

Tabella 12 — Tassi di povertà per razza (in percentuale sul totale della popolazione)

	Afro-americana	Bianco
Educazione		
Senza diploma	44.4	20.6
Scuola superiore	31.4	8.6
Università	5.3	1.8
Lavoro		
Lavoro tempo pieno	5.3	2.5
Lavoro <i>part-time</i>	27.0	11.9
Mai lavorato	44.7	31.8
Struttura Familiare		
Due genitori	10.2	6.7
Madre capofamiglia	50.2	31.8

FONTE: in M. Tanner, *The End Of Welfare*, Cato Institute, Washington 1996

Tabella 13 — Tassi di natalità e numeri di nascite per donne sole o sposate

	DONNE SOLE			DONNE SPOSATE			TASSO DI ILLEGITTIMITA'
	Tasso di Natalità per 1.000	N° Donne sole in (000s)	N° Nascite donne sole	Tasso di natalità per 1.000	N° Donne sposate in (000)	N° nascite donne sposate	Nascite da donne sole
Totale donne, 15-44							
1960	21,6	10.319	222.890	156,6	25.638	4.014.911	5,3%
1990	43,8	26.248	1.149.662	93,2	32.117	2.993.304	27,7%
Donne adulte bianche, 20-44							
1960	12,4	3.902	48.385	140,4	22.104	3.103.402	1,5%
1960	33,5	13.854	489.299	90,2	27.570	2.486.453	15,7%
Donne adulte nere, 20-44							
1960	115,4	749	86.435	163,2	2.671	435.902	16,5%
1990	83,7	3.632	304.005	77,6	2.867	222.620	57,7%
Donne Bianche sotto i 19 anni, 15-19							
1960	6,6	4.930	32.538	513,0	772	396.036	7,6%
1990	30,6	6.475	198.135	414,4	377	156.229	55,9%
Donne nere sotto i 19 anni, 15-19							
1960	76,5	738	56.457	659,3	91	59.996	48,5%
1990	106,0	1.325	140.450	486,8	26	12.657	91,7%

FONTE: Dati della popolazione da U.S. Bureau of the Census (1972-1992). Dati della natalità da U.S. Nat. Heal in R. Blank, *It Takes a Nation*, Princeton University Press, Princeton 1997.

Il dato deve essere visto in relazione all'aumento di donne non sposate, di cui molte lavoratrici e, soprattutto, in relazione alla diminuzione della natalità tra le donne sposate. Inoltre una frazione sempre più grande delle nascite fuori del matrimonio è costituita dalle *teen-agers*, con la proporzione più alta al mondo, 90 su 1000.¹³⁴ In ogni caso il fenomeno non è solo americano e il sussidio AFDC non può sicuramente essere visto come la sola causa del fenomeno. Si manifesta un dissidio e un'ambiguità circa il ruolo della donna. Da un lato, da parte liberal viene evidenziata la legittimazione morale a vivere da sola, così che molti bambini crescono senza un uomo in casa; dall'altro lato, da

¹³⁴ R. Blank, *It Takes A Nation*, Princeton University Press, Princeton 1997.

parte conservatrice emerge la preoccupazione che l'emancipazione femminile sia una minaccia ai valori prevalenti. Tutto ciò ha come conseguenza che il governo non faccia molto per i bambini. Non vi è consenso su come essi debbano crescere o essere educati e questo li colpisce in vari modi.¹³⁵

Handler invece ha ipotizzato che la politica sociale americana, tra cui i sussidi a queste donne, costruita sull'idea della sanzione e della *less-eligibility*, è stata una strategia per tenere ostaggi i poveri, come deterrente per gli altri affinché si comportino secondo le regole sociali e morali prevalenti (*Playing by the rules*).

Lo stesso studioso ha affermato che le sanzioni del *workfare* vogliono dare un segnale che il programma è serio e che le assistite devono acquisire l'etica del lavoro. Il progetto del *workfare*, iniziato nel 1988 e portato a conclusione con la riforma del 1996, rappresenta a suo avviso una sorta di cerimonia inutile e costosa, attraverso cui si vogliono riaffermare i valori dominanti, mentre un programma volontario sarebbe molto più efficace.¹³⁶

Ellwood e Bane hanno criticato l'incapacità della burocrazia di incentivare l'indipendenza economica, sforzandosi solo di impedire in modo pignolo le possibili frodi e verificare le eleggibilità (suggerendo così indirettamente una concezione negativa del lavoro).

Questa mancanza di professionalità e di attenzione verso le assistite, sta continuando negli stessi uffici delle circa 3000 contee che ora dovrebbero indirizzare verso il lavoro.

Questa degenerazione dell'amministrazione dell'AFDC è cominciata soprattutto dopo i primi anni '70; prima vi era un rapporto più personalizzato degli assistenti sociali, risultato più difficile da continuare con il grande aumento del numero delle sussidiate. I *Social-Workers*, infatti da una parte dovevano verificare se le donne rientravano negli *standard* richiesti, dall'altra dovevano consigliare e assistere le madri e i loro figli¹³⁷.

Nel 1968 furono vinte alcune cause presso la Corte Suprema contro le visite a sorpresa, addirittura anche di notte, per verificare la presenza a casa del padre, presenza che avrebbe portato alla perdita del sussidio.

b) *WIN-JOBS*: I vari programmi WIN (*Work Incentive Program*, del 1967) e JOBS (*Job Opportunities and Basic Skills Training Program*) del 1988, non riuscirono a realizzare grandi risultati.

Con WIN le donne che ricevevano i sussidi dovevano accettare i corsi creati dagli Stati ed i lavori da essi offerti, se i figli erano già in età scolare.

Nel 1986 solo un milione e seicentomila assistite si erano iscritte, solo 220.000 frequentavano corsi e 130.000 cominciarono effettivamente a lavorare. WIN, si era risolto in una serie di firme su documenti aggiuntivi per il *Welfare Office*, che poi venivano smistati all'Ufficio di Collocamento: solo così si potevano ottenere i sussidi. WIN, che incentivava anche la formazione professionale, rappresentò in fondo un compromesso fra due idee: quella secondo cui il *Welfare* fosse un *Entitlement* e che lo Stato dovesse procurare educazione e lavoro, e quella secondo cui che gli assistiti dovessero meritare il sussidio.

¹³⁵ C. Jencks, *Foreword* in K. Edin, L. Lein, *Making Ends Meet. How Single Mothers Survive Welfare and Low Wage Work*, Russell Sage Foundation, New York 1997.

¹³⁶ V. Handler, Y. Hasenfeld, *The Poor People Work, Poverty and Welfare*, Yale University Press, New Haven-London 1997.

¹³⁷ D. Ellwood e M.J. Bane, *Op. cit.*

dio, attraverso la formazione o il lavoro, pena la sua perdita.

Invece il programma JOBS, inserito nel *Family Support Act* del 1988 su ispirazione di Moynhan e con l'appoggio anche dei Democratici, fu introdotto in un momento di recessione, quando gli Stati erano sempre più pressati per i costi di *Medicaid*, e di altri programmi (ad esempio la California spendeva più per la costruzione ed il mantenimento delle prigioni che per l'educazione).

La legge tendeva a cambiare il programma AFDC con un'impostazione da una parte di decentramento e dall'altra di enfasi sulla ricerca dell'autosufficienza economica. Essa esigeva che gli Stati apprestassero progetti di prestazione professionale, educazione e temporanea assistenza, con asili nido e *Medicaid*, per tutti coloro che partecipavano al programma nella fase della transizione verso il mondo del lavoro.

In ogni caso tutti gli assistiti dall'AFDC furono dichiarati eleggibili per il *Medicaid*, si offrirono asili nido ed assistenza per i bambini.

L'obiettivo era quello di inserire nel mercato del lavoro le famiglie con due genitori disoccupati, non solo le madri capofamiglia. Vi erano incentivi affinché il padre assente riconoscesse i figli e li aiutasse.

Veniva data agli Stati la possibilità, in certi casi, di escludere certe categorie degli assistiti, e il risultato fu che nel 1992 più della metà degli adulti, soprattutto madri con bambini al di sotto dei tre anni, ma anche invalidi anziani e madri che non trovavano asili nido, non vi parteciparono. Solo il 16% dei non esentati utilizzarono il programma¹³⁸.

Gli Stati non richiesero molti fondi per la formazione professionale anche perché il programma non era popolare, dato che l'onere finanziario aggiuntivo sarebbe stato pesante. Non si capiva perché si dovesse spendere tanto per queste donne, solamente per far occupare loro il posto di altri in un momento in cui il lavoro era scarso.

Come in WIN, l'idea di fondo di JOBS era che un programma costoso a breve termine, avrebbe ottenuto risultati positivi in seguito. Ma il Congresso e gli Stati non accettarono di spendere tutte le somme che avrebbero dovuto, in un momento in cui l'economia era poco dinamica.

I successi vi furono solamente nelle aree che avevano più sviluppo economico e con persone più qualificate professionalmente.

Anche se il piano non riuscì, cambiò tuttavia l'approccio dell'assistenza pubblica in America e stimolò gli Stati a trovare nuove soluzioni autonome. Nel 1996, al tempo della Riforma Clinton, 48 Stati su 50 avevano predisposto nuove leggi o programmi di questo genere, con limiti temporali ai sussidi. Il tempo era maturo sia nell'opinione pubblica, sia tra gli intellettuali e fra gli stessi Democratici, per una riforma radicale.

c) Studi e proposte: Elwood e Bane, cercando di trovare correlazioni fra le variabili per spiegare il fenomeno, si sono accorti che vi è un *turn-over* abbastanza frequente delle assistite dall'AFDC, elemento che indica una certa disponibilità a lavorare, se ci fosse un maggior numero di benefici economici e sociali nel lavoro, più preparazione professionale e/o scolastica, soprattutto con la presenza di un coniuge¹³⁹.

In sintesi, essi affermano che molte donne, al contrario dell'opinione di alcuni dei conservatori che parlano di patologie culturali o "di pigrizia", lavorerebbero se il lavoro diventasse più "conveniente", con asili nido gratis, salario minimo maggiore e crediti

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ *Ibid.*

d'imposta. Prima della riforma Clinton (e in parte anche oggi), l'assistita per "tirare avanti" doveva o lavorare a tempo pieno o rimanere nel *Welfare*. Ellwood e Bane non accettano la correlazione tra disoccupazione, sussidi e illegittimità delle nascite: dall'72 all'86 i sussidi dell'AFDC sono diminuiti e i bambini dipendenti da madri capofamiglia sono aumentati.¹⁴⁰

Dalle loro ricerche emerge che gran parte delle donne che vivevano nel *Welfare*, vi erano entrate a causa di un divorzio, per una nascita di un figlio illegittimo e per la perdita del proprio reddito di lavoro.

¹⁴⁰ Jencks, basandosi su precedenti ricerche, nota che la probabilità che la madre sola sia povera è forte specialmente in U.S.A. (oltre che in Canada e Australia); tuttavia questo non ha un effetto dissuasivo e la proporzione delle donne capofamiglia è assai alta, dato che invece essa è bassa nei paesi Europei del Sud, e relativa in Francia e Germania. Questo farebbe ipotizzare una spiegazione di tipo culturale. C.Jencks, *Foreword*, in K.Edin, L.Lein, *Op. cit.*, p 2.

Tabella 14 - AFDC - Chi entra nel *welfare*

Distribuzione in percentuale delle tipologie che iniziano a ricevere il sussidio AFDC	
Tipo d'inizio	Percentuale
Donna divenuta capofamiglia	42.1
Donna non sposata, con bambino	38.8
Declino del reddito	7.1
Crescita della famiglia	2.5
Ha cambiato residenza	0.2
Non identificato	4.0
Totale	100.0

FONTE: Calcolo dell'autore. Le Donne non sposate includono quelle non sposate, divorziate, vedove o separate. Tratto da D. Ellwood and M.J. Bane, *Welfare Realities: From Rhetoric To Reform*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.) 1996.

Tabella 15 - AFDC - Chi esce dal *welfare*

Distribuzione percentuale delle tipologie degli abbandoni del sussidio AFDC	
La donna capofamiglia si sposa	29.4
Non ha più un figlio dipendente	10.8
I redditi del capofamiglia aumentano	25.0
Altri redditi Sociali aumentano	12.1
Redditi d'altri aumentano	6.7
La famiglia è diventata più piccola	5.4
La famiglia si è trasferita	1.6
Non identificato	9.2
Totale	100.0

FONTE: Calcolo degli autori da D. Ellwood, M.J. Bane, *Welfare Realities, From Rhetoric to Reform*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.) 1994, pag. 43.

Uno studio dell'*Institute for Women's Policy Research* (IWPR) è stato condotto su un campione di 1181 donne capofamiglia che hanno preso il sussidio almeno 2 mesi su 24 (un caso che rappresenta l'80% di tutte le donne in questa condizione). I dati provenivano dal *US Bureau of the Census* (1984-1989). Lo studio ha indicato che circa il 43% delle donne in questione lavoravano saltuariamente, ma non riuscivano ad uscire totalmente dal *Welfare*, perché il reddito non era sufficiente a mantenere la famiglia.

Il lavoro in media durava circa 46 settimane; le donne cercavano lavoro per oltre 16 settimane. Il lavoro dava una copertura sanitaria solo per un terzo dei mesi attivi ed era pagato al salario minimo, 4,29 dollari nel 1990; metà delle donne che hanno lavorato lavorato in tal modo 24 mesi su 24 guadagnava meno alla fine che all'inizio.

I lavori tendevano ad essere i meno remunerati, con un 37% di cameriere, cassiere, assistenti per i bambini, commesse. I tipici datori di lavoro erano motel, bar, supermercati, ospedali, ristoranti e servizi vari, che occupavano circa due quinti delle assistite¹⁴¹.

Le donne che tendevano a rimanere più a lungo nel *Welfare* erano le ragazze madri. Gran parte delle donne che entravano la prima volta erano con figli piccoli (solo il 6% di esse era sotto i 20 anni). Le donne che lasciavano il *Welfare* più difficilmente erano non sposate, erano uscite da scuola prima dei 18 anni e non avevano alcuna esperienza di lavoro.

Secondo una statistica del '92 della Camera dei Rappresentanti, in un periodo di 10 anni, il 48% delle donne che ricevevano il *Welfare* erano sussidiate per meno di 2 anni e il 17% per 8 anni e più. A corto termine, in ciascun momento, le donne sussidiate per un lungo periodo rappresentavano il 50% e consumavano gran parte delle risorse. Questo dato contraddittorio sta a confermare che molte donne entrano ed escono spesso dal sistema dei sussidi dell'AFDC¹⁴².

Un altro dibattito assai particolare si è sviluppato fra le femministe, che volevano diritti uguali e universali per le donne povere afro-americane, non ritenendo retrograda l'attribuzione di un "sussidio", concesso per il loro ruolo di madri che si occupano dei bambini. La comunità afro-americana si è spaccata su questo approccio al problema.

Altre femministe radicali si sono battute per il *Welfare* alle donne sole, con la motivazione che esso favoriva la possibilità della donna di gestire la sua sessualità e avere figli a propria discrezione. Ciò ha avuto ripercussioni nei casi presentati alle Corti e soprattutto alla Corte Suprema.¹⁴³ Un altro punto è che molti maschi afro-americani si sono scagliati contro l'AFDC, in quanto strumento degli ex padroni bianchi che li aveva resi inutili, subordinati alle donne e aveva tolto loro i figli. Il reverendo musulmano Fanaham ha portato addirittura un milione d'uomini a Washington, per protestare contro il programma.

2.12.7 L'assistenza sanitaria: Medicaid

Dopo *Medicare*, il programma d'assicurazione sanitaria per gli anziani, l'amministrazione Johnson nel 1965 decise di avviare un più limitato sistema d'assistenza sanitaria per gli indigenti, basato sul *Kerr Mills Act* del 1960. Il nuovo programma Medi-

¹⁴¹ Research in Brief, *The Job Opportunities of AFDC Recipients*, (I.W.P.R.).

¹⁴² N. Gilbert, *Restore Social Equity*, Yale University, New Haven 1995, p. 168.

¹⁴³ E. Bussiere, *(Dis) Entitling the poor, The Warren Court, Welfare Rights and the American Political Tradition*, Penn State University, University Park (PA) 1997.

caid era di tipo selettivo, ossia mirato a categorie di anziani e poveri che, per mancanza di contributi, non potevano ottenere le coperture *Medicare*; madri povere con figli a carico, handicappati, ciechi, alcune categorie di donne incinte sotto la linea di povertà erano fra i principali beneficiari.

Il programma è strutturato con un co-finanziamento tra programma federale e Stati, in misura variabile dal 50 all'80%; in media la quota federale è del 57%. *Medicaid* è il più consistente dei programmi assistenziali basato sul controllo delle condizioni, rappresentando il 50% della spesa. E' anche il programma il cui costo cresce ad un ritmo maggiore: nel '94 costava 140 miliardi di dollari. *Medicaid* passò facilmente al Congresso per la pressione degli Stati che volevano un co-finanziamento federale al precedente programma d'assistenza medica. Inoltre non si diede molta pubblicità alla legge evitando un attacco frontale da parte della *American Medical Association* e delle società d'assicurazione private. Si pensava che il programma sarebbe servito specialmente per la prevenzione sanitaria e che avrebbe avuto un ruolo marginale. In realtà nel 1990 copriva una metà di coloro che stavano sotto la linea di povertà.

Il programma oggi investe 35 milioni di persone, con un costo annuale medio di circa 3.000 dollari per malato. Sono eleggibili anche coloro i cui costi medici sono superiori al reddito, perciò viene utilizzato oggi anche da parte delle classi medie soprattutto per le lunghe degenze.¹⁴⁴ Anche se il *Medicaid* è precluso per chi abbia più di 4.000 dollari di capitale, la casa o eventuali redditi del coniuge non contano, aprendo la possibilità di un accesso "regressivo" al programma.

Uno dei motivi per cui *Medicaid* non fu tagliato da Reagan è che ciò avrebbe fatto aumentare i costi di *Medicare*.

Gli Stati gestiscono il programma, scelgono i servizi sanitari e determinano la eleggibilità dei bisognosi. Nel 1993 il New Hampshire spendeva 9700 dollari per ogni beneficiario, contro i 2800 del Mississippi.

Le indicazioni federali, almeno all'inizio, erano abbastanza ambigue. Già nel 1967 il costo di *Medicaid* era aumentato enormemente per abusi, frodi, parcelle molto alte da parte dei medici, crescente utilizzazione dei servizi, spese per la tecnologia sanitaria. Dopo 7 anni dalla loro creazione *Medicare* e *Medicaid* avevano sfondato le proiezioni di spesa del 400%. Così vi furono dei tentativi di controllo da parte degli Stati, restrizione dei fondi federali e una limitazione dei possibili beneficiari.¹⁴⁵

A causa delle frodi e degli abusi sia da parte dei medici che dei pazienti, sono stati posti limiti dagli Stati nella cura primaria e nei servizi opzionali, così da assicurare il finanziamento delle degenze ospedaliere. Molti medici si sono rifiutati di curare i malati poiché i rimborsi *Medicaid* sarebbero stati minori di quelli provenienti da *Medicare* o dalle assicurazioni private.¹⁴⁶

Anche il costo della medicina privata è aumentato in modo considerevole, con ritmi simili, se non maggiori. Il grande problema dei due programmi sanitari pubblici è la degenza prolungata degli anziani e le cure domiciliari, che costano quasi 4 volte di più che non per le persone sotto i 65 anni, data la maggiore aspettativa di vita e la maggiore probabilità di contrarre malattie. Gli anziani e gli handicappati utilizzano circa il 60% della spesa del *Medicaid*, anche se rappresentano solo il 25% dei pazienti.

¹⁴⁴ M. Tanner, *Op. cit.*, pp. 197-200.

¹⁴⁵ G. Amato, *Op. cit.*

¹⁴⁶ G. Peters, *American Public Policy Promise and Performance*, Chatham House, 1993, pp. 121-123.

Il *Medicaid* ha lasciato scoperti quasi tutti i *Working poors*, i lavoratori *part-time* e non qualificati senza assicurazioni private, le famiglie povere senza figli. Nel 1995 circa 41 milioni di persone non erano coperte da alcuna assistenza sanitaria, sia privata sia statale. Si calcola che circa un terzo dei poveri sotto i 65 anni rimanga scoperto. Le coppie senza figli non hanno accesso alle cure intensive, mentre una parte della classe media usufruisce della parte destinata alle cure domiciliari, spesso trasferendo i loro beni ai congiunti per diventare eleggibili. Nel 1997 è passata una legge, il *Kennedy Kamenbaum Act*, che aiutava i lavoratori indipendenti nelle assicurazioni sanitarie e li salvaguardava anche nel passaggio dal mondo del lavoro alla disoccupazione o ad un altro lavoro.

La mortalità infantile degli afro-americani è più alta che in 40 nazioni povere del mondo, fra cui Srilanka, Malaysia, Cuba. Inoltre nella popolazione sotto i 65 anni il 34% degli ispanici, e 23% degli afro-americani non aveva copertura sanitaria, contro il 16% dei bianchi. La situazione degli ispanici è dovuta anche al fatto che essi sono immigrati, specialmente nel Sud-Ovest, dove la forza lavoro è poco sindacalizzata e i datori di lavoro pagano meno spesso un'assicurazione sanitaria.¹⁴⁷

Oltre al programma principale esistono altre forme d'assistenza medica. Il *Community Health Centers Program*, costituito nel 1987, aiuta lo sviluppo e la gestione di centri che danno servizi sanitari primari (diagnostica, prevenzione, emergenza) ad indigenti o emigrati.

Un altro programma è il *Migrant Health Centers*, una sezione del *Public Health Service Act*, un programma federale che dà servizi sanitari primari e supplementari a lavoratori saltuari o stagionali e alle loro famiglie.

Nel 1988 le spese federali per veterani e *Native Americans* hanno raggiunto 10 miliardi di dollari, oltre a 6 miliardi di dollari offerti dalle cliniche private¹⁴⁸. La spesa sanitaria *non profit* rappresenta il 53% del settore contro il 25% della Francia, e il 6% della Gran Bretagna, il 18% della Germania e il 25% dell'Italia (1991); la spesa *non profit* per la sanità in USA rappresenta un quarto del totale assorbendo circa la metà dei 7.131.000 impiegati dal settore *non profit* nel suo insieme.

La spesa privata per la sanità ha rappresentato il 7,5 del P.I.L., in confronto al 2% degli altri Paesi OCDE, e la spesa sanitaria americana è la più alta del mondo, toccando circa il 14% del PIL.

Alcuni affermano che sarebbero necessari un maggiore controllo sui costi, una competizione con la medicina privata attraverso crediti e buoni, e una maggiore prevenzione.

Il 5 agosto 1997 il Presidente Clinton ha firmato una legge che prevede di spendere in 5 anni 16 miliardi di dollari per l'assistenza sanitaria ai bambini, nell'ambito del sistema *Medicaid*; il piano dovrebbe raggiungere 5 milioni di bambini. Questa copertura sarà valida per i bambini fino a 14 anni, con la creazione di servizi pediatrici e il ristabilimento di benefici del *Medicaid*, ai bambini che hanno perso il sussidio SSI, a causa della riforma del 1996. La norma è inserita nel bilancio del 1997, come aggiunta n. 21 al *Social Security Act*, e contiene lo *State Children Health Insurance Program*.

Hillary Clinton, in un suo articolo sul New York Times dello stesso giorno, ha affermato che non sarà facile raggiungere e individuare i possibili destinatari di questa nuo-

¹⁴⁷ R. Albelda e N. Folbre and The Center for Popular Economics, *Op. cit.*

¹⁴⁸ Clark C. Havighurst, Robert B. Helms, Christopher Bladen and Mark V. Pauly, *American Health Care. What Are the Lessons for Britain?*, IEA Health Unit, London 1988.

va misura. Infatti, nonostante il successo di *Medicaid*, circa 3 milioni di bambini che dovrebbero essere coperti dal programma, non sono registrati, perché i loro genitori non conoscono il programma, non sono sicuri di avere i requisiti necessari, sono riluttanti ad accettare l'aiuto dello Stato o sono confusi dalle complesse regole d'accettazione. Questo dovrebbe cambiare con la maggiore pubblicità data al nuovo schema.

Milioni di altri bambini hanno genitori che lavorano per imprese che non danno assicurazioni sanitarie oppure sono lavoratori a basso reddito che non riescono a pagare i premi dell'assicurazione.

Altri bambini perdono l'assistenza quando i loro genitori perdono il lavoro.

E' stato proposto di modificare la deducibilità fiscale delle assicurazioni private. Infatti il Tesoro perde circa 84 miliardi di dollari l'anno facendone il terzo "gestore finanziario" sanitario dopo *Medicare* (200 mil. Di dollari) e *Medicaid* (135 mil. dollari). Queste deduzioni appaiono inique e regressive: chi lavora per le grandi società le riceve, gli altri no. La deduzione fiscale per le famiglie con più di 100.000 dollari di reddito l'anno è 10 volte più grande che per una sotto i 10.000 dollari l'anno. Più un datore di lavoro spende nell'assicurazione sanitaria maggiore è la deduzione fiscale. Si crea così l'impressione che sia il datore di lavoro a pagare. Da parte Democratica, il *Progressive Policy Institute* propone un credito d'imposta uguale per tutti, restituibile e strutturato in modo che ogni lavoratore possa scegliere il suo piano d'assicurazione sanitaria, creando maggiori scelte ed opportunità¹⁴⁹. Nonostante ciò molte imprese si lamentano per gli oneri delle assicurazioni per i loro lavoratori, che incidono sulla competitività.

Tabella 16 — La spesa per la sanità negli Stati Uniti

	% PIL				Pro-Capite 1992	Percentuale pubblica			Percentuale privata		
	1975	1980	1990	1992		1975	1980	1990	1975	1980	1990
Gran Bretagna	5,5	5,8	6,0	7,1	1.151	91,1	89,6	83,5	8,9	10,4	16,5
Canada	7,3	7,4	9,3	10,3	1.949	76,4	74,7	72,6	23,6	25,3	27,4
Stati Uniti	8,4	8,4	12,5	13,6	3.094	41,5	42,0	42,4	58,5	58,0	57,6

SOURCE: Da M. Roggie, *Realignments in the Welfare State, Health Policy in the Welfare State*, Columbia University Press, New York 1996.

2.12.8 Head Start e altri programmi per bambini

Iniziato da Johnson nel 1965, *Head Start* voleva assicurare assistenza medica, asili nido e servizi per bambini poveri fino ai 5 anni. Il programma offre una serie di prestazioni sociali, tra cui mezza giornata di accoglienza per i bambini, con servizi medici e ricreativi volti allo sviluppo cognitivo: esso cerca di sviluppare le capacità di apprendimento prima dell'età scolare e incoraggia i genitori a partecipare come volontari. Il 90% dei bambini deve provenire da famiglie che si trovano sotto la linea di povertà.

Nel 1995 705.935 bambini sono stati aiutati da questo programma. Il programma degli asili nido è diventato sempre più rilevante, per l'inserimento massiccio delle donne nel mercato del lavoro: il 65% dei bambini è rappresentato da figli di madri che lavorano. Tuttavia *Head Street* raggiunge solo il 20% degli aventi titolo.

Oggi 20 milioni di bambini in America sono affidati a adulti che non sono fami-

¹⁴⁹ D. Kendall, *Modernizing Medicare and Medicaid*, in W. Marshall ed., *Op. cit.*, pp. 57-74.

liari e 4,3 milioni di bambini dai 5 ai 13 anni vengono lasciati soli dopo la scuola. La famiglia povera con genitori che lavorano spende per questo servizio in media circa 38 dollari a settimana (un sesto dello stipendio) per un asilo nido di bassa qualità. Uno dei punti più dibattuti è se il costo degli asili nido debba essere direttamente sostenuto dallo Stato oppure se le famiglie debbano ricevere soldi e scegliere autonomamente la struttura di accoglienza (ovvero permettere alla madre di stare a casa ad occuparsi dei figli). Tutta la recente normativa sul *Welfare*, anche nella riforma del '96, è volta a spingere le madri a lavorare, offrendo più asili nido oppure con maggiori crediti d'imposta¹⁵⁰.

Coloro che criticano interventi statali in questo settore affermano che vi sono circa 80.000 centri di *Child Care* regolarizzati (per circa 5,2 milioni di bambini, di cui 1,1 in età scolare) e 118.000 senza licenza, che coprono un totale di 6.100.000 bambini. Una ricerca del Ministero dell'Educazione ha messo in evidenza che vi è posto per altri 440.000 bambini. Dal 1990 lo Stato ha investito in *Head Start* circa 10 miliardi di dollari; a questi si devono aggiungere tutte le strutture di accoglienza private, a pagamento. Dagli studi emerge che il *child care* privato, con fini di lucro, è più efficiente e razionale per quanto riguarda i costi, mentre è più difficile definirne la qualità.

Il punto fondamentale dell'argomentazione della destra è che il costo del servizio per i poveri è assai diminuito negli ultimi anni, anche se forse non abbastanza, e che le donne hanno ormai lavori *part-time* in più della metà dei casi, cosicché possono gestire meglio il proprio tempo per i bambini. Le interviste alle donne capofamiglia hanno rilevato che questo è uno dei motivi meno rilevanti per l'abbandono del lavoro e il ritorno nel *Welfare*.¹⁵¹ Si mette anche in evidenza il ruolo di parenti e conoscenti nell'occuparsi dei bambini in almeno il 68% dei casi.

Il programma dell'AFDC includeva asili nido gratis anche durante il passaggio al mondo del lavoro. Fino al '96 circa il 55% dei bambini erano figli di madri assistite dall'AFDC. Vi erano inoltre fino alla riforma altri programmi per i bambini, tra cui l'*At Risk Child Care Program*, per bambini di famiglie a basso reddito che rischiavano di ricevere l'AFDC e il *Social Service Block Grant*, un fondo federale che concorreva con quello statale, per tutta una serie di servizi sociali per l'infanzia: tutti questi sono stati riorganizzati.

A sinistra si mette invece in evidenza che il lavoro *part-time* non è sufficiente a mantenere i figli in asilo nido decenti e che il problema della cura dei bambini durante l'orario di lavoro è molto serio.

L'assistenza statale per gli orfanotrofi e le residenze temporanee per bambini di genitori con gravi problemi economici e sociali raggiunge circa 450.000 bambini. Di fronte ai tempi sempre più lunghi in cui i bambini (soprattutto se di minoranze povere) rimangono in tali residenze, l'approccio dei *New Democrats* è di sviluppare il sistema delle adozioni, anche per dare punti di riferimento affettivo.

Nel 1975 è stato creato un *Office of Child Support Enforcement* per cercare di identificare e incentivare i padri a pagare per la famiglia abbandonata, anche attraverso misure finanziarie punitive. Nel 1990 il costo del programma era di 1,6 miliardi di dollari, con 38.000 impiegati degli Stati e 230 Federali.

¹⁵⁰ N. Gilbert, *Welfare Justice Restoring Social Equity*, Yale University Press, New Haven 1995, pp. 15-17.

¹⁵¹ M. Tanner, *Op. cit.*

Solo il 51% delle madri sole riceve aiuto dai padri e il 23% ottiene un parziale; spesso essi sono minorenni, poveri, senza diplomi o disoccupati, se non in prigione. L'*Urban Institute* ha calcolato che se tutti gli uomini pagassero alle madri le spese per i bambini, il costo del *Welfare* diminuirebbe del 9% (prima della riforma) e il numero delle donne nella povertà diminuirebbe del 5%¹⁵². Il problema dell'aiuto da parte dei padri assenti è critico per le donne sole, sia nel *Welfare* sia fuori. L'amministrazione Clinton, attraverso misure più severe, ha ottenuto dai padri 13,4 miliardi di dollari, con un aumento del 68% dal 1992, mentre il riconoscimento della paternità è di 1,1 milioni di casi, il doppio del 1992.

2.12.9 *General istance*

La *General Assistance*, o assistenza pubblica generale, è fornita dagli Stati o dalle Contee. Il programma è fondamentalmente diretto a persone indigenti che non rientrano nei criteri degli altri programmi federali.

La spesa per questa assistenza è molto bassa ed un terzo degli Stati non garantisce alcun sussidio alle famiglie senza lavoro; nel 1992 in otto Stati, tra cui il Michigan, la *General Assistance* ormai non esisteva più. In un quarto di tutti gli Stati si fa gravare la responsabilità finanziaria sulle autorità locali¹⁵³.

Gli Stati più generosi sono New York e Pennsylvania, con *standard* uniformi di eleggibilità. New York City dava nel 1992 352 dollari al mese pro capite, ma ogni Contea decideva per conto suo. Vi erano nello Stato di New York 300.000 sussidiati, nella Pennsylvania 145.000, in Florida 1.000 e in Texas 950.

Un milione di americani ha preso il sussidio della *General Assistance* nel '93. I sussidi arrivano attraverso assegni o con buoni per particolari generi alimentari ecc. Sono inoltre compresi nell'assistenza generale una serie di programmi agli indigenti per l'educazione, borse di studio, programmi per l'assistenza legale gratuita a cittadini con basso reddito, programmi mirati agli indiani delle Riserve, e una serie di provvedimenti locali, statali o federali per l'assistenza ai bisognosi, di rilevanza assai modesta. In alcuni Stati, come il Washington, dopo il 1996, la *General Assistance* è stata aumentata per compensare la perdita del S.S.I. per vecchi invalidi e immigrati.

2.12.10 *Veterans Pensions*

Il *Department of Veterans Affairs* offre trasferimenti monetari e servizi a veterani di guerra, mutilati e membri delle loro famiglie. Gran parte delle prestazioni non è basata sui controlli delle condizioni. I benefici variano in relazione alla grandezza della famiglia, da 606 dollari per un *single*, a 807 dollari per un veterano con una moglie a carico. I benefici alle vedove sono pari a due terzi. Vi sono coperture sanitarie speciali per i veterani, ma non per le vedove. Il numero dei beneficiari diminuisce ogni anno.¹⁵⁴

¹⁵² M. Tanner, *Ibid.*

¹⁵³ J. Alber, *Il ripensamento del Welfare State in Germania e negli Stati Uniti*, in *Rivista Italiana di Scienza Politica*, a. XXVII, n. 1, aprile 1997.

¹⁵⁴ *Social Assistance in OECD Countries*, *Op.cit.*

2.12.11 JTPA. - Job Training Partnership Act

Un altro programma è il JTPA del 1982. Esso dà fondi federali agli Stati e comunità locali che li amministrano per la formazione professionale di giovani in situazioni svantaggiate economicamente. Esso fornisce informazioni, indirizza verso l'occupazione e fornisce altri tipi di assistenza. Nel 1991 vi erano 600.000 nuovi partecipanti, di cui 27% già sussidiati dall'AFDC. La spesa federale per la formazione professionale è diminuita dai 18,2 miliardi di dollari nell'80 a 6,7 del 1993. In ogni caso essa viene data a solo il 4% dei giovani che non sono andati all'Università, in relazione al 70% della Germania¹⁵⁵. I programmi di formazione professionale sono varie decine e sono amministrati dal Ministero del lavoro e dal Ministero dell'educazione. Molti di questi corsi, a seconda degli Stati, vengono appaltati a strutture private o *non-profit*. In ogni caso è importante ricordare che il diploma universitario è uno degli elementi fondamentali per ottenere lavoro e uscire dalla povertà.

Il *Job Corps*, un altro programma di formazione, dà una serie di servizi in certe zone urbane degradate ai giovani senza preparazione scolastica, dai 14 ai 21 anni di età. Esso si propone di allontanare molti giovani dalla violenza e dalla strada, inserendoli in residenze e strutture diurne, in genere lontano dai ghetti, per insegnare loro un mestiere.¹⁵⁶

¹⁵⁵ R. Albelda, N. Folbre e *The Centre for popular Economics*, Op. cit.

¹⁵⁶ Secondo la *Heritage Foundation*, vi sono ben 154 programmi di formazione professionale, per persone a basso reddito (R. Rector, W. Lauber, *America's Failed \$5,4 Trillion War on Poverty*, The Heritage Foundation, 1995).

Tabella 17 – Finanziamento e gestione dei programmi di assistenza pubblica

	Criteri del Programma	Finanziamento	Amministrazione
AFDC	Federale/statale	Federale/statale	Statale/locale
SSI	Federale	Soprattutto federale	Statale/locale
Food stamps	Federale	Soprattutto federale	Statale/locale
Medicaid	Federale/statale	Federale/statale	Statale
Assistenza	Soprattutto federale	Federale	Locale
Formazione	Federale/statale/locale	Federale/statale	Statale/locale
EITC	Federale	Federale	Federale (IRS)
Educazione	Soprattutto/statale/locale	Soprattutto statale/locale	Locale

FONTE: R. Blank, *It Takes a Nation*, Princeton University Press, Princeton 1995.

Tabella 18 – Tassi di crescita dei maggiori programmi sociali 1980 – 1992 (in miliardi di dollari 1992)

	1980	1992	Tasso Medio Annuale di Crescita
Programmi Mirati			
Medicaid	24.9	67.8	8.7
Food stamps	15.5	23.5	3.5
Supplemental Security Income	10.9	18.7	4.6
AFDC	12.3	13.6	0.8
Earned Income Tax Credit	3.4	12.4	11.4
Jobs and training	14.8	5.0	8.6
Title XX social services	4.8	2.8	4.4
Head Start	1.2	2.2	5.2
Women, Infant, Children food Program	1.2	2.6	6.7
Programmi inclusivi			
Social Security	201.8	287.6	3.0
Medicare	54.7	119.06	

FONTE: U.S. Bureau of the Census, *Statistical Abstract of the United States 1994*; *Statistical Abstract of the United States 1987*, Government Printing Office, Washington, D.C. 1987; U.S. House of Representatives, Committee on Ways and Means, *Overview of Entitlement Programs: 1994 Green Book*, Government Printing Office, Washington, D.C. 1994, cit. in: Howard, *The Hidden Welfare State. Tax Expenditures and Social Policy in the US*, Princeton University Press, Princeton 1997. I dati sono relativi alle spese del Governo Federale. I dati per EITC includono tasse dedotte e tasse rimborsate

Tabella 19 — I più importanti programmi di assistenza pubblica in USA

	ANNO	PARTE- CIPANTI (000)	COSTO TOTALE (mil \$)	RAPP. COSTO/ PARTE- CIPANTI	% COSTO PAGATO DA GOV. FED.	% BAMBINI O ADOLES- CENTI	% ADULTI	% ANZIANI
AFDC ^a	1993	14,144	25,242	1,785	48.6	66.2	33.8	—
SSI ^{ab}	1993	6,011	25,640	4,266	97.7	11.7	52.6	35.7
BUONI CIBO	1993	28,426	26,304	925	94.3	52.0	41.0	7.0
SANITA'	1992	30,926	118,166	3,821	56.9	52.0	37.8	10.3
EDILIZIA	1993	5,625	20,487	3,642	100.0	45.0	Na	^c 35.0
FOR. PROF. ^{de}	1992	955	1,741	1,823	100.0	45.0	49.0	—
CREDITI D'IMPOSTA	1992	14,097	13,028	924	100.0	Na	Na	Na
ASS. BAMBINI	1993	714	2,776	3,888	100.0	100.0	—	—

FONTE: Da R. Blank, *It Takes A Nation*, Princeton University Press, Princeton 1997.

^a U.S. Camera dei Rappresentanti (1994)

^b Heiser and Smolkin (1993) danno le percentuali per gruppo di età.

^c U.S. Department of Housing and Urban Development (1992), questi numeri indicano la parte di case in unità assistite con bambini e la parte di case in unità assistite negli affitti con un anziano capofamiglia.

^d Dati forniti dall'Office of Employment and Training Programs U.S. Department of Labor. Percentuali per il gruppo di età sono solo per chi termina il programma.

^e Dati provenienti da U.S. Internal Revenue Service. Statistiche della Income Division.

Tabella 20 — Numero degli assistiti per programma

ANNI	SSI	AFDC	FS	Medicaid
1980	4.1	10.6	19.2	21.6
1981	4.1	10.9	20.6	22.0
1982	3.9	10.2	20.4	21.6
1983	3.9	10.6	21.6	21.6
1984	4.0	10.6	20.9	21.6
1985	4.1	10.7	19.9	21.8
1986	4.3	10.9	19.4	22.5
1987	4.4	10.8	19.1	23.1
1988	4.5	10.9	18.7	22.9
1989	4.6	10.8	18.8	23.5

FONTE: T. Eadley, J. Bradshaw, J. Ditch, Gough, P. Whiteford, Department Of Social Security, Research Rep. N° 46, *Social Assistance in OECD Countries: Country Reports*, HMSO, London 1996

Tabella 21 — Costi amministrativi del programma di assistenza pubblica

	A.F.D.C	Food Stamps	SSI	MEDICAID
Parte di tutti i costi	11.7%	12.2%	6.7%	4.0%
Per la famiglia assistita	\$593	\$412	\$389	\$379
Per assistito (anno)	\$209	\$107	\$276	\$129

FONTE: US House of Representatives (1992, 1993b, 1994), R. Blank: *It Takes A Nation*, Princeton University Press, Princeton 1997. I dati AFDC sono per il 1993, i dati dei Food stamp and SSI sono per il 1992, e i dati per Medicaid sono per il 1991.

2.12.12 Interazioni fra i principali programmi

A questo punto è necessario ricapitolare le interazioni fra i differenti programmi considerando che: a) ricevere un certo beneficio di un programma può dare diritto ad ottenere altri sussidi; b) il livello di un sussidio di un programma è ridotto a causa dell'ottenimento dell'assistenza di altri programmi; b) la ricezione di un beneficio riduce l'assistenza di altri programmi.

SSI (Reddito Supplementare di Sicurezza). In 31 Stati il SSI porta automaticamente ad ottenere Medicaid; in 12 Stati i criteri di eleggibilità del Medicaid sono più severi del SSI. In tutti gli Stati gran parte di coloro che ottiene il SSI riceve i buoni alimentari; in ogni caso vi ha diritto chi vive da solo o chi vive in una casa dove gli altri ricevono SSI.

Precedentemente al 1996, non si potevano ottenere contemporaneamente il SSI e l'AFDC insieme. Questo tuttavia continua anche con il TANF.

Food stamps: a) L'ottenimento dei buoni cibo non mette in questione le eleggibilità per altri programmi. b) Gran parte dei benefici dell'assistenza pubblica sono esclusi dal calcolo del reddito per l'ottenimento dei buoni alimentari. c) Chi riceve buoni alimentari ha la possibilità di ottenere sovvenzioni per la formazione professionale.

AFDC: Per chi riceveva questo sussidio, fino alla riforma del 1996, aveva diritto a Medicaid e (per quasi tutti) ai buoni alimentari e ad asili nido a basso costo.

General Assistance: in genere gli assistiti sono eleggibili per i buoni alimentari.

I due punti di accesso ai sussidi sono il SSI e l'AFDC, che non possono essere cumulati. Tutti e due danno diritto a buoni alimentari e Medicaid. L'EITC è, invece, un credito d'imposta addizionale che non interagisce con gli altri programmi¹⁵⁷.

2.13 Il Welfare nascosto

Quello che viene chiamato lo *hidden Welfare State*, è costituito da un insieme di deduzioni fiscali, crediti di imposta, partecipazione all'interesse sui mutui concessi da parte del Governo Federale. Su 1.161 miliardi di dollari di spesa sociale, vi è tra il 25 ed il 30% in più strutturato in questo modo¹⁵⁸.

Spesso è molto difficile calcolare queste politiche che il Governo ha usato, proprio in quanto meno visibili e meno politicamente vulnerabili. Gran parte di queste esenzioni va alle classi medie e altre, con effetti regressivi e perversi. Il *Welfare* nascosto non si è sviluppato in relazione ai grandi cambiamenti della politica sociale, ma in tempi diversi, attraverso decisioni di "routine" e senza grande clamore. I crediti d'imposta e le deduzioni fiscali a fini sociali non hanno mai avuto alle spalle grandi movimenti di opinione pubblica, particolari strategie di riforma o grandi mobilitazioni intellettuali. Sono passati spesso per la volontà di rappresentanti moderati del Congresso, nell'ambito di cambiamenti dei regimi fiscali.

L'ammontare di questo *Welfare* nascosto è stato calcolato in 448 miliardi di dollari all'anno. Il grosso di questo *Welfare* nascosto è dato da storture e iniquità del sistema della *Social Security*, deduzioni per l'acquisto della casa, pensioni elevate date ai buro-

¹⁵⁷ Social Security Research Department, Report N° 47, *Social Assistance in OECD Countries*. H.M.S.O., London 1996

¹⁵⁸ N. Gilbert, *Welfare Justice Restoring Social Equity*, Yale University Press, New Haven 1995.

crati dello Stato ecc.¹⁵⁹ I Conservatori spesso hanno rifiutato una definizione di questi crediti di imposta come spese, in quanto ciò presupporrebbe l'idea di un reddito che va allo Stato e che esso ridà agli individui; inoltre essi sono stati favorevoli a questa strategia in quanto ha il beneficio di ridurre la burocrazia e ridare margini di scelta ai cittadini.

Secondo uno studio, solo un decimo di tutti i programmi sociali (compresi i buoni alimentari) raggiunge specificatamente i poveri.¹⁶⁰

Tabella 22 – Percentuale dell'ammontare di dollari ottenuta da ciascuna categoria di reddito

Distribuzione di alcune deduzioni fiscali

DEDUZIONE FISCALE	AMMONTARE TOTALE (Miliardi)	10k	10-30k	30-50k	50-100k	100k +
INTERESSI SUI MUTUI SULLA CASA	51,2	0,0%	1,9%	10,1%	43,9%	44,2%
TASSE STATALI E LOCALI SULLA PROPRIETA' IMMOBILIARE	23,7	0,0	0,5	5,2	31,9	62,3
BENEFICI DALLA SOCIAL SECURITY E DALLE PENSIONI DEI FERROVIARI	22,2	0,3	35,4	46,8	16,3	1,3
EITC	19,6	26,2	71,0	2,6	0,1	0,0
DONAZIONI O BENEFICIENZA	16,5	0,0	3,1	10,4	34,3	52,1
TASSE SUGLI IMMOBILI	13,1	0,0	2,1	10,3	44,4	43,2
SPESE MEDICHE STRAORDINARIE	3,8	0,1	9,9	25,6	44,2	20,2
PER L'ASSISTENZA A BAMBINI O PERSONE DIPENDENTI	2,7	0,0	20,7	27,8	42,3	9,2

FONTE: JTC, *Estimates of Federal Tax Expenditures for Fiscal Years 1995-1999*.

Nota: Le percentuali possono differire da un totale del 100% a causa di arrotondamenti: le cifre in dollari rappresentano le riduzioni del gettito fiscale, non gli equivalenti di spese risparmiati. I dati comparati non sono disponibili per molte deduzioni fiscali. Idealmente, i dati per le tasse personali sulla proprietà dovrebbero essere riportate separatamente dalle tasse locali e statali ma non sono conosciute le tabelle che dimostrino la distribuzione dei benefici. Nei dati EITC si includono i rimborsi. C. Howard – *The hidden Welfare State Tax Expenditures and Social Policy in the US*, Princeton University Press, Princeton 1997.

¹⁵⁹ Si deve ricordare che in questa cifra sono tuttavia anche inseriti sussidi all'industria nucleare, all'industria degli aerei, a quella mineraria e deduzioni fiscali per altre attività produttive, come minori tasse per i *Capital Gains*, che avvantaggiano i ricchi o le *corporations* – Vedi Zepezauer e Naiman, *Take The Rich Off Welfare*, Odonian Press, Tucson 1996.

¹⁶⁰ J.J. Patterson, *Americas Struggle Against. T. Poverty 1900-1994*, Harvard University Press, Cambridge (Mass.) 1994, p.234.