTALE		
	2	3	4	5	6	7	8	9
III. — DISOCCUPAZIONE	1.389.195	1.121.373	97.510	—	95.672	1.314.555	37.128	— 12.488
Assicurazione contro la disoccupazione e contributi	349.071	225.975	2.784	—	95.672	324.431	37.128	— 12.488
Cambiamento di lavoro e consulenza in materia di occupazione.	167.618	167.618	—	—	—	167.618	—	—
Riqualificazione dei disoccupati, ecc	369.158	369.158	—	—	—	369.158	—	—
Lavori pubblici e contributi locali alle imprese	453.348	358.622	94.726	—	—	453.348	—	—
IV. — ANZIANITÀ, INVALIDITÀ, ECC.	8.964.628	4.128.720	1.886.122	5.306.688	2.484.932	13.605.462	1.826.564	— 6.467.398
Anzianità e pensionamento anticipato	6.976.392	4.013.408	746.807	—	2.148.514	6.908.729	67.063	—
Pensione nazionale suppletiva	934.609	—	—	5.306.688	336.418	5.643.106	1.758.901	— 6.467.398
Cure dei mutilati	147.738	109.012	38.726	—	—	147.738	—	—
Case per anziani	899.589	—	899.589	—	—	899.589	—	—
Case per pensionati	6.300	6.300	—	—	—	6.300	—	—

FINANZIAMENTO DEI SERVIZI SOCIALI

Come è indicato nella tabella 1 le spese dei servizi sociali sono affrontate soprattutto per mezzo di stanziamenti da parte dello Stato, dei consigli di contea e delle municipalità principali.

Delle contribuzioni totali che nel 1969 sono ammontate a 31.030 milioni di corone, il 35 per cento è stato stanziato dallo Stato e il 27 per cento dalle municipalità principali e dai consigli di contea.

Il resto deriva dai contributi agli uffici di assicurazioni sociali, composto per il 24 per cento del totale dai contributi dei datori di lavoro per le assicurazioni malattie e infortuni e per pensioni generali suppletive e per il 14 per cento dai contributi pagati dagli assicurati per assicurazione malattia, assicurazione contro la disoccupazione, pensioni generali nazionali e pensioni generali suppletive.

La ripartizione delle spese varia largamente per i differenti settori dei servizi sociali.

Determinati settori di attività sono finanziati interamente dallo Stato, per esempio gli assegni generali ai minori e i servizi per il cambiamento di lavoro. In certi settori, come per esempio la cura dei malati di mente e dei minorati psichici, la cura degli alcoolizzati e il servizio per il benessere della gioventù, determinate funzioni sono esercitate dallo Stato, ma nella maggior parte dei casi queste attività sono gestite da uffici locali, consigli di contea e municipalità principali, che ricevono dallo Stato degli stanziamenti per parte delle spese, conformemente a determinate disposizioni.

L'entità di questi stanziamenti varia largamente per le varie forme di attività.

Ci sono anche delle associazioni e delle fondazioni private che ricevono delle sovvenzioni dallo Stato e che sono particolarmente attive in determinati campi, quale il benessere dei bambini e la cura dei mutilati e degli infermi.

La maggior parte della spesa dello Stato è destinata alla pensione nazionale (4.013 milioni di corone), al servizio sanitario (1.726 milioni di corone), e agli assegni generali per minori (1.591 milioni di corone).

La maggior parte delle spese per la sicurezza sociale dei consigli di contea e delle municipalità primarie è destinata ai servizi sanitari (4.517 milioni di corone), alla pensione generale nazionale (747 milioni di corone) e alle case per anziani (900 milioni di corone).

Per i cinque settori delle assicurazioni sociali la tabella 2 offre una panoramica sulla ripartizione delle spese tra i vari settori.

Nell'assicurazione malattia il 40 per cento è finanziato dai contributi degli assicurati.

La maggior parte delle spese dell'assicurazione infortuni professionali (62 per cento) è pagata dai datori di lavoro.

Lo Stato sopporta il costo di questa assicurazione per i propri dipendenti e anche quello di determinati supplementi di scala mobile, di spese amministrative ecc.

Il 58 per cento della spesa della pensione generale nazionale è sopportato dallo Stato e il 31 per cento dai contributi per la pensione nazionale generale, mentre il resto è coperto da stanziamenti municipali e dagli interessi derivanti dal fondo della pensione nazionale generale.

TABELLA 2. — Ripartizione delle spese nei cinque settori delle assicurazioni sociali nel 1969 in migliaia di corone.

	Stanzia- menti statali	Stanzia- menti munici- pali	Contributi dei datori di lavoro	Contri- buti degli assicurati	Altri proventi (interessi, ecc.)	TOTALE
Assicurazione malattie	522.293	—	2.000.705	1.690.683	46.866	4.260.547
Assicurazione infortuni professio- nali (I)	8.323	—	184.950	—	106.905	300.178
Assicurazione contro la disoccupa- zione	225.975	—	—	95.672	37.128	358.775
Pensioni generali nazionali . . .	4.013.408	746.807	—	2.148.514	67.663	6.976.392
Pensioni generali supplementari .	—	—	5.306.688	336.418	1.758.901	7.402.007
Ripartizione percentuale						
Assicurazione malattie	12.3	—	47.0	39.7	1.1	100
Assicurazioni infortuni professio- nali (I)	2.8	—	61.6	—	35.6	100
Assicurazione contro la disoccupa- zione	63.0	—	—	26.7	10.3	100
Pensioni generali nazionali . . .	57.5	10.7	—	30.8	1.0	100
Pensioni generali supplementari .	—	—	71.7	4.5	23.8	100
(1) Compresi contributi per spese d'amministrazione da parte dei datori di lavoro.						

GRAFICO 1. — Spese per la sicurezza sociale 1969.

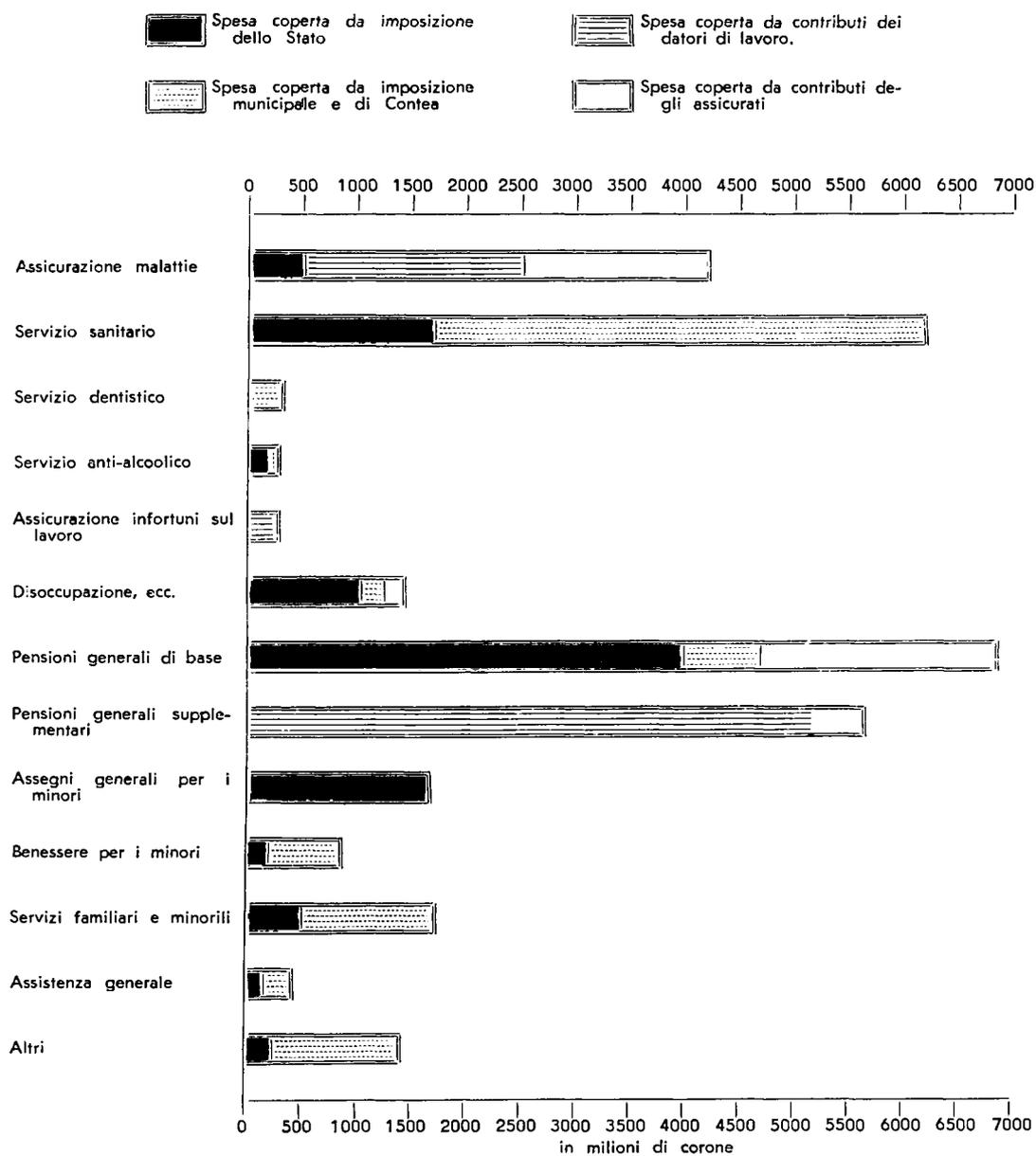
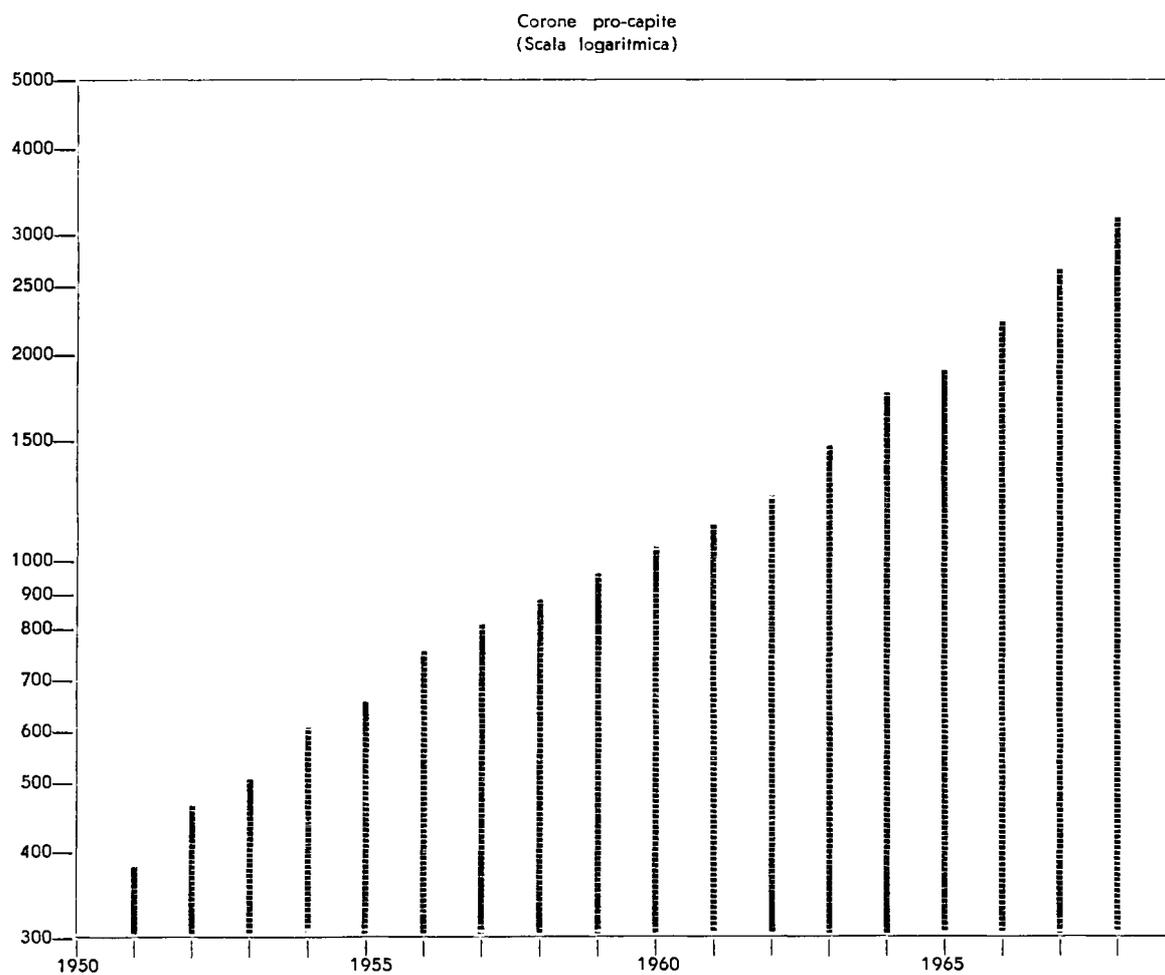


GRAFICO 2. — *Spese per la sicurezza sociale pro-capite negli anni 1950-1969*GRAFICO 3. — *Spese per la sicurezza sociale in percentuale rispetto al reddito nazionale negli anni 1950-1969.*