



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali

Rapporto nazionale sulle strategie per la protezione sociale e l'inclusione sociale

Novembre 2008

INDICE

1.COMMON OVERVIEW

1. VALUTAZIONE SITUAZIONE SOCIALE	pag. 3
1.2 APPROCCIO STRATEGICO DI INSIEME	
1.2.1 Gli obiettivi della strategia	pag. 6
1.2.2 Rapporto tra il Piano di Riforma Nazionale e la strategia di protezione ed inclusione sociale	pag. 11
1.2.3 Governance	pag. 12
Il nuovo partenariato tra i livelli di governo	
La partecipazione delle formazioni sociali	
1.2.4 Il processo di costruzione del Rapporto	pag. 13

ALLEGATI ALLA COMMON OVERVIEW

1 – La povertà e gli indicatori comunitari di inclusione e protezione sociale

2 – L’esperienza dei piani di zona

2.PIANO D’AZIONE NAZIONALE PER L’INCLUSIONE SOCIALE

2.1 L’IMPLEMENTAZIONE DEL RAPPORTO STRATEGICO NAZIONALE 2006-2008 E DELLE SFIDE IDENTIFICATE NEL RAPPORTO CONGIUNTO 2007	
2.1.1 La povertà in Italia ed altri dati di contesto generale	pag. 16
2.1.2 Le azioni attivate a seguito del rapporto strategico nazionale 2006-2008:	pag. 19
2.2 LE SFIDE STRATEGICHE, GLI OBIETTIVI PRIORITARI E I TARGETS	pag. 24
2.3 OBIETTIVO PRIORITARIO 1: UN PIANO PER LE POVERTÀ ESTREME E I SENZA DIMORA	pag. 30
2.4 OBIETTIVO PRIORITARIO 2: UN PIANO PER IL SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE IN CONDIZIONI DI DISAGIO	pag. 31
2.5 OBIETTIVO PRIORITARIO 3: UN PIANO PER I “CITTADINI IN CRESCITA”	pag. 32
2.6. OBIETTIVO PRIORITARIO 4: UN PIANO PER L’INTEGRAZIONE DEGLI IMMIGRATI	pag. 34
2.7 UNA GOVERNANCE RINNOVATA	pag. 35

ALLEGATO 2.1 LE BUONE PRATICHE

3. RAPPORTO SULLA STRATEGIA NAZIONALE PER LE PENSIONI

Premessa	pag. 40
3.1 PROGRESSI E SFIDE - EQUILIBRIO E SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA DELLA SPESA PER PENSIONI	pag. 41
3.1.1 Il periodo 1989 – 2007	pag. 41
3.1.2 La previsione della spesa per pensioni nel medio periodo	pag. 42
3.1.3 La proiezione di lungo periodo della spesa per pensioni	pag. 44
3.2 LA SOSTENIBILITÀ SOCIALE	
3.2.1 I tassi di sostituzione	pag. 45
3.2.2 Il rafforzamento del secondo pilastro - La definizione dell'assetto strutturale della previdenza complementare	pag. 50
3.2.3 Il nuovo impulso alle adesioni: il conferimento automatico del TFR	pag. 50
3.2.4 L'analisi della diffusione delle adesioni ad esito degli interventi compiuti	pag. 51
3.3 MISURE DIRETTE ALL'ADEGUATEZZA DELLE PRESTAZIONI PREVIDENZIALI	
3.3.1 Sostegni alle pensioni basse e informazione ai cittadini	pag. 53
3.3.2 Prestazioni previdenziali	pag. 54
3.3.3 Prestazioni assistenziali	pag. 56
3.3.4 L'accREDITAMENTO DEI CONTRIBUTI FIGURATIVI	pag. 57
3.3.5 Il riscatto	pag. 57
3.3.6 La totalizzazione	pag. 58
3.4 IL CUMULO TRA PENSIONE E ALTRI REDDITI	pag. 59
3.5 LE POLITICHE PER L'INVECCHIAMENTO ATTIVO	pag. 59

IV. STRATEGIE NAZIONALI PER LA SALUTE E LE CURE SANITARIE A LUNGO TERMINE

INTRODUZIONE	pag. 63
4.2 Assistenza sanitaria	
4.2.1 <i>Progressi conseguiti e priorità politiche in relazione agli Obiettivi Comuni</i>	pag. 65
4.3 Cure a lungo termine	
4.3.1 <i>Progressi conseguiti e priorità politiche in relazione agli Obiettivi Comuni</i>	pag. 70

Prima parte

COMMON OVERVIEW

1. VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE SOCIALE

Già a partire dalla seconda metà del 2007, l'economia mondiale dopo un quadriennio di ritmi di crescita sostenuti ha cominciato, pur mantenendo una dinamica positiva, a rallentare la sua corsa, per effetto degli squilibri sui mercati finanziari e delle tensioni sui prezzi delle materie prime. Il rallentamento medio globale è il riflesso della frenata nelle economie sviluppate,¹ accentuato nel corso del 2008 ed esploso dal mese di settembre con la crisi economica che ha avuto l'epicentro negli Usa ma che già intacca, attraverso le sue dinamiche globali, le economie europee ed italiana.

L'andamento del PIL in Italia riflette la dinamica delle economie sviluppate, mantenendo, però, un differenziale negativo di crescita, rispetto alla media dell'area euro, che si attesta, tra il 2005-2007, nell'ordine di un punto percentuale. Nel 2007 il tasso di crescita del PIL italiano è pari a 1,5%, contro l'1,8% dell'anno precedente. A fronte di una crescita più lenta, in Italia, l'aumento dell'occupazione appare più marcato rispetto alla media UE, sebbene rallenti anch'essa nel 2007 (+1%, contro il +1,7% del 2006). L'occupazione cresce prevalentemente nelle costruzioni (+2,9%) e nei servizi (+1,4%), confermando una dinamica già osservata negli anni precedenti. L'incremento è determinato dall'aumento di occupazione alle dipendenze (+1,5%), mentre quella indipendente registra una flessione rispetto all'anno precedente (-0,3%). In corrispondenza di ciò, si continua a registrare una dinamica piuttosto debole della produttività del lavoro (+0,3%), tanto da consentire di assegnare alla maggiore occupazione il ruolo di principale determinante della crescita del prodotto.

Tutto questo sembrerebbe descrivere un modello di sviluppo delle imprese italiane caratterizzato da una maggiore intensità del fattore lavoro, rispetto a quello delle imprese europee, e da un conseguente indebolimento dei profili di produttività. Il sistema, quindi, sembrerebbe assorbire maggiore occupazione ma ridurre costantemente l'impiego della stessa,² tanto che, a partire dal 2005, ogni occupato rappresenta, in termini di lavoro prestatato, meno di un'unità di lavoro standard. L'entità del fenomeno sembra, peraltro, incidere anche sul contenimento della dinamica retributiva. Non mancano segnali di ristrutturazione di parti del sistema. Da un lato un lieve incremento delle dimensioni medie d'impresa, convergendo lentamente con la media europea (dal 1999 al 2005 la dimensione media d'impresa si riduce, in Europa, da 6,8 a 6,5 addetti, mentre, nello stesso periodo, in Italia cresce, passando da 3,7 a 3,9 addetti).³ Dall'altro un'accelerazione delle cessazioni di imprese, che starebbe –secondo il recente Rapporto Isfol 2008, fonte dei dati in esame- ad indicare un processo di “distruzione creativa” in atto nel sistema, caratterizzato dall'espulsione delle imprese meno produttive e dalla riallocazione di quote di produzione verso quelle migliori, già presenti o di nuova costituzione. L'attuale fase di aggiustamento si caratterizza, peraltro, per una marcata eterogeneità di performance tra imprese, dal momento che i tassi di crescita medi annui del valore aggiunto e della produttività del lavoro sembrano non dipendere tanto dal settore di appartenenza o dalla localizzazione geografica, ma risultano più elevati al crescere della dimensione d'impresa e al ridursi della quota di operai sul totale della forza lavoro impiegata.⁴

Dal punto di vista degli andamenti del mercato del lavoro, risulta che la crescita dei livelli occupazionali in Italia è continuata anche nel 2007: rispetto all'anno precedente il numero degli occupati è aumentato dell'1%, superando i 23 milioni e raggiungendo così il massimo storico.

¹ Fmi, World economic outlook database (aprile 2008).

² Effetto derivante da un minor numero, complessivo, di ore lavorate dagli occupati, a sua volta risultato di una combinazione di una minore incidenza degli straordinari e di un aumento di occupazione non standard (a tempo parziale o tempo determinato).

³ Dati Eurostat – Structural Business Statistics.

⁴ Per approfondimenti si veda: Banca d'Italia, “Relazione annuale. Anno 2007”, capitolo 10, *La struttura produttiva e le politiche strutturali*.

L'andamento dei tassi di variazione dell'occupazione, tuttavia, mostra chiari segnali di rallentamento, che riflettono una crescita dell'economia ormai prossima allo zero. Nonostante la positiva dinamica occupazionale, il nostro Paese continua però a presentare un tasso di occupazione di molto inferiore alla media dei paesi dell'Unione europea e dei paesi dell'Eurozona, ed ancora molto lontano dagli obiettivi di Lisbona: nel 2007 il tasso di occupazione delle persone tra 15 e 64 anni si attestava al 58,7% per l'Italia, al 65,4% per la media Ue e la 65,7% per la media dei paesi dell'area Euro. Anche considerando l'insieme dei paesi con struttura economica analoga a quella italiana, quali i paesi "mediterranei" (la Grecia, il Portogallo e la Spagna, oltre naturalmente all'Italia), il nostro paese fa registrare il valore del tasso di occupazione più basso in tutti gli anni compresi fra il 2000 e il 2007.

Sul tasso di occupazione dell'Italia molto pesa quello delle regioni meridionali, che è al 46,5%, mentre il Nord-Est e il Nord-Ovest presentano tassi superiori alla media europea (67,6% e 66% rispettivamente), a sottolineare il perdurante (e anzi crescente, se si considera l'evoluzione dell'indicatore negli ultimi anni) dualismo dell'economia e del mercato del lavoro italiani. Tale dualismo lo si evince anche dall'analisi di altri indicatori di offerta di lavoro: la debole crescita dell'occupazione nel Mezzogiorno nel periodo 2000-2007 (+4,7%, contro il +9,9% del Nord-Ovest, il +8,9% del Nord-Est e addirittura il +16,8% del Centro), legata alla prolungata stagnazione dell'economia meridionale, ha senz'altro contribuito alla riduzione della disoccupazione, tuttavia una quota di persone, di gran lunga superiore alla media nazionale, ha preferito smettere di cercare lavoro. Nel periodo 2000-2007 la disoccupazione nelle regioni meridionali si è difatti ridotta del 44%, contro il 29,6% nel Nord-Est, il 19,2% nel Nord-Ovest e il 26,4% nel Centro, con una contrazione del tasso di disoccupazione di circa otto punti percentuali. Ciononostante nel 2007, il Mezzogiorno presenta un tasso di disoccupazione dell'11%, quasi doppio rispetto a quello medio nazionale (6,1%) e ancora molto distante da quello registrato nelle altre ripartizioni territoriali (3,8% nel Nord-Ovest, 3,1% nel Nord-Est e 5,3% nelle regioni del Centro). Gli andamenti descritti hanno senza dubbio favorito l'emergere di un effetto di "scoraggiamento" nell'offerta di lavoro nel Meridione superiore alla media nazionale e a quella di ogni altra ripartizione territoriale: nel Mezzogiorno, nel periodo considerato, la percentuale di quanti preferiscono collocarsi nell'area dell'inattività è cresciuta dell'8,1%, superando i dieci milioni individui, mentre nelle regioni del Nord-Ovest e del Nord-Est l'incremento è stato di appena lo 0,3% e l'1,7%, rispettivamente. Si può comunque supporre, in considerazione anche delle stime diffuse periodicamente dall'Istat sul lavoro non regolare, che parte dell'inattività meridionale celi, in realtà, forme di lavoro nero.

La crescita occupazionale è trainata dunque dalla performance delle regioni centro-settentrionali e riguarda in particolare la componente femminile: il tasso di crescita dell'occupazione è stato più elevato per le donne, sebbene si registrino segnali di rallentamento della dinamica occupazionale femminile più accentuati di quella registrata invece per gli uomini. L'accresciuta presenza femminile nel mercato del lavoro italiano, tuttavia, non è associata ad una posizione di maggior forza: le donne continuano a rappresentare una delle componenti deboli del mercato del lavoro, come mostra la loro ridotta presenza relativa tra gli occupati (sono donne solo il 39,5% del totale degli occupati), che si riflette in tassi di occupazione femminile molto più ridotti rispetto a quelli maschili. Nel 2007, a fronte di un tasso di occupazione (calcolato per la popolazione di 15 anni e più) del 45,9%, quello femminile si attesta solo al 35%. Inoltre, nonostante la disoccupazione si sia ridotta drasticamente tra il 2000 e il 2007 e il tasso di disoccupazione sia sceso al 6% circa, quello femminile continua ad essere nettamente superiore a quello maschile, attestandosi nel 2007 al 7,9%, ovvero tre punti in più. I giovani rappresentano un altro collettivo fortemente penalizzato dal mercato del lavoro italiano. I 15-24enni sono infatti soltanto il 6,4% del totale degli occupati e presentano gli indicatori peggiori di ogni altro gruppo di età: il tasso di disoccupazione è al 20,3% e quello di occupazione è al 24,7%. L'analisi della distribuzione delle forme di lavoro per classi di età evidenzia come nel 2007 il lavoro a termine e le collaborazioni siano forme di lavoro riservate per lo più alla popolazione più giovane, che peraltro rispetto al 2006 ha ridotto la sua presenza nel lavoro dipendente su basi permanenti: il 36% degli occupati di età fino ai 24 anni e il 13,2% di

quelli con un'età compresa fra i 25 e i 34 anni è a tempo determinato, contro quote molto minori degli occupati nelle altre fasce di età. Andamenti analoghi si registrano per le collaborazioni. Anche tra i lavoratori *over 65* c'è un'elevata diffusione del lavoro a collaborazione, superiore a quella rilevata per tutte le altre classi di età.

Una disamina delle componenti della domanda interna, rivela, nel nostro paese, la debolezza tanto dei consumi (+1,5%, nel 2007, rispetto all'incremento, nello stesso anno, di 3,2 punti percentuali in Spagna e 2,4 in Francia), quanto degli investimenti (solo +1,2%, nel 2007, contro il 4,3% medio dell'area euro), entrambi, peraltro, in rallentamento nel 2008. L'ultimo bollettino economico della Banca d'Italia (n. 53, luglio 2008) afferma infatti, che la dinamica relativamente vivace del PIL, registrata nel primo trimestre 2008, debba attribuirsi interamente al sostegno della domanda estera, mentre l'ulteriore indebolimento del reddito reale delle famiglie, determinato dall'aumento dei prezzi delle materie prime alimentari e dei carburanti, continua a deprimere i consumi, così come stagnanti risultano gli investimenti, depressi dalle aspettative negative degli operatori.

Il quadro che ne emerge è, quindi, quello di un paese che conserva ancora rilevanti debolezze strutturali del sistema produttivo, in particolare legate alla forte incidenza, sulla struttura produttiva, delle imprese di piccole e piccolissime dimensioni, che ancora basa larga parte della sua capacità competitiva sui costi (malgrado i segnali di ristrutturazione citati), investendo poco sull'innovazione. A fronte dell'ulteriore pressione dei costi sulla redditività delle imprese e del quadro internazionale di difficoltà, non c'è da attendersi, peraltro, nemmeno un miglioramento delle aspettative degli operatori economici e, quindi, una ripresa degli investimenti.

L'economia italiana rischia, quindi, di risentire della debolezza della congiuntura internazionale ed attestarsi su livelli di crescita pressoché nulli con potenziali ripercussioni anche sulla dinamica dell'occupazione. In questo contesto sarebbero opportune misure anticicliche di sostegno alla domanda interna, in particolare alla componente dei consumi, attraverso l'aumento del reddito disponibile delle famiglie.

Detta congiuntura interviene in un contesto nel quale sono da tempo presenti – seppur stabili e non in aumento - fasce di popolazione interessate da situazioni di povertà (cfr. annex n.1). Nel 2006 l'Istat ha contato 2.623.000 famiglie in condizione di povertà relativa, pari all'11,1% delle famiglie residenti e a 7.537.000 persone, cioè il 12,9% dell'intera popolazione; nel 2005 era sotto la soglia di povertà il 13,1% della popolazione (l'11,1% delle famiglie). I dati Eurostat, invece, basati su una metodologia non comparabile con quella nazionale (in particolare, costruiti sui redditi invece che sui consumi), indicano una incidenza di popolazione a basso reddito (“a rischio di povertà” secondo la definizione ufficiale) stabile intorno al 20% (nel 2005, ultimo anno disponibile, si registra un aumento dal 19 al 20%, ma deve tenersi conto dell'approssimazione all'unità percentuale con cui vengono diffusi i dati). Il dato del 2005 colloca il nostro Paese al terzultimo posto in Europa.

Il rischio di povertà cresce rapidamente al crescere delle dimensioni della famiglia, facendo registrare tra le “famiglie numerose” i livelli d'incidenza della povertà relativa in assoluto più elevati. Mentre la situazione delle classi di età più anziane sembra porci in una condizione meno critica di altri Stati (il tasso italiano di povertà relativa si colloca di due punti al di sotto della media UE-15 per quanto riguarda gli ultra-settantacinquenni), desta preoccupazione il rischio che riguarda i minori. Il rapporto della Commissione Europea *Child poverty and Well-Being in the EU*, pubblicato all'inizio del 2008, individua due variabili che possono caratterizzare in negativo le situazioni di povertà infantile negli Stati membri: la dimensione e composizione del nucleo familiare di appartenenza, e la capacità di accesso al mercato del lavoro dei genitori. In questo quadro l'Italia risulta essere tra i Paesi a più alta incidenza di povertà infantile. Un'altra fonte da tenere in considerazione è rappresentata da Unicef. Nella report card n. 7 dell'Unicef⁵, che analizza

⁵ Unicef, *Prospettiva sulla povertà infantile: un quadro comparativo sul benessere dei bambini nei Paesi ricchi*, Report card Innocenti n. 7, 2007, UNICEF Centro di ricerca Innocenti, Firenze

la povertà infantile secondo sei dimensioni⁶, l'Italia si colloca alla nona posizione rispetto ad una valutazione media delle variabili di riferimento. Tuttavia non si può non dare rilevanza all'ampia differenza tra le posizioni che il nostro Paese assume nelle singole dimensioni. In particolare:

- rispetto alla valutazione del benessere materiale, come in Spagna e Portogallo, in Italia la povertà infantile si colloca ancora al di sopra del 15%. Inoltre, tra i Paesi più ricchi del mondo è in Italia che il passaggio dal calcolo della soglia di povertà su base nazionale a quella calcolata su base regionale produce i risultati più complessi. Nel 2000 la soglia di povertà calcolata su base nazionale indicava in Italia un tasso di povertà infantile quattro volte superiore nel Sud rispetto a quello della Lombardia, mentre le soglie di povertà calcolate su base regionale non mostravano quasi alcuna differenza tra le due parti del Paese. Con altre parole era possibile per una famiglia che viveva in Sicilia oppure in Calabria trovarsi al di sotto della soglia nazionale di povertà pur non essendo in peggiori condizioni economiche della maggioranza degli altri siciliani o calabresi (il tasso di povertà infantile relativa per la Sicilia e la Calabria si riduceva di oltre la metà, dal 45 al 19 per cento se si utilizzava la mediana regionale invece di quella nazionale);
- l'Italia si trova in fondo alla classifica nella dimensione che misura il benessere dei bambini nel sistema scolastico (rendimento scolastico, continuazione degli studi e transizione scuola/lavoro);
- l'Italia si trova in una posizione intermedia, tendente verso il basso, per quanto riguarda gli indicatori relativi ai comportamenti dannosi e a rischio (bullismo, violenze);
- il nostro Paese presenta invece ottimi punteggi per quanto riguarda i temi della salute, della sicurezza e della percezione del benessere da parte dei bambini;
- infine, l'Italia è il Paese posizionato meglio rispetto al tema delle relazioni con la famiglia e con i coetanei.

2. APPROCCIO STRATEGICO DI INSIEME

2.1. Gli obiettivi della strategia

Il quadro rappresentato, che ricorda le tipicità della condizione economico sociale dell'Italia, deve essere interpretato alla luce della rapida evoluzione dei fenomeni impressa dalla crisi economica partita oltreoceano nell'autunno 2008. Una crisi che si manifesta con trasformazioni talmente rapide da rendere estremamente difficoltosa la formulazione di previsioni sullo scenario di riferimento: basti pensare all'attenzione dei primi mesi dell'anno sulle migliori soluzioni per contrastare l'effetto dei fenomeni inflativi e le loro ricadute sulle condizioni e le opportunità di vita delle famiglie (ad esempio costi delle materie prime ed effetti sui consumi domestici), laddove nei mesi recenti il rischio maggiore appare essere quello di un avvistamento deflazionistico che inchiodi l'economia italiana sull'orlo della crescita zero o della crescita negativa.

La crisi è intervenuta nel contesto italiano nel quadro di politiche economiche imposte per il perseguimento dell'obiettivo del pareggio di bilancio nel 2011, per mantenere gli obiettivi già pattuiti con le istituzioni comunitarie. La continuità del processo di riqualificazione delle politiche pubbliche che il Governo ha inteso perseguire attraverso gli indirizzi del *Documento di Programmazione economica e finanziaria 2009-2013* avviene attraverso un robusto intervento di riduzione e risanamento della spesa pubblica: per raggiungere l'obiettivo generale di meno costi inutili, più libertà e sviluppo è stato definito un vero piano industriale fondato sulla modernizzazione e la razionalizzazione dell'apparato pubblico, concentrando la leva pubblica unicamente a settori strategici (infrastrutture, telecomunicazioni, ecc.).

⁶ benessere materiale, salute e sicurezza, benessere nel sistema scolastico, relazione con la famiglia e con i coetanei, comportamenti e rischi, percezione e valutazione del proprio benessere

Tale approccio si rileva, al momento dell'impatto della crisi economica sulla struttura produttiva nazionale, come una salvaguardia contro il rischio paese che coinvolge anche le avanzate economie occidentali e sta consentendo l'apertura di (seppure limitate, data la condizione generale dei conti pubblici italiani) di linee di intervento volte a contrastare la crisi, come quelle comprese nel cosiddetto pacchetto anticrisi varato dal Governo il 28 novembre 2008.

Al di là delle misure straordinarie recentemente adottate, il DPEF non manca di riferimenti all'impegno di assicurare la coesione sociale, preservandola dai rischi connessi alle dinamiche globali dell'economia e della finanza: *“un impatto che derivando dallo spostamento globale di enormi stock e flussi di ricchezza e dagli effetti addizionali della speculazione finanziaria è, in Italia e in Europa, quasi sempre erosivo e distorsivo fino ad essere potenzialmente distruttivo delle nostre strutture sociali: dalla sofferenza nella povertà, alla disoccupazione giovanile all'impovertimento del ceto medio, per arrivare alla crescente divaricazione nel Paese tra Nord e Sud. Una divisione questa che non è mai stata compensata dalle politiche di bilancio attuate negli ultimi dieci anni”*. Per attenuare l'effetto di tali distorsioni e sostenere la crescita, in uno con la stabilità e la coesione, sono individuati da subito alcuni strumenti di sostegno quali la riduzione dell'impatto del caro vita e dei mutui sulla casa.

Non meno rilevante per il Governo, il percorso per dare piena attuazione al dettato costituzionale in materia di federalismo fiscale (art. 119) con la presentazione di un disegno di legge delega per disciplinare, in particolare, il sistema di perequazione delle risorse in favore dei territori con minore capacità fiscale nonché i principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario, stabilendo le compartecipazioni di Regioni ed enti locali al gettito di tributi riferibili al loro territorio e garantendo la loro autonomia finanziaria.

Attraverso l'attuazione della autonomia fiscale sarà assicurata la correlazione tra prelievo fiscale e beneficio connesso all'erogazioni dei servizi offerti sul territorio. La sua attuazione avrà un impatto rilevante sulla programmazione e sul coordinamento tra i livelli di governo in materia di politiche di inclusione sociale, tenuto conto di quanto già conseguito in tema di trasferimento di responsabilità dal centro alle regioni ed autonomie locali. Al centro dovrà rafforzarsi - anche attraverso la messa a punto di adatti strumenti di *governance* (vedi ad esempio un più ampio ricorso sul piano nazionale al Metodo aperto di Coordinamento) - la capacità di coordinamento e di indirizzo, per rispondere all'esigenza primaria di ridurre i differenziali tra le aree del paese favorendo quindi l'avvicinamento dei differenti sistemi di welfare. Questi ultimi infatti a partire dal 2001 si sono variamente sviluppati, creando una situazione di profonda disomogeneità nell'offerta di servizi e di interventi a fronte di situazioni sociali ugualmente differenti, quanto ad esempio a tassi di povertà, di occupazione, e di complessiva efficienza dell'offerta territoriale.

A fronte di tale scenario, perdurano nel nostro Paese taluni elementi di criticità propri delle caratteristiche della spesa sociale, la cui riqualificazione e razionalizzazione rappresentano la pre-condizione di successo per la realizzazione della strategia di cui si dirà nel corso del presente rapporto. Si evidenzia qui unicamente un fattore - peraltro ben noto- riguardante la sua composizione, che risulta manifestamente squilibrata in favore della spesa pensionistica, pari al 60 per cento della spesa sociale al netto dell'istruzione. Come è noto, infatti, in Italia la componente più rilevante della spesa complessiva per prestazioni di protezione sociale è rappresentata dal capitolo della previdenza con il 66,7 per cento. La sanità rappresenta circa il 24 per cento, seguita dall'assistenza (8,1 per cento).

In relazione agli aspetti previdenziali in particolare, va sottolineato che i processi di sviluppo e crescita nel risanamento, del consolidamento dell'equità e della coesione sociale, sono strettamente correlati allo sviluppo del sistema pensionistico, anche in relazione alla sua sostenibilità finanziaria e alla stabilità dei conti pubblici. L'incidenza della spesa pensionistica rispetto al PIL appare

attualmente superiore alla media europea. L'andamento nel medio-lungo periodo mostra una crescita – seppur attenuata rispetto al passato – fino al 2030 circa, seguita da una contrazione che riconduce il rapporto tra spesa pensionistica e PIL nel 2050 al livello di quello attuale. Tenere sotto controllo l'andamento della spesa previdenziale resta pertanto una priorità. Gli interventi degli ultimi anni si sono posti in questa logica di sistema, senza tuttavia tralasciare l'esigenza – pur in un'ottica di garanzia dell'equilibrio finanziario pubblico – di migliorare le prestazioni di alcune categorie di pensionati in situazione di difficoltà: è così che nel corso del 2006-2007 sono stati aumentati i minimi pensionistici e migliorata la copertura delle pensioni dall'inflazione. Nel 2008 il Governo ha poi introdotto una “carta sociale”, del valore di 480 euro annui, specificatamente rivolta a sostenere i consumi dei ceti più deboli.

Per quanto riguarda gli interventi di sistema, volti a completare e modernizzare la configurazione del sistema pensionistico, vanno rilevati in particolare i seguenti:

- a) è stata aumentata, pur in maniera più graduale rispetto a quanto previsto dalla riforma del 2004, di più di tre anni per le donne (ad almeno 60 anni) e di più di quattro anni per gli uomini (ad almeno 61 anni se dipendenti, 62 se autonomi) l'età minima di pensionamento;
- b) è stata attuata nel corso del 2007 la misura del trasferimento del trattamento di fine rapporto (TFR) ai fondi pensione tramite il meccanismo del silenzio-assenso, già previsto dalla riforma pensionistica del 2004, che ha significativamente aumentato la partecipazione dei lavoratori alla previdenza integrativa;
- c) è stata definitivamente approvata la revisione dei coefficienti di trasformazione del montante contributivo in pensione nel sistema contributivo, di modo da adattare le prestazioni pensionistiche all'aumento della speranza di vita; i nuovi coefficienti verranno adottati nel 2010 e le successive revisioni avverranno a scadenza non più decennale, bensì triennale;
- d) è stato facilitato il riscatto a fini pensionistici dei periodi di studio universitario, facilitando e rafforzando la rateizzazione dei contributi e la deducibilità fiscale, rafforzando l'adeguatezza delle pensioni anche nella logica del nuovo sistema contributivo;
- e) con le stesse finalità è stata anche rafforzata la totalizzazione dei contributi, ovvero la possibilità di far valere ai fini pensionistici tutti i contributi versati, anche se versati ad enti pensionistici diversi;
- f) sono stati aboliti i disincentivi alla continuazione dell'attività lavorativa nelle età avanzate (ovvero gli incentivi all'occupazione degli anziani nell'economia sommersa, non regolare), liberalizzando il cumulo fra pensione e reddito da attività lavorativa.

I futuri interventi saranno pertanto orientati ancora a trovare un equilibrio tra adeguatezza delle pensioni e sostenibilità finanziaria del sistema. In questo quadro, si adotteranno misure volte all'allargamento della popolazione attiva, sia attraverso l'emersione contributiva sia con l'aumento dei tassi di occupazione in particolare tra le donne e i lavoratori più anziani. Un contributo ulteriore alle risorse finanziarie disponibili, poi, deriverà dalla riduzione, sopra accennata, del differenziale contributivo tra lavoratori subordinati e lavoratori parasubordinati.

Inoltre, con l'obiettivo primo di favorire l'integrazione tra ambiti di politica pubblica strategicamente vicini, tra strumenti ed iniziative, e conseguire così la più ampia ricaduta possibile sui processi di sviluppo complessivo, il Governo, all'atto del suo insediamento, ha provveduto a definire un nuovo assetto organizzativo, anche attraverso la riduzione del numero dei dicasteri.

In particolare, il nuovo Ministero del Welfare, centrato sui tre pilastri – salute, lavoro, politiche sociali – rappresenta certamente un esempio qualificante del progetto di questa legislatura: avere nello stesso alveo tre ambiti così rilevanti per la crescita e lo sviluppo del paese, nonché per il raggiungimento di migliori condizioni di benessere per ogni persona ed ogni famiglia, è un'occasione unica per perseguire maggiore coesione sociale, maggiore crescita, maggiore occupazione. L'idea di base del nuovo dicastero rispecchia in realtà il disegno che l'Unione Europea ha delineato già da tempo, enfatizzando il legame ed il reciproco rafforzamento tra crescita, occupazione, inclusione sociale; tra salute, ben-essere e prosperità economica delle

persone. Promuovere la salute, stili di vita adeguati, promuovere il ben-essere delle persone e delle famiglie riduce l'esposizione al rischio di povertà ed esclusione sociale, incrementa la produttività, la crescita complessiva. E viceversa: un miglioramento della qualità e delle occasioni di lavoro si riverbera positivamente sulle condizioni complessive di vita della persona.

In questo quadro di riferimento si inserisce la sfida lanciata con il Libro Verde, prima dell'estate: **La vita buona nella società attiva** è una consultazione rivolta a tutti i cittadini, gli operatori, gli organismi intermedi e le istituzioni per raccogliere indicazioni, suggerimenti e costruire insieme un nuovo sistema di welfare, non assistenzialista, ma dinamico; in grado cioè di offrire soluzioni più avanzate e durature, di dare risposte efficaci alle esigenze della persona, delle famiglie, della comunità.

Si vuole innanzitutto stimolare un cambiamento culturale e progettuale: riproporre la centralità della persona, in sé e nelle sue proiezioni relazionali a partire dalla famiglia. Il modello di protezione sociale che, senza rinunciare al principio dell'universalismo delle tutele, si caratterizzerà per essere:

- **welfare diretto alla persona nella sua integralità**, per favorire interventi personalizzati, attraverso un modello dinamico di integrazione socio-sanitaria-assistenziale, caratterizzato da un'offerta di misure rivolte alla persona e alla famiglia lungo tutto il percorso della vita.
- **welfare delle opportunità**, basato su una virtuosa alleanza tra pubblico e privato, che offrono, in ragione di precisi standard di qualità ed efficienza coerenti in tutto il territorio nazionale, servizi sociali e prestazioni assistenziali;
- **welfare comunitario**, per la capacità di attirare in un circuito virtuoso famiglie, volontariato, associazionismo e ambiente di lavoro, oltre ai luoghi relazionali e di servizio come le amministrazioni municipali, le parrocchie, le farmacie, i medici di famiglia, gli uffici postali.
- **welfare che combatte le povertà** per promuovere una società attiva, sostenendo la creazione di posti di lavoro, costruendo strumenti di orientamento e di accesso al lavoro personalizzati, valorizzando un sistema retributivo che incoraggi la produzione di ricchezza.

Un Welfare così definito si realizza non solo attraverso le funzioni pubbliche ma soprattutto riconoscendo, in sussidiarietà, il valore della famiglia, di tutti i corpi intermedi e delle funzioni professionali che concorrono a fare comunità. Esso potrà offrire migliori prospettive soprattutto a giovani e donne, oggi penalizzati da una società ancora bloccata e incapace di valorizzare tutto il proprio capitale umano.

Politiche del lavoro, politiche sociali e politiche sanitarie trovano tutte un piano di coerenza nell'obiettivo di anticipare le grandi scelte personali dei giovani e nel progettare un futuro solido e corretto, accompagnandolo con adeguate politiche di prevenzione (delle patologie) e di sostegno (nei casi di insuccesso). Alle politiche di incentivazione dell'autonomia personale nelle scelte giovanili devono corrispondere reti di prevenzione e di condivisione sociale dei rischi connessi.

Questi gli snodi principali del nuovo sistema:

1. eliminare le disfunzioni, gli sprechi e i costi del modello attuale;
2. accompagnare le persone lungo l'intero ciclo di vita attraverso il binomio opportunità – responsabilità;
3. realizzare un modello di *governance* che garantisca la sostenibilità finanziaria e attribuisca a un rinnovato e autorevole livello centrale di governo compiti di regia e indirizzo, affidando, invece, alle istituzioni locali e ai corpi intermedi, secondo i principi di sussidiarietà, responsabilità e differenziazione, l'erogazione dei servizi in funzione di standard qualitativi e livelli essenziali delle prestazioni;

4. consolidare un sistema di protezione sociale universale, selettivo e personalizzato – attraverso un costante esercizio di *benchmarking*, quindi di confronto e scambio di buone pratiche in coerenza con le linee guida comunitarie – che misuri su giovani, donne e persone disabili, in termini di vera parità di opportunità, l'efficacia delle politiche.

Tutto ciò premesso, si indicano gli obiettivi della strategia complessiva di protezione ed inclusione sociale sulla base dei documenti programmatici varati dal Governo per superare le attuali criticità del sistema nazionale:

- la riorganizzazione e razionalizzazione della spesa sociale nelle sue componenti non per smantellare il sistema di welfare, ma anzi per governarlo meglio, eliminando gli sprechi e le iniquità, mantenendo l'impegno di raggiungere l'obiettivo di protezione degli equilibri di contabilità pubblica. Solo così sarà possibile liberare risorse da investire efficacemente nello sviluppo di un sistema di inclusione attiva a partire dai giovani e dalle donne;
- la ricomposizione del quadro delle politiche di *Welfare to Work*. E' il lavoro che garantisce la possibilità di sviluppare le capacità personali incrementando la competitività del Paese e, con essa, anche le risorse che affluiscono allo Stato sociale: l'obiettivo è quindi un innalzamento robusto dei tassi di occupazione regolare – soprattutto di donne, giovani e over 50 – avvicinandosi così ai target di Lisbona. Un mercato del lavoro orientato all'inclusione attiva, in coerenza con le raccomandazioni comunitarie, è certamente la migliore tutela per il lavoratore. In tal senso si procederà sulle linee già tracciate con la Riforma del mercato del lavoro del 2003 e con le norme di attuazione, tenendo conto dei cambiamenti intervenuti e con riguardo anche ai contenuti dell'intesa con le parti sociali siglata nel 2007⁷. E', infatti, programmato l'esercizio delle deleghe in materia di ammortizzatori sociali, servizi per l'impiego, contratto di apprendistato, riordino degli incentivi;
- attenzione agli andamenti del sistema pensionistico, anche in relazione alla sua sostenibilità finanziaria e alla stabilità dei conti pubblici. Gli interventi guardano inoltre all'allargamento della popolazione attiva, che deriva sia dall'emersione contributiva che dall'aumento dei tassi di occupazione di donne e lavoratori più anziani, che alla tutela dei pensionati con fasce di reddito basse, attraverso le misure previste dal protocollo sul *welfare* del 23 luglio 2007⁸ che ha, tra l'altro, incrementato le pensioni "basse"⁹, e gli aumenti per le pensioni assistenziali tramite incremento delle maggiorazioni sociali, a partire dal 2008.
- Nell'ambito specifico della lotta all'esclusione sociale, al centro è la famiglia che va protetta dai rischi di impoverimento: si interviene quindi sia sul versante delle misure di sostegno al reddito (particolarmente nella fase congiunturale attuale) sia nel tempo con misure di alleggerimento fiscale. La famiglia è al centro della strategia anche attraverso il rafforzamento della rete dei servizi sia con riferimento al sistema di protezione e cura per le persone non autosufficienti sia allo sviluppo dei servizi per prima infanzia. Un focus specifico in questo quadro è rappresentato dagli interventi per rimuovere la povertà minorile, causa di profonde discriminazioni, per ridurre la prevenzione della dispersione scolastica e contrastare lo sfruttamento minorile.

7. legge 24 dicembre 2007 n. 247 contenente le norme di attuazione del Protocollo tra Governo e parti sociali del 23 luglio 2007 in materia di previdenza, lavoro e competitività per favorire l'equità e la crescita sostenibili, nonché ulteriori norme in materia di lavoro e previdenza sociale;

⁸ Protocollo fra Governo e parti sociali, e contenuti nel disegno di legge governativo del 17 ottobre 2007, hanno trovato attuazione in parte nella Legge 127/2007 ed in parte nella Legge 247/2007

⁹, tramite corresponsione di una somma aggiuntiva a favore dei pensionati di età pari o superiore ai 64 anni e percettori di redditi non superiori a 1,5 volte il trattamento minimo

- Impegno è poi riservato al tema delle povertà estreme: l'obiettivo è di assicurare un concreto miglioramento delle condizioni di vita a chi sperimenta la grave marginalità o la condizione di senza fissa dimora.
- Assumono carattere trasversale nel quadro complessivo della strategia:
 - a) lo sviluppo di politiche per l'immigrazione fondate sulla legalità nell'ingresso e nell'accesso al mercato del lavoro, e sul contestuale potenziamento degli interventi per favorire l'integrazione sociale, a partire dalla casa, dal sostegno all'integrazione scolastica delle nuove generazioni, dalla tutela della salute. In questo quadro interventi ad hoc sono definiti in favore delle comunità rom e sinti;
 - b) la prospettiva di genere per ampliare concretamente le opportunità per le donne nei contesti economici e produttivi nella società e nelle istituzioni: è questo un fattore di crescita e di sviluppo, indice del tasso di democrazia. L'impegno è a combattere i gap esistenti nei diversi ambiti della formazione e del lavoro, sia con riferimento all'accesso che alla permanenza;
 - c) la riduzione dei gap regionali con riferimento alla rilevante concentrazione nel Meridione della povertà, della disoccupazione e del disomogeneo sviluppo dei servizi sociali, sanitari e per l'occupazione. Strategico in questo ambito l'efficace definizione delle priorità individuate nel Quadro strategico Nazionale per finalizzare più efficacemente l'allocazione delle risorse comunitarie e nazionali .

Enfasi è riservata, nella cornice complessiva della strategia, all'accesso al diritto alla salute, alla miglioramento nell'efficienza e nell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. La massimizzazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse è condizione essenziale affinché la sanità possa svolgere pienamente il suo ruolo sociale ed economico.

2.2. Rapporto tra il Piano di Riforma Nazionale e la strategia di protezione ed inclusione sociale

Nel quadro definito dalla nuova strategia europea di Lisbona per la crescita e l'occupazione alle politiche di inclusione e protezione sociale è riservato un posto certamente di rilievo. Il Piano Nazionale di Riforma incrocia coerentemente politiche macro e micro, definite anche sulla base delle considerazioni della Commissione UE e del Consiglio convergenti peraltro con quelle del Governo, sia sulle determinanti della bassa crescita, che sulle priorità e ricette di *policy* da adottare. Il PNR individua le sette priorità su cui il Governo intende concentrare i propri sforzi a partire dalla stabilità delle finanze, dall'ampliamento dell'area di libera scelta dei cittadini e delle imprese; dall'incentivazione della ricerca e dell'innovazione, dal rafforzamento dell'istruzione e della formazione del capitale umano; e dallo sviluppo delle politiche del lavoro (principi comuni di flexicurity), settore quest'ultimo nel quale la spinta innovativa impressa dal Governo nella individuazione degli strumenti attuativi, rappresenta un elemento di forte discontinuità rispetto ai precedenti orientamenti.

Il PNR approfondisce l'analisi delle principali criticità che nel processo di crescita economica complessiva del paese sono rappresentate dalla bassa partecipazione al mercato del lavoro di fasce importanti – per dimensione e rilevanza sociale – della popolazione e dalla ridotta produttività media. Esso evidenzia l'urgenza di intervenire per stimolare questi elementi e riportarli in linea con la media europea, guardando in particolare al ridotto tasso di partecipazione in tutte le fasce della popolazione diverse da quella maschile di età media, che trova riscontro nel permanere di politiche non ancora all'altezza degli standard europei.

Attenzione è riservata quindi al ruolo cruciale delle politiche di welfare nel contesto complessivo della strategia di crescita e sviluppo. In particolare si fa riferimento alle principali novità introdotte - senza abbassare il livello di tutela del lavoratore e della lavoratrice – per liberare sia l'impresa sia il

prestatore d'opera da adempimenti burocratici e formali e facilitare così l'occupazione riducendone i costi indiretti. Sono definiti inoltre obiettivi volti a favorire una maggiore flessibilità degli orari e dei tempi di lavoro, a partire dallo sviluppo del part time, secondo standard europei, al potenziamento dei servizi alla persona, accrescendo la possibilità di ri-professionalizzazione della donna - che decide di rientrare in un'attività lavorativa dopo anni di lavoro di cura nell'ambito del nucleo familiare -, alla politica di sostegno alla famiglia attuata in una logica di sussidiarietà e di integrazione delle politiche pubbliche di sicurezza sociale in raccordo con il sistema privato e del terzo settore.

2.3 Governance

Il nuovo partenariato tra i livelli di governo

Non si è mancato nei precedenti Rapporti nazionali di fare stato delle difficoltà ma anche delle nuove sfide manifestatesi all'indomani del 2001 – anno della riforma istituzionale che ha ridefinito le competenze tra stato regioni e autonomie locali assegnando in particolare a regioni e enti sul territorio la programmazione ed implementazione in materia di politiche sociali – e quindi dei percorsi che si sono progressivamente dispiegati per definire nuove modalità di organizzazione e coordinamento tra i livelli di governo.

L'obiettivo ora è di passare da una fase che ha visto il costituirsi di tavoli informali Stato-regioni-autonomie locali per avviare un più stretto raccordo in ambiti specifici o per la definizione ed attuazione di progetti, anche di natura sperimentale, ad una sede permanente di lavoro condiviso che stabilisca regole ampie di coinvolgimento e partecipazione delle organizzazioni private, delle organizzazioni di tutela dei diritti, delle parti sociali e dei centri di analisi e ricerca, finalizzata al monitoraggio ed alla valutazione delle azioni intraprese sulla base del Rapporto di strategia nazionale e del Libro verde del governo in materia di welfare.

Il completamento dell'assetto federale delle istituzioni italiane, e la definizione del federalismo fiscale, necessiterà di un coordinamento costante e progressivo non solo delle dinamiche finanziarie ai fini della gestione del sistema di contabilità nazionale, ma anche dei processi istituzionali a valle che – sulla base di tali assetti contabili – dovranno assicurare livelli omogenei di garanzia dei diritti civili e sociali, attraverso i sistemi di protezione sociale territoriali. Tanto più necessaria questa funzione di coordinamento quanto più l'assetto federale dovrà confrontarsi con un robusto processo di convergenza tra territori con tassi di povertà e livelli di servizi differenti.

Il raggiungimento dell'obiettivo di un maggiore coordinamento delle politiche è facilitato dall'attuale configurazione del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, che rispecchia la volontà di integrare e avvicinare strutture amministrative e processi decisionali, per l'elaborazione di linee programmatiche e di indirizzo che consentano il superamento delle criticità e della frammentazione degli interventi oggi presenti ed illustrati in questo rapporto.

In questo quadro è necessario rafforzare un metodo aperto di coordinamento interno attraverso il quale – anche nelle materie sulle quali le competenze sono decentrate – poter definire obiettivi comuni, target nazionali, condividere le strategie di finanziamento delle azioni, stabilire processi di monitoraggio e controllo dei risultati raggiunti nonché scambio delle buone pratiche. E' necessario, quindi, sviluppare e rendere solida una linea di attività ulteriori, partendo da sedi esterne al tradizionale sistema delle conferenze tra Stato e Regioni o enti locali, per sedimentare una vera e propria attitudine istituzionale al coordinamento aperto.

A questo fine possono essere riattivate cabine di regia (per esempio sul tema occupazionale) che vedano protagonisti i servizi pubblici e privati per l'impiego e le professionalità presenti negli enti del Ministero (Isfol e Italia Lavoro). Così, in ambito sanitario il Patto per la Salute tra Governo e

Regioni potrebbe essere sostenuto da uno strumento operativo come una rivitalizzata – in termini condivisi – Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (ASSR).

La partecipazione delle formazioni sociali

L'efficacia della azione di governance dipende non solo dalle istituzioni e dall'attore pubblico, ma anche dal concorso degli attori sociali, dal grado di partecipazione delle realtà del terzo settore, delle parti sociali, delle organizzazioni di tutela dei diritti.

Se la priorità infatti è avviare un moderno Welfare capace di fornire una risposta globale ai diversi bisogni della persona, centrato sulla capacità di “fare comunità” a partire dalle proiezioni essenziali che sono la famiglia, il volontariato, l'associazionismo e l'ambiente di lavoro, diviene prioritario individuare un modello di governance che veda la società civile protagonista nella realizzazione di un percorso di auto-organizzazione e auto-determinazione fondato sui valori comunitari della libertà, della solidarietà, della coesione sociale, del rispetto della vita e del bene comune.

Non meno rilevante, quindi, è l'impegno rivolto al rafforzamento della partecipazione delle formazioni sociali alla definizione delle strategie di protezione ed inclusione sociale ed all'azione di monitoraggio e verifica sull'impatto e l'efficacia degli interventi attuati attraverso l'aggiornamento o la costituzione, dove non presenti, di organismi che assicurino la partecipazione attiva delle associazioni di rappresentanza, delle parti sociali del privato profit e no profit. In questo quadro, la più recente innovazione è l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, cioè di un organo collegiale che consentirà un confronto costante tra le istituzioni e le persone con disabilità, le loro famiglie e le associazioni.

Infine, il Libro Verde sul futuro del modello sociale in Italia, richiama, tra gli elementi di governance condivisa, anche la qualità ed il buon funzionamento del sistema di relazioni industriali (al centro dell'agenda politica e sindacale da almeno un decennio). In questo campo il Libro Verde richiama quale oggetto del governo la definizione di un patto sulle regole, sostanziale più che formale, che individui sedi di confronto sulle grandi scelte strategiche della economia e della società, strumenti per governare gli effetti sociali delle trasformazioni, nuove e più adeguate regole di tipo partecipativo e collaborativo nelle relazioni sindacali e negli assetti della contrattazione collettiva e forme di prevenzione e moderazione dei conflitti sindacali.

2.4 Il processo di costruzione del Rapporto Nazionale

Il Piano nazionale per l'inclusione sociale 2008- 2010 è stato elaborato con il contributo attivo delle regioni, delle autonomie locali, impegnate nella promozione ed attuazione di politiche per l'inclusione sociale. Sono stati organizzati anche incontri con le associazioni di rappresentanza e sono state sentite le organizzazioni sindacali.

Il Piano evidenzia il contributo delle Regioni e delle città, nel rispetto di una sussidiarietà attiva e positiva, rivolto a coordinare i rapporti e i piani locali con la struttura dei piani d'azione nazionali (PAN) di inclusione, anche al fine di offrire al processo esistente un plusvalore significativo in materia di indicatori regionali e locali comuni, di buone prassi, di valutazione e di assicurazione della qualità delle politiche.

La costruzione del Piano in diverse fasi:

- a. Nel mese di luglio si sono tenute due riunioni con le Amministrazioni centrali competenti per definire il quadro strategico di insieme, l'individuazione di obiettivi condivisi e la coerenza complessiva del documento. Inoltre si è organizzato un incontro con i rappresentanti di Regioni, Province e Comuni per la presentazione rapporto e degli obiettivi;

- b. 05 agosto 2008 incontro presieduto dal Sottosegretario di Stato e le associazioni di rappresentanza e con le parti sociali per l'avvio dei lavori di elaborazione;
- c. raccolta dei contributi;
- d. esame dei contributi;
- e. definizione bozza di rapporto;
- f. presentazione della bozza di documento ai partner attivati

Parte 2 - PIANO D'AZIONE NAZIONALE PER
L'INCLUSIONE SOCIALE

2.1 L'IMPLEMENTAZIONE DEL RAPPORTO STRATEGICO NAZIONALE 2006-2008 E DELLE SFIDE IDENTIFICATE NEL RAPPORTO CONGIUNTO 2007

2.1.1. LA POVERTÀ IN ITALIA ED ALTRI DATI DI CONTESTO GENERALE

Le dimensioni quantitative della povertà.

Negli ultimi anni il valore dell'incidenza di povertà in Italia, come in Europa, è rimasto sostanzialmente stabile, permanendo uno zoccolo significativo di famiglie con bassi livelli di consumo e/o di reddito.

Così, nel 2007 l'Istat ha contato 2.623.000 famiglie in condizione di povertà relativa, pari all'11,1% delle famiglie residenti e a 7.542.000 persone, cioè il 12,8% dell'intera popolazione; un numero e una quota sostanzialmente stabili rispetto al 2006. Secondo l'Istat è povera una famiglia di due persone che consuma meno della media pro-capite dei consumi del paese (la soglia così definita nel 2007 era pari a 986 euro mensili, 16 euro in più del 2006).

Tale definizione differisce da quella adottata in ambito comunitario, dove la soglia (del rischio) di povertà è fissata al 60% del reddito mediano equivalente disponibile individuale. I dati Eurostat, basati quindi su una metodologia non comparabile con quella nazionale (in particolare, costruiti sui redditi invece che sui consumi), indicano una incidenza di popolazione a basso reddito ("a rischio di povertà" secondo la definizione ufficiale) stabile intorno al 20% (nel 2005, ultimo anno disponibile, si registra un aumento dal 19 al 20%, ma deve tenersi conto dell'approssimazione all'unità percentuale con cui vengono diffusi i dati). Il dato del 2005 colloca il nostro Paese al terzultimo posto in Europa, seguito solo da Grecia e Lettonia, 4 punti percentuali al di sopra della media europea (sia dell'Europa a 15 che di quella a 25). Rispetto ai vecchi Quindici si conferma la distanza tra i paesi mediterranei (Italia inclusa) e i paesi nordici ai due estremi dell'ordinamento, con Francia e Germania sotto la media e Regno Unito sopra.

Viceversa potrebbe a prima vista sorprendere che i paesi dell'allargamento abbiano incidenze di povertà simili a quelle dei Quindici e alcuni paesi (Repubblica Ceca e Slovenia) siano tra i migliori *performer*. È però doverosa la cautela nel confronto internazionale, poiché la nozione di povertà *relativa* adottata fa riferimento a una soglia nazionale e non comunitaria, cioè a standard di vita prevalenti a livello nazionale che sono ovviamente molto diversi tra loro.

Così, ad esempio, l'Italia ha una incidenza di popolazione a basso reddito di poco superiore a quella della Romania, ma, fatta 100 la soglia italiana corrispondente a tale incidenza, quella rumena è meno di 20. Ciò equivale a dire che la gran parte dei poveri italiani, se vivessero con il loro standard di vita in Romania sarebbero classificati tra i non poveri. Tali considerazioni possono essere estese al confronto con la gran parte dei paesi dell'allargamento; resta comunque inalterata l'osservazione precedente riguardo all'Italia in basso nell'ordinamento dei vecchi Quindici assieme agli altri paesi mediterranei.

Sempre nel 2006, non solo il numero dei poveri, ma anche l'intensità della povertà, cioè la distanza percentuale tra la soglia di povertà e il reddito mediano dei poveri, è in Italia relativamente alta, con un coefficiente pari al 24%. Ciò equivale a dire che la metà dei poveri italiani vive con un reddito disponibile annuo di un quarto inferiore a quello corrispondente alla "linea di povertà" calcolata secondo lo standard europeo (pari a 8.712 euro annui). È una intensità di povertà tra le più alte, simile a quella degli altri paesi mediterranei e delle Repubbliche Baltiche.

La deprivazione materiale

Riconoscendo esplicitamente, in linea con la Strategia di Lisbona, il carattere multidimensionale dell'esclusione sociale e della povertà, nelle loro differenti forme, si può far poi riferimento anche ai cosiddetti indicatori di "deprivazione materiale" che sono utili ad esprimere un profilo più articolato dello stato di difficoltà delle famiglie nell'affrontare aspetti rilevanti della vita quotidiana.

Si tratta di dati da considerare con cautela, con un set di *items* relativi a fattori molto eterogenei e sicuramente non tali da suggerire neppure indirettamente l'assimilazione e l'identificazione tra "deprivazione" e "povertà", ma alcuni dati vanno rimarcati. Nel 2006, quasi il 6% delle famiglie ha dichiarato di aver avuto problemi nel procurarsi il cibo necessario (percentuale che nel Sud e nelle Isole cresce di almeno un terzo rispetto al Nord); il 12% di non potersi curare adeguatamente (il 21,4% al Sud e il 20,2% nelle Isole); il 17,8% di avere difficoltà per quanto riguarda l'abbigliamento (quasi il 30% nelle Isole). Inoltre il 34,7% delle famiglie ha dichiarato di arrivare alla fine del mese "con difficoltà" (quasi il 20%) o con "grande difficoltà" (percentuale che nel Mezzogiorno sale al 46,5% e nelle Isole al 48,5%); il 66,1% (il 75,4% nel Mezzogiorno e l'82,5% nelle Isole) ha ammesso di "non riuscire a risparmiare". Nel carattere ancora embrionale e sperimentale dell'analisi comparata, i dati sembrano confermare la distanza dell'Italia rispetto agli standard raggiunti dai principali paesi dell'EU-15.

Il divario Nord-Sud

Il differenziale nei tassi di povertà relativa del Sud e quelli del resto del Paese costituisce l'aspetto più evidente del "modello di povertà italiano". L'incidenza della povertà, misurata secondo l'indicatore nazionale, nel Meridione e nelle Isole (22%) è doppia rispetto alla media e di quasi cinque volte superiore a quella registrata nelle regioni del Nord (4,7% in Lombardia, 5,0% in Veneto, 3,9% in Emilia Romagna, contro il 23,0% della Basilicata, il 27,8% della Calabria, il 28,9% della Sicilia).

Una distanza confermata dalla misurazione e comparazione entro un quadro europeo. Applicando l'indicatore europeo EU-Silc con soglia nazionale all'area milanese e alla Sicilia, si otterrebbe un livello di incidenza della povertà relativa del 7,3% nella prima (ampiamente al di sotto della media europea, sia UE-25 che UE-15) e del 46,6% nella seconda: una differenza di quasi sette volte. La forbice si allargherebbe ulteriormente se si utilizzasse una linea di povertà europea unica misurata sulla media dei redditi UE-12.

Si tratta di un divario che non ha corrispondenti in Europa, neppure nei Paesi caratterizzati da significative "fratture" territoriali, come il Belgio, la Spagna o la Germania.

La povertà delle famiglie numerose

Il rischio di povertà cresce rapidamente al crescere delle dimensioni della famiglia, facendo registrare tra le "famiglie numerose" i livelli d'incidenza della povertà relativa in assoluto più elevati. Nel 2006, a fronte di un'incidenza della povertà relativa al di sotto della media nazionale per famiglie con uno (8,1% secondo l'indicatore nazionale) o due membri (9,9%), si è registrato un tasso di povertà del 14,8% per le famiglie con 4 componenti e del 24,3% (dunque più del doppio rispetto alla media nazionale) per le famiglie con 5 o più componenti, percentuali che nel Mezzogiorno salgono rispettivamente al 26,1% e al 37,5%.

La presenza di minori costituisce poi un fattore di rischio. Nella rilevazione EU-Silc l'Italia fa registrare un'incidenza del 41% per le "Famiglie con due adulti e tre o più minori a carico", quasi doppia rispetto alla media UE-15 (pari al 22%) e assai lontana anche dalla media UE-25 (24%). Nel caso delle "Famiglie con tre adulti o più con minori a carico" l'incidenza per l'Italia è del 23%, sei punti percentuali al di sopra della media UE-15, inferiore solo a quella della Polonia (24%) e dell'Irlanda (30%).

La povertà di minori e anziani

Si tratta di due fasce di popolazione che non possedendo ancora la piena autonomia economica, o avendola almeno in parte perduta con l'uscita dalla condizione lavorativa, presentano un'esposizione al rischio di povertà particolare.

I minori in condizione di povertà relativa, utilizzando la metodologia nazionale, sono in Italia 1.728.000, all'incirca il 23% della popolazione povera, ben al di sopra della popolazione complessiva di riferimento (18%), con una forte prevalenza delle età infantili (il 61,2% ha meno di 11 anni) e una sproporzionata concentrazione nel Meridione dove risiede il 72% dei minori poveri italiani. Nella comparazione internazionale, inoltre, l'Italia si colloca, con un'incidenza del 25% della povertà relativa in questo comparto di popolazione, in una posizione particolarmente critica, assai distante dalle medie UE-15 e UE-25 (rispettivamente di 7 e 6 punti percentuali), e peggiore (di due punti) persino della media dei Nuovi Paesi Membri. Prevale il modello del *male breadwinner*: la povertà più che concentrarsi nelle famiglie senza lavoro (meno del 6%) si diffonde tra famiglie monoreddito.

Parzialmente diversa invece la condizione degli anziani. Sono 1.601.000 gli italiani in età superiore ai 64 anni in condizione di povertà nel 2006, con un'incidenza (in base all'indicatore nazionale) vicina al 14%, più elevata rispetto alle classi di età centrali, ma in miglioramento (di 2-3 punti) rispetto ai tassi fatti registrare nel decennio precedente. Anche in termini comparativi la posizione dell'Italia si presenta come migliore: il tasso italiano di povertà relativa si colloca di due punti al di sotto della media UE-15 per quanto riguarda gli ultra-settantacinquenni. Nonostante la migliore performance rispetto ai minori, dovuta in buona misura alla compensazione esercitata dal sistema pensionistico italiano, il rischio di cadere in povertà sale in presenza di alcuni fattori: coppie di anziani con figli privi di autonomia economica (16,7%); anziani monogenitori (16,8%); famiglie di altra tipologia con almeno un anziano (18%).

Povertà e istruzione

L'obiettivo posto dall'Agenda di Lisbona, di riduzione dell'abbandono scolastico sotto la soglia del 10%, a 18 mesi dalla sua scadenza costituisce un obiettivo non ancora facilmente raggiungibile per l'Italia, dove gli *early school leavers* costituiscono ancora il 20,9%, con una minima diminuzione nell'ultimo triennio di appena un punto percentuale. Si tratta di 900 mila ragazzi tra i 16 e i 24 anni (un quinto della popolazione di riferimento) presente in Italia in proporzione nettamente superiore alla media europea (EU-15: 14,9%; EU-27: 17,6%).

A ciò si aggiunge che secondo l'indagine PISA dell'OCSE, risulta preoccupante la stessa qualità dell'istruzione, soprattutto nel Mezzogiorno, dove emerge che la scuola in Italia non riesce ancora ad essere motore significativo di mobilità sociale verticale, né fattore decisivo di contrasto del destino sociale annunciato per i bambini e ragazzi più deboli e di emancipazione.

Considerando la percentuale di abbandono scolastico rispetto agli iscritti, le statistiche indicano che la dispersione scolastica è più diffusa nelle aree del Sud dell'Italia, caratterizzate da situazioni di disagio economico e sociale. Lo stesso fenomeno si manifesta però, anche in alcune regioni del Nord, connotate da sistemi economico-produttivi più forti, dove un mercato del lavoro ad ingresso facile e in cerca di manodopera anche non qualificata, rappresenta un'attrattiva interessante per numerosi ragazzi con scarso rendimento scolastico.

Il fenomeno dell'abbandono scolastico diventa ancora più allarmante se si considerano gli **studenti immigrati**. Nell'anno scolastico 2007/08 gli alunni con cittadinanza non italiana presenti nel sistema scolastico nazionale rappresentano il 6,4% del totale degli alunni corrispondenti a 574.133 unità, tenendo conto che alla popolazione straniera residente, va aggiunta quella irregolare, la cui

componente in età scolare ha pieno diritto e dovere di partecipare al sistema scolastico italiano. La maggiore concentrazione di alunni immigrati si rileva tra i bambini della scuola dell'infanzia e primaria dove rispettivamente il 71,2% e 41,1% degli stranieri iscritti è nato in Italia. La percentuale dei nati di seconda generazione che frequenta una scuola secondaria scende al 17,8% per quella di I grado e al 6,8% per le scuole del II grado.

La mancanza di regolarità scolastica tra gli studenti con cittadinanza non italiana rappresenta un dato preoccupante, dovuto sia a difficoltà legate alla conoscenza della lingua italiana, sia a problemi di integrazione sociale. In media, il 42,5% di alunni stranieri non è in regola con gli studi e il crescere dell'età aumenta il loro disagio scolastico. Per tutti gli ordini di scuola e per tutti gli anni di corso la percentuale di ripetenti stranieri è superiore a quella degli italiani.

Da segnalare anche i dati sulla presenza di **alunni nomadi** nella scuola. Essi raggiungono le 12.342 unità, con una crescita del 4,3% rispetto all'anno scolastico precedente. È il risultato di una collaborazione tra le scuole e diversi attori sociali, favorito anche dal Protocollo d'Intesa tra Governo e Opera Nomadi (siglato nel giugno del 2005). Più della metà degli alunni nomadi frequenta la scuola primaria, mentre solo l'1,5% frequenta una scuola secondaria di II grado.

2.1.2 LE AZIONI ATTIVATE A SEGUITO DEL RAPPORTO STRATEGICO NAZIONALE 2006-2008:

In coerenza con la strategia di Lisbona varata dal Consiglio europeo nel 2000 ed alla luce della situazione socio-demografica, il governo italiano insediato nella prime metà del 2006 ha assunto l'obiettivo di avviare un rilancio delle politiche per l'inclusione finalizzato al raggiungimento di una maggiore equità sociale.

Occorre tenere conto che questo impegno, formalizzato nel Rapporto Strategico Nazionale 2006-2008, si è dovuto coordinare con l'esigenza, richiamata dalla stessa Commissione europea, di pianificare politiche di risanamento del debito pubblico del paese. I provvedimenti adottati con la programmazione finanziaria per gli anni 2007 e successivi, si sono caratterizzati per decisioni di carattere economico e fiscale mirate a perseguire l'azzeramento del deficit nel 2011 e il ritorno del debito sotto il livello del 100% del pil nello stesso anno. Le politiche di contrasto alla povertà si sono pertanto collocate in un quadro di contenimento della spesa pubblica e di ridisegno del sistema fiscale che traguardavano, accanto all'obiettivo di risanamento (confermato dal governo successivo e attualmente in carica), quello di una maggiore equità sociale, e tali obiettivi hanno avuto conferma nel 2008 al momento dell'insediamento del nuovo governo.

In questo quadro vanno collocate le seguenti iniziative di carattere preminentemente fiscale a sostegno dei redditi delle famiglie:

- a) Sostegno al costo dei figli: con la finanziaria del 2007 si è provveduto a un primo aumento degli assegni familiari in base al reddito familiare e al numero dei figli. L'intervento è stato ulteriormente favorito con la finanziaria del 2008 che ha introdotto una detrazione di 1.200 euro a favore delle famiglie con almeno quattro figli.
- b) Bonus incapienti: questi soggetti, oltre a usufruire della detrazione di 1.200 euro richiamati nel punto precedente, poiché in condizioni di reddito minimo, hanno beneficiato una tantum sui redditi del 2006, di un bonus di 150 euro per il capo famiglia e per ciascun eventuale familiare a carico.
- c) Aiuto per i pensionati: a seguito del *protocollo sul welfare* (siglato tra governo e parti sociali nel luglio 2007) è stata introdotta una quattordicesima mensilità per i pensionati a basso reddito. Ne hanno usufruito 3.5 milioni di pensionati di età superiore ai 64 anni con un reddito pensionistico inferiore a una volta e mezza il trattamento minimo di pensione (654 euro mensili nel 2007). Il

medesimo protocollo ha previsto l'aumento, a partire dal 2008, anche delle pensioni sociali per gli ultra-settantenni (e ultra-sessantenni invalidi civili totali, sordomuti e ciechi assoluti). Il reddito mensile si è stabilito così a 508 euro.

- d) Misure a sostegno delle spese per la casa: con la finanziaria 2008 si è aumentata la detrazione dell'ICI sulla prima casa, sostanzialmente eliminando l'imposta sulla prima casa per i redditi più bassi. Nel 2008, con il primo provvedimento della nuova legislatura, finalizzato alla tutela dei redditi, l'imposta è stata totalmente abolita. Per quanto concerne gli affittuari è stata introdotta una detrazione di 300 euro annuali per i soggetti con reddito Irpef fino a 15.494 euro lordi l'anno e di 150 per coloro con reddito compreso fra tale cifra e 30.987 euro l'anno. In tale provvedimenti si è previsto anche il rimborso per gli incapienti. Gli affittuari tra i 20 e i 30 anni, con reddito inferiore a 15.000 euro annuo, usufruiscono di una detrazione di 1000 euro annuo, mentre per coloro con reddito fra 15.000 e 30.000 euro la detrazione diminuisce a 5.000 euro.
- e) Defiscalizzazione straordinari: al fine di incrementare la produttività del lavoro e le retribuzioni dei lavoratori del settore privato, con lo stesso provvedimento in materia di imposta per la casa del 2008 si avvia, dal 1° luglio 2008 al 31 dicembre 2008, la sperimentazione di una riduzione dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e delle addizionali regionali e comunali pari al 10 per cento, entro il limite di importo complessivo di 3.000 euro lordi, delle somme erogate a livello aziendale per prestazioni di lavoro straordinario, supplementare e per incrementi di produttività, innovazione ed efficienza organizzativa, oltre ad altri elementi di competitività e redditività legati all'andamento economico delle imprese. Le disposizioni hanno natura sperimentale e trovano applicazione con esclusivo riferimento al settore privato e per i titolari di reddito da lavoro dipendente non superiore, nell'anno 2007, a 30.000 euro. Tale normativa tiene conto della direttiva europea 93/104/CE del consiglio, del 23 novembre 1993, sull'orario di lavoro che fissa a 48 l'orario di ore settimanale, incluso il lavoro straordinario e della direttiva 2003/88/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 4 novembre 2003, ora in vigore.
- f) Tutele a favore della disoccupazione: il citato *protocollo sul welfare* è intervenuto inoltre sull'indennità di disoccupazione (non agricola) sia nella durata, sia negli importi. La durata dell'indennità con requisiti pieni sale a 8 mesi (a 12 per gli ultracinquantenni), aumentando rispettivamente di 2 e di 3 mesi. L'importo è incrementato al 60% dell'ultima retribuzione per i primi sei mesi, il 50% per i due mesi successivi e il 40% per gli eventuali mesi restanti. L'indennità per i lavoratori subordinati disoccupati o con lavori irregolari, (iscritti all'Inps, ma senza i requisiti minimi di contribuzione) passa dal 30% al 35% per i primi 4 mesi e al 40% per gli eventuali 2 mesi successivi. La contribuzione figurativa è interamente assicurata (sulla base della retribuzione precedentemente percepita) per tutto il periodo di erogazione dell' indennità.

A questo primo elenco di interventi, principalmente di carattere normativo, vanno aggiunti quelli che, pur derivanti da previsioni di legge, hanno coinvolto le responsabilità di più livelli di governo e, in alcuni casi, delle organizzazioni del terzo settore, del volontariato, delle parti sociali. Sono iniziative di particolare importanza perché si caratterizzano come la modalità di intervento che più impegnerà le istituzioni nazionali italiane nei prossimi anni, in ragione della trasformazione istituzione di tipo federale. Ciò sta richiedendo un crescente esercizio di forme di *governance* nuove rispetto al tradizionale modo di esercitare le funzioni pubbliche, che trovano nell'accordo tra livelli di governo la strada principale.

Per tale ragione il perseguimento degli obiettivi del Rapporto Strategico Nazionale 2006-2008 è avvenuto attraverso un rafforzamento delle attività negoziali e pattizie tra livelli di governo – Stato, regioni, enti locali – che nel triennio in esame hanno conseguito un ampio spettro di “intese” finalizzate a stabilire, in una logica che si richiama al metodo di coordinamento aperto, obiettivi comuni, linee guida omogenee, meccanismi di verifica e controllo su azioni ed interventi che, pur rientrando nella competenza esclusiva di regioni o enti locali, afferiscono allo spettro delle politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale.

I principali provvedimenti adottati ed in corso di implementazione su questo fronte sono i seguenti:

- a) Servizi per la prima infanzia: come previsto dal Nap 2006-2008, una particolare attenzione è stata rivolta allo sviluppo dei servizi di cura, socio-educativi, per la prima infanzia (0-2 anni). La legge finanziaria per il 2007 ha dato avvio a un progetto organico e di lungo respiro con la predisposizione del Piano straordinario per gli asili nido: 340 milioni di euro, di cui 250 milioni tra tutte le regioni e 90 milioni a scopo perequativo alle undici regioni che presentano un tasso di copertura inferiore alla media nazionale. Si tratta di tutte le regioni del Sud a cui si aggiungono il Veneto, il Friuli ed il Lazio. Le regioni del centro e del nord contribuiscono al piano con un cofinanziamento del 30%, pari a circa ulteriori 53 milioni di euro¹⁰. Le risorse messe a disposizione consentiranno di portare il livello di copertura della domanda di servizi socio-educativi integrati per la prima infanzia ad una quota del 13 % come media nazionale (secondo i dati ISTAT è attualmente dell'11,4%) e di una misura non inferiore al 6% all'interno di ogni Regione. In questo modo sarà possibile la realizzazione di oltre 50.000 nuovi posti presso il sistema integrato dei servizi socio-educativi per la prima infanzia in aggiunta ai 188mila posti attuali.
- b) Sezioni primavera: ad integrazione di quanto già fissato nel Piano straordinario, in applicazione a quanto previsto nella finanziaria per il 2007 il Governo ha stipulato una intesa con le regioni e gli enti locali, a seguito della quale sono state finanziate, per gli anni scolastici 2007-2008 e 2008-2009, 1.362 "sezioni primavera", un servizio educativo sperimentale integrativo dell'offerta degli asili (0-3 anni) e della scuola dell'infanzia (3- 5 anni) rivolto ai bambini dai due ai tre anni, cui è stato destinato un contributo statale di 35 milioni di euro per anno.
- c) Piano famiglie: in tale ambito, a seguito di un'intesa sancita nel settembre 2007, fra il Ministero delle politiche per la famiglia e la Conferenza unificata, si è decisa la programmazione e sperimentazione di interventi ed azioni per:
- l'abbattimento di tariffe di servizi per le famiglie con un numero di figli pari o superiori a quattro: riduzione degli oneri relativi ai servizi di erogazione dell'energia elettrica, di raccolta dei rifiuti solidi urbani, nonché iniziative sul contenimento dei costi sostenuti per la fruizione o l'accesso ad altri beni o servizi in sede locale;
 - potenziare la vocazione socio-assistenziale della rete dei consultori familiari, con particolare attenzione alle dimensioni del benessere sociale, relazionale e psicologico delle famiglie, assicurando la multidisciplinarietà degli interventi (problematiche educative, di carattere giuridico e di promozione alla salute), attraverso la mediazione familiare per favorire il sostegno alla coppia, alla genitorialità, alla formazione dei figli. Il progetto promuove punti di ascolto per le famiglie, in particolare quelle ove sono presenti soggetti fragili, individuando inoltre forme di facilitazione dell'integrazione sociale degli immigrati e potenziando percorsi di accompagnamento per le famiglie che accolgono minori in affido o in adozione;
 - la qualificazione del lavoro di cura delle assistenti familiari, attraverso azioni formative, in modo da garantire idonee capacità a prestare assistenza a soggetti parzialmente o totalmente non autosufficienti, (in caso di lavoratori/lavoratrici straniere il percorso formativo dovrà prevedere anche l'apprendimento della lingua italiana e la conoscenza di elementi di educazione civica). A tal fine sono stati impiegati circa 100 milioni di euro nel 2007 e nel 2008 e sono stati siglati accordi con 16 regioni (Lazio, Liguria, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto, Provincia autonoma di Trento, Emilia Romagna, Friuli, Lombardia,

¹⁰ A tali risorse si aggiungono, le risorse che le regioni del Sud, nell'ambito del Quadro Strategico Nazionale, si impegnano a destinare allo sviluppo delle strutture socio-educative, per raggiungere gli obiettivi ed i target richiesti dal QSN. In questo quadro, l'apporto del Fondo per le Aree Sottoutilizzate è stato indicato nel 2007 in 211 milioni di Euro da un Intesa con le Regioni.

Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Basilicata). Altre regioni sono ancora in via di programmazione.

- d) Non autosufficienza: l'iniziativa promossa ha mirato ad offrire alla persona non autosufficiente, disabile o anziana, ed alle loro famiglie, la prospettiva di un sistema di servizi integrati socio-sanitari con caratteristiche qualitative e quantitative omogenee su tutto il territorio nazionale. Proprio per assicurare una garanzia di uguaglianza a tutti i cittadini è stato istituito un Fondo per le non autosufficienze distribuito alle Regioni e alle Province autonome, le cui risorse saranno destinate alla presa in carico della persona non autosufficiente anche con piani individualizzati di assistenza, punto unico di accesso alla rete dei servizi e col rafforzamento dell'assistenza domiciliare. Il Fondo ha comportato un iniziale investimento di 100 milioni di euro nel 2007, che è aumentato a 300 milioni nel 2008, fino a raggiungere i 400 milioni nel 2009.
- e) Disagio abitativo: al fine di contenere tale fenomeno per particolari categorie sociali soggette a provvedimenti esecutivi per finita locazione:
- conduttori con reddito annuo lordo inferiore a 27.000 euro;
 - che siano o che abbiano nel proprio nucleo familiare persone ultra-sessantacinquenni, malati terminali, disabili con invalidità al 66%;
 - che non siano proprietari di altra abitazione adeguata.

Nel 2007 sono state adottate misure che, oltre a bloccare per 8 mesi i provvedimenti di rilascio degli immobili, hanno previsto interventi urgenti mirati ad ampliare l'offerta di alloggi sociali in locazione per permettere a queste categorie di persone il passaggio da casa a casa. A tal fine sono stati stanziati, nel 2007, 550 milioni di euro per un programma straordinario di edilizia residenziale pubblica, che saranno impiegati attraverso il piano casa per il quale si rimanda alla sezione 2.4. Inoltre, la legge finanziaria 2008, ha assegnato al Fondo nazionale per il sostegno all'accesso alle abitazioni in locazione, (che ha sede presso il Ministero delle infrastrutture e dei trasporti), la dotazione di 205.589.000 euro, ripartito in favore delle Regioni e Province autonome.

Nell'ambito di questa problematica, va menzionato, inoltre, che nel corso del 2007 è stata realizzata un'indagine conoscitiva sul disagio abitativo degli immigrati presenti nell'Italia meridionale. I risultati documentano che tra gli immigrati tale condizione è molto diffusa e si può parlare di vera e propria povertà abitativa. Si tratta di situazioni che, pur essendo analoghe a quelle delle fasce deboli della popolazione italiana, nel caso degli immigrati assumono aspetti di particolare gravità. In generale, l'accesso alla casa per la popolazione immigrata si configura come un percorso molto tortuoso che si scontra con numerosi ostacoli e fattori critici, riassumibili in almeno tre tipologie di difficoltà:

1- forti squilibri che caratterizzano il mercato abitativo e in particolare quello dell'affitto. La scarsa offerta di abitazioni con caratteristiche in grado di soddisfare le esigenze degli immigrati (soprattutto di tipo economico), è certamente l'ostacolo fondamentale.

2- la difficoltà di accesso alla casa si riferisce a stereotipi e pregiudizi, che alimentano diffidenze assai diffuse nei confronti degli immigrati. La supposta scarsa affidabilità nella gestione dell'alloggio, nella regolare corresponsione del canone, nella cattiva manutenzione, si trasforma in un fattore di vero e proprio sbarramento.

3- la carenza, e in molti casi l'assenza, di servizi e strumenti pubblici o privati a supporto dell'inserimento abitativo degli immigrati.

- f) Provvedimenti a favore degli immigrati: L'art. 1, comma 1267 della L. 27.12.2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) ha previsto l'istituzione di un "Fondo per l'inclusione sociale degli immigrati" a cui è stata assegnata la somma di €50.000.000,00, per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009 e destinato a favorire l'inclusione sociale dei migranti e dei loro familiari. Nel corso del 2007, sono stati in tal modo finanziati complessivi 126 interventi (mediante l'impiego del 99,58% del totale delle risorse finanziarie assegnate) alla cui attuazione concorrono Regioni,

Enti locali, enti del privato sociale, organizzazioni di imprenditori e di lavoratori, operatori economici. Le azioni intraprese riguardano l'accesso all'alloggio; l'accoglienza degli alunni stranieri, la valorizzazione delle seconde generazioni; la tutela delle donne immigrate a rischio di marginalità sociale; la diffusione della lingua e della cultura italiane; la tutela dei minori stranieri non accompagnati; la diffusione della conoscenza della Costituzione italiana, delle leggi e dei percorsi di inclusione sociale.

Inoltre, in attuazione della Risoluzione del Parlamento europeo n. 534 del 15.11.2007 (che considera la protezione dei diritti dei Rom e la loro integrazione, una sfida per l'Unione Europea), è stata promossa, di concerto con gli enti locali maggiormente interessati dal fenomeno, l'attivazione di misure urgenti di inclusione sociale rivolte a minori e adulti appartenenti alle comunità rom, di origine romena. Tali misure prevedono la realizzazione di percorsi di inserimento scolastico per i minori, sostegno all'accesso all'alloggio, accompagnamento nell'accesso ai servizi pubblici, percorsi di formazione di mediatori culturali, orientamento al lavoro.

- g) Provvedimenti a favore delle persone con disabilità: i più recenti dati¹¹ confermano positivi trend sull'occupazione di persone con disabilità, anche se complessivamente gli inserimenti lavorativi rimangono contenuti, rispetto agli obiettivi di Lisbona, sia sul versante dell'offerta di lavoro (712.424 persone disabili iscritte alle liste del collocamento obbligatorio nel 2007, con un incremento del 9% rispetto al 2006), sia per gli avviamenti al lavoro (arrivati a 31.535 nel 2007 e cresciuti del 13% nell'ultimo anno). Le assunzioni con contratti a tempo indeterminato hanno riguardato 51 casi su 100, con un'incidenza del *part-time* del 26%. Le norme sul "collocamento mirato" (che permette di integrare nel mondo del lavoro persone disabili agli stessi livelli di produttività degli altri lavoratori) seppur con le note complessità, trovano maggiore applicazione sul territorio. Nel luglio 2007, in attuazione del citato *protocollo sul welfare*, è stato incrementato il Fondo nazionale per le agevolazioni economiche e supporti tecnici e consulenziali a favore dei datori di lavoro che assumono lavoratori disabili, (intervenedo altresì sulla semplificazione della documentazione da presentare e sulle liste di assunzione), giunto a 42 milioni di €. Sono state riattivate inoltre nei mesi recenti, le misure di incentivazione all'inserimento lavorativo delle persone con disabilità previste dall'art. 14 del d. lgs. 276/2003.

Vanno segnalate, inoltre, le attività per corrispondere alle indicazioni comunitarie presentate nel Rapporto del gennaio 2007 "Measurement of homelessness at European Union level", che fanno riferimento agli strumenti che gli Stati membri devono implementare per colmare le gravi lacune statistiche che tuttora persistono nella conoscenza del fenomeno delle persone che vivono in condizioni di povertà estrema e senza dimora. In applicazione a queste esigenze e alle indicazioni contenute nel Rapporto di strategia nazionale, il Ministero della solidarietà sociale, per poter approfondire l'analisi di questo fenomeno nel territorio italiano, attraverso una maggiore conoscenza sui dati statistici, i bisogni, le cause e il progredire delle "carriere di povertà", nonché i sistemi di prestazione offerti a queste categorie, ha deciso di lanciare un piano di indagine quantitativa con l'Istat, la Caritas e la Federazione degli operatori del settore (FIO.Psd, riferimento italiano di Feantsa). Contemporaneamente è stata avviata una ricerca etnografica in cinque fra le più grandi città: Milano, Genova, Bologna, Roma e Bari, sulle condizioni di vita quotidiana delle persone senza dimora, le loro dinamiche di sopravvivenza, il rapporto con la realtà e con i loro spazi e soprattutto con i servizi di prima accoglienza. Lo scopo previsto da questo studio è quello di far emergere il fenomeno per individuare politiche, azioni mirate e progetti utili a migliorare le condizioni di vita di queste persone. Le ricerche, affidate a Centri di ricerca e a importanti Università italiane, sono state avviate nel gennaio 2008 e sono tuttora in corso di completamento.

¹¹ Quarta Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 12 marzo 1999, n.68, "Norme per il diritto al lavoro dei disabili", presentata dal Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali¹¹ nel 2008.

La molteplicità delle iniziative richiamate evidenzia la ricchezza e complessità degli impegni assunti, derivante dalle caratteristiche organizzative dei soggetti istituzionali preposti alle politiche di welfare e, più specificamente, di inclusione tra il 2006 e il 2008. In tale arco di tempo la scelta è stata di attribuire le funzioni ad articolazioni distinte, sia per titolarità politica che per gestione amministrativa. Questo ha comportato, da un lato, la definizione di un ricco set di interventi, dall'altro, forti difficoltà nel formulare politiche integrate tra loro e caratterizzate da un alto grado di coerenza. Alla luce di tale valutazione ed in risposta agli obiettivi definiti nella definizione della Strategia di Lisbona è stata definita, come descritto nell'introduzione, la composizione del nuovo governo che nel 2008 ha ricondotto in una unica responsabilità politica e gestionale le competenze nazionali in materia di welfare.

2.2 LE SFIDE STRATEGICHE, GLI OBIETTIVI PRIORITARI E I TARGETS

Il Rapporto Strategico Nazionale 2008-2010 costituisce uno degli strumenti per la complessa sfida progettuale e culturale attraverso la quale l'Italia intende riformare il proprio modello di welfare, a partire dal tema della centralità della persona, in sé e nelle sue proiezioni relazionali a partire dalla famiglia. Un welfare delle opportunità che si rivolge alla persona nella sua integralità, capace di rafforzarne la continua autosufficienza perché interviene in anticipo con una offerta personalizzata e differenziata, stimolando comportamenti e stili di vita responsabili, condotte utili a sé e agli altri.

Per affrontare una sfida di tale proporzione occorre coinvolgere tutte le forze di un paese, e per tale ragione il governo italiano, ha avviato nell'estate 2008, attraverso la presentazione del Libro Verde, un nuovo cammino per attivare la più ampia partecipazione istituzionale, sociale e culturale alla definizione della nuova strategia che ponga le persone al centro del sistema di protezione sociale e che garantisca, attraverso un modello di governance rinnovata, la piena partecipazione di tutti i livelli istituzionali e l'eliminazione degli elementi di disfunzione.

La tesi intorno alla quale prenderanno forma le iniziative istituzionali del prossimo triennio è che una società attiva è insieme più competitiva, perché caratterizzata da un'alta dotazione di capitale umano, ma anche più giusta e inclusiva, perché capace di connettersi e costruire solide relazioni sociali. È una comunità che, a partire dal nucleo vitale e primario della famiglia, sa stare insieme e crescere investendo sui più giovani e sul futuro. Ciò richiede di riorientare il sistema di welfare senza comprimere la spesa sociale, che dovrà tuttavia essere diversamente governata non solo per una sua sostenibilità finanziaria, ma anche per una maggiore equità e efficienza nell'incoraggiare la natalità, nell'abbattere le barriere e facilitare la mobilità, nel lottare contro le discriminazioni e contrastare la povertà.

Povertà estreme

Il contrasto alle povertà estreme è uno dei principali obiettivi per la costruzione di una società fondata sulle opportunità e sulla solidarietà. Il sistema di welfare non può ignorare le esigenze dei cittadini più in difficoltà, di coloro che vivono in uno stato di indigenza, al di sotto delle condizioni economiche minime. La lotta alla povertà avviene certamente con la promozione di una società attiva, sostenendo la creazione di posti di lavoro, costruendo strumenti di orientamento e di accesso al lavoro personalizzati, valorizzando un sistema retributivo che incoraggi la produzione di ricchezza. È questa dimensione della povertà, quella assoluta, che deve essere riscoperta e affrontata, al fine di assicurare una vita buona anche a coloro che si trovano nelle condizioni più difficili.

Persone senza dimora

Per le suddette ragioni, come si può vedere nella sezione 2.3, con il piano nazionale di inclusione sociale si formalizza per la prima volta a livello di governo nazionale un programma di interventi coerente e specificamente finalizzato ad azioni di maggiore conoscenza e sostegno per le persone senza dimora e, più in generale, per coloro che versano in condizioni di estremo disagio economico.

Queste persone costituiscono un target sul quale il governo italiano intende esercitare un'azione convergente di misure e interventi che consentano di migliorare gli strumenti per contrastare il fenomeno.

Centralità della famiglia

Assieme ai precedenti interventi è necessario richiamare quelli che hanno come riferimento anche altri soggetti a forte rischio di esclusione sociale. Tra questi gli anziani oltre i 65 anni con la sola pensione minima, le famiglie con un solo genitore (spesso donna) e con figli minori a carico, quelle con figli portatori di disabilità o di disagio psichico. Proprio la famiglia costituisce, infatti, un obiettivo prioritario e un target per le politiche dei prossimi anni. Le misure rivolte ad essa saranno mirate a proteggere dai rischi di impoverimento che provengono da particolari condizioni del nucleo o della condizione lavorativa dei suoi componenti (come si è potuto vedere nella sezione 2.1.1 dove viene fornita una rappresentazione statistica dei fenomeni), oppure dall'evoluzione congiunturale dell'economia. L'obiettivo principale di medio periodo è rappresentato da una riduzione della pressione fiscale, che consenta alle famiglie di proteggere i redditi e, parallelamente, una politica economica di controllo dell'inflazione, specialmente riguardo ai fattori domestici del fenomeno sui quali – si pensi ai rincari dei prodotti alimentari – il governo sta sviluppando forme di monitoraggio crescente finalizzato al contenimento del fenomeno. Occorre naturalmente tenere conto della caratteristica dei conti pubblici italiani e delle previsioni di scarsa crescita per il 2008, e tuttavia, la conferma dell'obiettivo di azzeramento del deficit nel 2011 contribuirà nel medio periodo a ricombinare le fonti di finanziamento delle politiche pubbliche da quelle di pagamento del debito a quelle di politica dei redditi. Accanto a queste misure avranno peso quelle dedicate a favorire un incremento della natalità, sia consolidando gli interventi a favore dei servizi per la prima infanzia, che nella loro complessità rappresentano un obiettivo strategico del piano, sia ipotizzando – compatibilmente con il quadro di finanza pubblica – l'individuazione di misure economiche per i nuovi nati.

Non autosufficienza

La risposta al tema della non autosufficienza costituisce anch'essa un'attività pienamente collegata alla strategia di protezione delle condizioni di vita delle famiglie. Per questa si rinvia alla sezione del Rapporto di strategia dedicata alle cure a lungo termine. È tuttavia utile sottolineare come, anche per questo argomento, l'attuale conformazione del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, potrà consentire di sviluppare sinergie e convergenze di impegni istituzionali per integrare ad un maggiore livello le risposte di natura sanitaria e quelle di natura sociale per questa tipologia di bisogni.

Federalismo fiscale

Quest'ultima osservazione richiama in causa un ulteriore obiettivo strategico: la definizione di una *governance* più appropriata delle politiche di inclusione. Tale risultato costituisce oggi una missione globale per le politiche pubbliche italiane, che intraprendono la sfida del completamento dell'assetto federalista. Negli anni recenti le politiche di welfare hanno particolarmente risentito dell'impatto di questa trasformazione istituzionale, che ha visto crescere la centralità e l'importanza dei sistemi territoriali di assistenza ed inclusione sociale mentre il livello nazionale ha faticato ad aggiornare il proprio ruolo di agente promotore di processi di convergenza verso target nazionali e omogenei di tutela dei diritti. Esso rimane, infatti, un obiettivo primario per un paese che presenta drammatiche differenziazioni territoriali degli indici di povertà, dell'offerta dei servizi e delle prestazioni e, parimenti, dei sistemi territoriali di contrasto e superamento delle condizioni di disagio. Questa esigenza viene aggiornata oggi alla luce del cosiddetto federalismo fiscale che, stabilendo un'autonomia di entrate proprie per ciascuna regione ed ente locale, richiama il governo nazionale alla funzione primaria di promuovere tutte le attività di confronto permanente, monitoraggio e valutazione finalizzati ad impedire l'accrescimento dei differenziali e, al contrario, a sostenere percorsi di convergenza. Tutto questo, come si vedrà nella sezione 2.6, favorendo una

partecipazione stabile di tutti i soggetti istituzionali e le partnership con gli attori sia del settore sociale, sia del settore privato, anche for profit, che possono essere coinvolti nella logica della responsabilità sociale dell'impresa.

Utilizzo dei Fondi Europei

Con riguardo alle politiche di coesione, è stata avviata l'attuazione dei Programmi Operativi, Regionali e Nazionali, secondo le linee di azione concordate da tutti gli attori istituzionali e non nel Quadro Strategico nazionale 2007-2013. Il documento nazionale assegna ai temi dell'inclusione sociale lo status di macro obiettivo, insieme alla sicurezza ed alla qualità della vita nei territori.

Le politiche relative all'inclusione sociale e alla sicurezza contribuiscono in modo significativo all'obiettivo del Quadro di migliorare le condizioni di vita e l'accessibilità ai servizi e alle opportunità per tutti nei territori, accrescendone così l'attrattività e la competitività.

Tra le dieci priorità verso cui indirizzare la programmazione degli interventi la Priorità 4 è dedicata alla promozione di una società inclusiva e sicura, al fine di migliorare, in modo permanente, le condizioni di contesto che più direttamente favoriscono lo sviluppo. Alla realizzazione dell'obiettivo generale concorrono due obiettivi specifici: il primo fa riferimento all'aumento della partecipazione sociale e lavorativa in termini di qualità ed equità, anche attraverso una maggiore integrazione e accessibilità dei servizi di protezione sociale; il secondo vede nella presenza di condizioni di sicurezza per cittadini e imprese una sorta di precondizioni per la riqualificazione dei contesti territoriali ed il loro sviluppo.

Le scelte di programmazione effettuate dalle singole Regioni discendono anche dalle diverse condizioni di ammissibilità per le due aree obiettivo: il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (**FESR**) interviene nel campo dell'inclusione sociale nell'area "Convergenza"¹² e in Sardegna, in alcuni casi nel quadro di progetti integrati di promozione dello sviluppo urbano. Nell'area "Competitività regionale e occupazione" operano invece condizioni più restrittive per gli interventi cofinanziati.

La logica della *governance* sopra citata richiama anche la necessità di integrare le diverse filiere di finanziamenti per le politiche di inclusione: europee, nazionali, locali. Ad esempio, per il perseguimento degli "Obiettivi di servizio" fissati dal Quadro Strategico Nazionale, ciascuna Amministrazione coinvolta (Regioni del Mezzogiorno¹³ e Ministeri competenti) predispose uno specifico Piano d'azione integrando gli interventi a valere sulle diverse fonti finanziarie disponibili. Si tratta di obiettivi volti a migliorare l'offerta di servizi collettivi alla cittadinanza, in ambiti essenziali per lo sviluppo, la qualità della vita e l'uguaglianza delle opportunità dei cittadini e per la convenienza a investire delle imprese: gestione dell'acqua e dei rifiuti, istruzione e servizi di cura, in particolare servizi per le persone non autosufficienti e servizi per la prima infanzia, in coerenza quindi con le priorità di Lisbona.

Peraltro, nell'ambito delle politiche di coesione e inclusione per il periodo 2007-2013, il principio di non discriminazione e di accessibilità per le persone disabili, è recepito nel Quadro Strategico Nazionale ed è riportato in tutti i Programmi Operativi, sia Nazionali, sia Regionali, riflettendosi quindi nei relativi criteri di selezione dei progetti, pur ove pertinente, secondo la specializzazione dei diversi fondi coinvolti (le azioni principali sono previste nei Programmi cofinanziati dal Fondo Sociale Europeo). È inoltre previsto un progetto di supporto alle Regioni del Sud nell'applicazione di tale principio alla gestione dei relativi Programmi Operativi.

Pari opportunità e occupazione femminile

Questi obiettivi contribuiscono anche a perseguire gli obiettivi fissati dalla Strategia di Lisbona per l'occupazione femminile – 60% come obiettivo nel 2010 – laddove l'Italia si attesta al 46,3% nel

¹² Basilicata, Calabria, Campania, Puglia e Sicilia.

¹³ L'area Convergenza, nonché Abruzzo, Molise e Sardegna.

2006. Nonostante il miglioramento nel 2006 rispetto agli anni precedenti, registrato in termini di incremento del tasso di attività e di occupazione femminile, persistono i nodi critici che frenano l'innalzamento dei "fondamentali" del mercato del lavoro femminile italiano.

In questa visione, la posizione delle donne e dei gruppi discriminati nei contesti economici e produttivi nella società e nelle istituzioni è una questione centrale delle politiche regionali di sviluppo e della strategia del QSN, fattore di crescita e di sviluppo, indice del tasso di democrazia; inoltre, l'apertura e l'integrazione delle nuove forme di diversità presenta aspetti rilevanti per la coesione sociale, la sicurezza, lo sviluppo economico, in generale, la tenuta del sistema paese rispetto alla globalizzazione ed alle sfide della società.

In particolare, con riguardo alla parità di genere, il quadro di riferimento nazionale entro il quale l'azione del Governo si colloca è definito dagli indirizzi e dalle normative volti a riordinare il settore dell'occupazione in generale e dell'occupazione femminile in particolare, secondo criteri ed i principi esposti nel citato *protocollo sul welfare* e dalla legge finanziaria per il 2008. Le linee strategiche e programmatiche individuate per le pari opportunità fanno riferimento ai grandi indirizzi strategici comunitari e nazionali, ed in particolare:

- a) la strategia europea di Lisbona e delle priorità individuate dalla *Road Map*.
- b) le priorità nazionali delineate a partire dalle leggi finanziarie per il 2007 e per il 2008 oltre che dal *protocollo sul welfare*.
- c) inoltre, esse si inseriscono nella strategia generale di attuazione della direttiva 2006/54/ce.

Il Governo intende operare nel prossimo triennio con misure volte ad elevare in misura sostanziale il tasso di occupazione femminile (5 punti) promuovendo non solo politiche del lavoro in grado di favorire tale sviluppo, ma anche strategie di welfare funzionali ad accrescere il contributo occupazionale delle donne. Per dare maggiore concretezza e visibilità agli interventi di promozione delle pari opportunità e per l'occupabilità delle donne il Governo predisporrà un Piano Nazionale basato su un'ampia gamma di azioni. L'obiettivo è quello di rendere più coerente il complesso delle misure strutturali e temporanee ed il quadro della governance. Il Piano sarà attento alle specificità territoriali e sarà il risultato di un dialogo proficuo con i soggetti istituzionali, gli operatori e il mondo associativo. Nel piano troveranno spazio anche il rilancio delle misure di promozione dell'autoimprenditorialità femminile e il riordino, in attuazione della Direttiva Comunitaria 2006/54/CE, delle norme e degli Istituti che riguardano gli organismi di Parità.

Il governo intende quindi raggiungere tali obiettivi mediante:

- un programma organico di semplificazione e deregolazione del lavoro che, senza abbassare il livello di tutela del lavoratore e della lavoratrice, è rivolto a liberare sia l'impresa sia il prestatore d'opera da adempimenti burocratici e formali e a facilitare così l'occupazione riducendone i costi indiretti;
- un pacchetto di misure in grado di favorire una maggiore flessibilità degli orari e dei tempi di lavoro, a partire dallo sviluppo del part time, secondo standard europei, un potenziamento dei servizi alla persona, nonché la possibilità di ri-professionalizzazione della donna che decide di rientrare in un'attività lavorativa dopo anni di lavoro di cura nell'ambito del nucleo familiare

Tali impegni sono orientati a sostenere processi di indirizzo e di orientamento volti a combattere i diversi gap esistenti nei diversi ambiti della formazione e del lavoro, sia con riferimento all'accesso che alla permanenza, al fine di creare opportunità di partecipazione allo sviluppo, riconoscimento delle competenze e di mobilità sociale per tutti coloro che vivono condizioni di discriminazione.

Si intendono pertanto sviluppare azioni volte ad aumentare la partecipazione femminile al mercato del lavoro, con particolare attenzione all'individuazione di modalità di inserimento/reinserimento specifiche per le donne che si trovino in condizioni di particolare svantaggio rispetto al mercato del

lavoro; con riferimento al tema della qualità del lavoro femminile, si mira a diminuire il livello di segregazione orizzontale, riducendo la concentrazione della manodopera femminile in specifici settori lavorativi ed il livello di segregazione verticale, rimuovendo gli ostacoli che si frappongono alle donne nella progressione di carriera. Si ritiene indispensabile, a livello centrale e le Regioni, la promozione presso di modelli di intervento per il superamento di stereotipi legati ancora al ruolo tradizionale delle donne nella sfera pubblica e privata rivolti in generale al contesto sociale, economico e familiare ed, inoltre, diffondere, in riferimento all'orientamento e la formazione al lavoro, modalità specifiche di intervento capaci di indurre le donne alla scelta di percorsi di istruzione e formazione professionale relativi ad ambiti lavorativi innovativi e ad alto livello in cui finora risultano sottorappresentate.

Più nel dettaglio, le linee di sviluppo della strategia nazionale in termini di pari opportunità di genere nel campo del lavoro riguardano:

- a) innalzare nel prossimo triennio di non meno di cinque punti il tasso di occupazione femminile, non soltanto promuovendo non solo politiche del lavoro in grado di favorire tale sviluppo ma anche strategie di welfare funzionali ad allargare la base occupazionale;
- b) rafforzare le politiche attive del lavoro che accrescano l'occupabilità delle donne attraverso offerte formative di qualità al fine di acquisire competenze effettivamente spendibili e rispondenti alle esigenze del mercato del lavoro.
- c) potenziare la capacità di intervento dei servizi per l'impiego a favore dell'occupazione femminile, favorendo la cultura e la pratica di genere all'interno dei centri, pubblici e privati, migliorando l'efficacia dei servizi di intermediazione tra domanda e offerta di lavoro e del sistema di rete pubblico-privata multiattore con particolare attenzione all'intercettazione dei bisogni delle donne.
- d) attivare iniziative di sostegno e misure di promozione della imprenditorialità femminile in modo da offrire alle donne l'opportunità di sviluppare lo spirito imprenditoriale e contribuire allo sviluppo economico e alla competitività. Anche lo sviluppo di network tra imprenditrici si configura come ambito privilegiato di intervento.

Nel quadro delle politiche di coesione, la promozione delle pari opportunità di genere è stata integrata nei diversi campi di intervento e relativi criteri di selezione dei progetti, sia nei Programmi dell'area Convergenza, che nell'area Competitività regionale e occupazione. Per citare alcuni esempi, oltre agli interventi per l'inclusione e lo sviluppo urbano sopra citati, si richiamano: il coinvolgimento delle lavoratrici nella formazione continua, l'accesso alla formazione scientifica ed alla ricerca, la partecipazione al mercato del lavoro ed il contrasto alle disparità nelle carriere e nelle retribuzioni, la creazione d'impresa ed il lavoro autonomo, i servizi per la conciliazione dei tempi di vita con quelli di lavoro, l'attenzione all'accesso ai servizi nel trasporto pubblico locale.

Mercato del lavoro e invecchiamento attivo

Per quanto attiene alle politiche di inclusione in questo campo, il Governo ha avviato un serie di provvedimenti finalizzati ad incoraggiare la domanda di lavoro, attraverso la promozione di diverse tipologie contrattuali, (riformate con la legge n. 133 del 2008), adeguate alle mutevoli esigenze del processo produttivo, favorendo in tal modo la conciliazione tra il lavoro e le esigenze familiari, con particolare riferimento al lavoro femminile, dei giovani e delle persone anziane. L'ottica è quella di intervenire per far sì che più interessi strategici coincidano, a cominciare dal rapporto fra la formazione scolastica e il mondo delle imprese, che dovrà favorire l'occupazione dei giovani e far sì che essi acquisiscano concrete competenze professionali e inserirsi quanto prima nel mondo del lavoro, anche tramite contratti di apprendistato, grazie ai quali l'azienda diventa impresa formatrice.

Riguardo al tema dell'invecchiamento attivo, fondamentale alla luce dei fattori demografici che stanno modificando la struttura per età della popolazione italiana e che influiscono sugli equilibri del sistema di welfare, è stata posta in essere una strategia complessiva che punta ad accrescere

l'occupabilità dei più anziani. Si stanno infatti attivando (a livello locale) progetti specifici che intendono rispondere all'esigenza dei non più giovani di rimanere nel mondo del lavoro, sia alle necessità di alcune imprese che, pur con modalità contrattuali flessibili, necessitano di personale con esperienza.

Persone immigrate

Nella convinzione che la conoscenza reciproca rappresenti uno degli aspetti più importanti per superare diffidenze e ostilità, le politiche volte a favorire la piena integrazione e inclusione delle persone immigrate e dei rom, passano per tre direttrici fondamentali che mirano a sensibilizzare ed avvicinare la società civile e gli stessi immigrati attraverso campagne, manifestazioni sportive ed eventi legati al mondo della scuola ; a realizzare ulteriori studi e scambi di esperienze con altri Paesi membri dell'Unione Europea per affrontare congiuntamente il problema delle discriminazioni razziali e a sostenere le vittime di tali discriminazioni ponendo le basi per l'inclusione degli immigrati nella nostra società, e a favorire l'accesso ai servizi sanitari, nella prospettiva non solo di venire incontro alla semplice richiesta di cure per malattie, ma anche alla domanda di prevenzione e di assistenza alla gravidanza e al parto, alla crescita dei minori, alla vecchiaia, nonché a tutte quelle patologie derivanti da condizioni di disagio sociale.

Persone con disabilità

Il Governo ha riattivato l'iter per giungere alla ratifica della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità; nello schema di provvedimento è stata prevista l'istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità, un organo collegiale che consentirà un confronto costante tra le istituzioni e le persone con disabilità, le loro famiglie e le associazioni. Si tratta di un organismo collegiale dove poter rappresentare esigenze spesso molto diverse e definire in modo condiviso le risposte più adeguate. Uno strumento di partecipazione attiva che sia in grado, al tempo stesso, di garantire un coordinamento efficace delle politiche e degli interventi.

I compiti assegnati all'Osservatorio nazionale vanno tutti nella direzione di dare nuovo impulso alle politiche per la disabilità attraverso modalità operative improntate alla partecipazione; all'osservatorio vengono assegnati i seguenti compiti:

- a) promuovere l'attuazione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità ed elaborare il rapporto dettagliato sulle misure adottate di cui all'articolo 35 della stessa Convenzione, in raccordo con il Comitato Interministeriale dei Diritti Umani";
- b) predisporre un programma d'azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, in attuazione della legislazione nazionale ed internazionale;
- c) promuovere la raccolta di dati statistici che illustrino la condizione delle persone con disabilità, anche con riferimento alle diverse situazioni territoriali;
- d) predisporre la relazione sulla stato di attuazione delle politiche sulla disabilità, di cui all'articolo 41, comma 8, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 con cadenza biennale, secondo la nuova previsione del disegno di legge delega;
- e) promuovere la realizzazione di studi e ricerche che possano contribuire ad individuare aree prioritarie verso cui indirizzare azioni e interventi per la promozione dei diritti delle persone con disabilità.

La predisposizione del programma d'azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità, in attuazione della legislazione nazionale ed internazionale, consentirà di definire in maniera più puntuale le priorità da perseguire tra le quali avranno rilievo: il rafforzamento di misure per favorire l'inserimento lavorativo; la semplificazione ed ammodernamento delle procedure per l'accertamento, attraverso l'uso della nuova

classificazione sulla disabilità (ICF) per la quale sono in corso progetti sperimentali; la protezione e assistenza per le persone in condizioni di grave dipendenza.

2.3 OBIETTIVO PRIORITARIO 1 : UN PIANO PER LE POVERTÀ ESTREME E I SENZA DIMORA

Il presente Rapporto raccoglie l'impegno che il Parlamento europeo ha adottato attraverso la dichiarazione scritta 0111 del 2007, che richiama tutti i livelli istituzionale dell'UE e gli Stati membri ad attivarsi per porre fine al problema dei senza tetto entro il 2015. Lo stesso Libro Verde del governo afferma l'esigenza di conoscere e combattere la povertà e la grave emarginazione. In particolare, in ragione della ricorrenza del 2010, designato dalla Commissione europea come "Anno europeo contro la povertà", il governo italiano intende adottare un piano organico di contrasto alla povertà estrema, che prenda le mosse dal potenziamento delle azioni conoscitive attualmente in campo e da una più stretta interazione e partecipazioni con tutti i soggetti istituzionali e privati.

Sul fronte delle azioni conoscitive il governo si impegna a realizzare nel triennio gli obiettivi del piano di ricerca finalizzato in particolare a definire un quadro approfondito di conoscenze per quanto concerne i senza dimora sull'intero territorio italiano. Si intende in proposito promuovere le esperienze degli osservatori territoriali già operanti e finanziati con risorse sia comunitarie che locali, contribuendo a rafforzarne la rete e il ruolo di soggetti di stimolo alla formulazione di politiche territoriali appropriate.

Attraverso questo impegno si intende, da un lato, favorire appositi programmi di comunicazione e divulgazione dei risultati. Il programma delle attività in corso di avvio consentono di immaginare un esercizio di tali attività in coincidenza con l'anno 2010. In particolare, queste attività sono funzionali al varo di un piano organico di contrasto alla povertà estrema che il governo intende varare per il 2009 e che punterà su un set di azioni sistemiche e coordinate, tra le quali:

- a) L'attivazione della carta acquisti, che a partire dalla fine del 2008 potrà essere richiesta da circa un milione di cittadini che versano in condizioni di maggiore disagio economico. La definizione di esigibilità per questa misura è in fase di costruzione, ma segue una logica di prova dei mezzi per assegnare il beneficio a fasce particolarmente disagiate della popolazione, con particolare riferimento a persone anziane (oltre 65 anni) e a minori (meno di 3 anni) appartenenti a fasce svantaggiate. La carta consente, per una parte, di usufruire di una vera e propria carta prepagata finalizzata all'acquisto di beni alimentari o al pagamento delle tariffe per le utenze domestiche, per l'altra, di beneficiare di vantaggiose condizioni di acquisto che il governo intende negoziare con le grandi reti di distribuzione e con le grandi centrali di produzione di beni alimentari. A seguito dell'attivazione della misura sarà possibile, già nel 2009, esprimere una valutazione sulla sua efficacia, per considerare eventuali miglioramenti e sviluppi, in particolare per verificare la possibilità che questo stesso circuito sia utilizzato per favorire l'accesso ad ulteriori servizi collegati a misure di sostegno nazionali (a titolo di mero esempio: prestazioni per il diritto allo studio, per la non autosufficienza, ecc), ma anche quelli rientranti nella programmazione di servizi territoriali. A tal fine è previsto un costo pari a 150 milioni di euro per il 2008 (ultimo trimestre), a regime il costo stimato è di circa 600 milioni annui, fermi restando i parametri attuali per l'individuazione dei beneficiari della misura.
- b) un programma nazionale di applicazione della normativa in tema di residenza anagrafica per i senza dimora, sulla scorta di quanto già viene fatto in alcuni grandi comuni italiani, da generalizzare attraverso un accordo con la rappresentanza dei comuni italiani (ANCI), al fine di consentire l'accesso a un diritto che realizza una preconditione per l'ingresso nel sistema degli interventi di sostegno e di inclusione: ad esempio, per l'estensione a questi soggetti delle misure di lotta alla povertà quali la citata "carta per gli acquisti". Questo strumento potrebbe diventare, in accordo con le amministrazioni regionali e cittadine, e seguito delle valutazioni sulla sua prima sperimentazione, una piattaforma per l'accesso ad uno spettro ancora più ampio di prestazioni e servizi da configurare come percorso di reinserimento;

- c) la definizione, in coerenza con il punto precedente, all'interno del tavolo per il coordinamento aperto italiano di cui alla sezione 2.6, di linee guida nazionali ed uniformi per il contrasto alle povertà estreme nelle grandi aree urbane. Si tratta di una strategia di condivisione tra i livelli istituzionali e le organizzazioni non governative specializzate in questo ambito, al fine di individuare misure più appropriate e idonee a garantire la diffusione nel territorio nazionale di strutture capaci ad accogliere, assistere, ascoltare le persone senza dimora e di accompagnarle verso l'autonomia e l'autosufficienza.

Ciò anche in un'ottica di ottimizzazione delle risorse disponibili, dovrebbe permettere di affiancare alla tradizionale offerta di servizi di tipo assistenziale, interventi di tipo personalizzato, volti a riportare queste persone a una maggiore autonomia di vita, nella consapevolezza che esistono due tipi di bisogni "tipici" dei senza dimora a cui dare risposta: i bisogni "materiali", legati alla mancanza di beni di prima sopravvivenza (come l'abitazione, l'alimentazione, il reddito da lavoro o da pensione, la salute, l'igiene, ecc.), e i bisogni "post materialistici", che sono inerenti alla sfera relazionale della persona (cioè i rapporti con la famiglia, la comunità in cui si vive e, più in generale, la società);

- d) la previsione di una tavola rotonda nazionale sull'inclusione sociale ed un incontro nazionale delle persone che vivono in condizioni di povertà, sul modello della tavola rotonda europea organizzata annualmente dal paese che ha la presidenza di turno del Consiglio europeo.

Le misure indicate saranno oggetto del lavoro di analisi, del confronto con le esperienze territoriali e della valutazione delle strategie adottate in altri paesi europei, all'interno della tavola permanente di cooperazione interistituzionale, allargato alla partecipazione di terzo settore e delle parti sociali, con il ruolo di monitoraggio delle misure adottate.

2.4. OBIETTIVO PRIORITARIO 2: UN PIANO PER IL SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE IN CONDIZIONI DI DISAGIO.

Gli interventi a sostegno delle famiglie in condizioni di disagio economico costituiscono una priorità nella strategia di inclusione sociale. Ciò si traduce in interventi che mirano a compensare i principali fattori di squilibrio che incidono sulle condizioni materiali di vita delle famiglie italiane, sia in ragione della particolare congiuntura economica, sia di fattori che tradizionalmente contribuiscono al rischio di impoverimento. Questi ultimi elementi sono particolarmente evidenti in quelle famiglie con particolari caratteristiche di disagio, alle quali il sistema di servizi non riesce a dare (o non riesce a dare in determinate aree territoriali) un grado di risposta sufficientemente adeguata: madri single, famiglie numerose o con presenza di disabilità o di non autosufficienza.

Per quanto concerne gli aspetti più congiunturali, il punto centrale è la crescente condizione di difficoltà economica di fasce di famiglie a causa dell'aumento dei costi dei beni di consumo, che si concentrano su due aree fondamentali: la casa e il settore alimentare. Proprio in riferimento a questi due aspetti, il governo sta per mettere in campo interventi mirati a ridurre l'impatto di questi fattori per le fasce più disagiate della popolazione:

- a) da un lato, con il piano casa previsto dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, si vuole rispondere all'esigenza di garantire su tutto il territorio nazionale i livelli essenziali di fabbisogno abitativo, incrementando il patrimonio immobiliare attraverso l'offerta di edilizia residenziale pubblica e realizzando misure di recupero del patrimonio abitativo esistente e attraverso programmi integrati di riqualificazione urbana. Tali interventi dovranno tener conto dell'effettivo bisogno abitativo presente nelle diverse realtà territoriali e sono destinati prioritariamente a: nuclei familiari a basso reddito (compresi nuclei monoparentali o monoreddito), giovani coppie a basso reddito, anziani in condizioni economiche e sociali svantaggiate, studenti fuori sede, soggetti sottoposti a procedure esecutive di rilascio per finita locazione, immigrati regolari a basso reddito.

- b) il secondo versante di interventi è quello che passa per l'attivazione della cosiddetta carta acquisti di cui si è parlato nella sezione 2.3 e per il potenziamento della rete dei servizi territoriali che hanno come destinataria la famiglia e, tra essi, quelli rivolti alle persone non autosufficienti, per i quali si rinvia alla relativa sezione dedicata alle cure a lungo termine, nonché quelli rivolti al sostegno delle famiglie con figli, ai quali è dedicata la sezione 2.5.

2.5 OBIETTIVO PRIORITARIO 3 : UN PIANO PER I “CITTADINI IN CRESCITA”

Nell'affrontare il tema della povertà dei bambini e degli adolescenti in Italia, la Convenzione sui diritti dell'infanzia fornisce il quadro di riferimento: in coerenza con la Costituzione, i diritti dei minori, a qualunque titolo presenti nel nostro Paese, devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

La povertà è infatti la maggior causa di discriminazione che affligge i minori, in quanto è suscettibile di creare disparità nell'esercizio dei diritti economici e sociali (in particolare nei settori della salute, dell'assistenza sociale, dell'istruzione e delle condizioni abitative). Per assicurare le pari opportunità di esercizio dei diritti costituzionali riconosciuti al minore, le azioni di contrasto alla povertà minorile assumono una delle priorità del futuro piano d'azione per l'infanzia 2008–2010, che prevede l'attuazione di provvedimenti trasversali: strumenti di sostegno al reddito familiare, misure di conciliazione dei tempi di lavoro e di cura dei genitori, azioni di prevenzione della dispersione scolastica e contrasto dello sfruttamento minorile.

Un'azione di carattere prioritario è rivolta a uno degli strumenti principali per il rafforzamento dei percorsi a sostegno del minore e del suo nucleo familiare, da attivare e/o riqualificare attraverso servizi che integrino la funzione genitoriale e che prendano in carico le problematiche presentate dal minore e dalla sua famiglia. La realizzazione di percorsi condivisi, partecipati, integrati tra vari soggetti istituzionali e del privato sociale, che concorrono armonicamente alla costruzione di un progetto a favore del minore e del suo nucleo, consiste nel perseguire una metodologia di lavoro in grado di creare servizi efficienti ed efficaci.

Gli obiettivi generali che il piano si propone, prevedono azioni di cooperazione e corresponsabilità tra soggetti pubblici e privati e l'unitarietà delle politiche e dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza, affinché si possano valorizzare, potenziare e/o creare risorse e servizi per la tutela minorile e, in particolare, per rispettare il diritto del bambino a crescere nella propria famiglia. Le condizioni di difficoltà economica non possono mai causare, da parte delle istituzioni, la scelta di allontanamento del bambino dal proprio ambiente familiare “affettivamente capace”. Quando eccezionalmente e nel suo preminente interesse ne sia separato, il minore deve essere comunque inserito in un ambiente familiare idoneo per lo sviluppo armonioso e completo della propria personalità. Le istituzioni pubbliche sono tenute ad adottare le misure necessarie perché la famiglia possa svolgere il proprio ruolo e ad impegnarsi per assicurare al bambino la protezione e le cure necessarie per il suo benessere, in considerazione dei diritti e doveri dei genitori, dei tutori o di altre persone che ne hanno la responsabilità legale. Per un'azione mirata a prevenire il disagio delle famiglie problematiche e per assicurare una presa in carico, non burocratica ma professionale ed efficace, con servizi più vicini al territorio e alla comunità, l'obiettivo è di rafforzare i servizi sotto tre profili fondamentali :

- a) prevenzione: sviluppo di tutte le iniziative di appoggio alla famiglia nelle sue molteplici funzioni di cura e di educazione, perché dinanzi a problemi e a difficoltà essa abbia nella comunità punti di riferimento competenti e coordinati;
- b) tutela: contrasto alle situazioni di disagio differenziate, da affrontare con modalità diverse finalizzate a garantire condizioni economiche sufficienti, integrazione sociale, sicurezza;
- c) emergenza: casi legati a situazioni di abbandono e violenza che richiedono interventi rapidi di “pronto soccorso sociale”.

A supporto di questa attività, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, in partnership con le regioni e il comitato nazionale per i servizi per l'affido, intende rafforzare lo scambio diffuso di esperienze e buone prassi sull'affido familiare, per formare gli operatori e dare impulso allo sviluppo di servizi di affido su tutto il territorio nazionale, sensibilizzando la società civile attraverso una campagna nazionale di promozione che, oltre a garantire una azione di qualità, comporta un significativo contenimento dei costi dell'intervento sociale, sviluppando inoltre una reale sussidiarietà. Il risultato atteso è la promozione di coordinamenti regionali, che assicurino continuità nello scambio di buone prassi ed accompagnino l'attività degli operatori e dei servizi di affido. Si ritiene essenziale, infatti, realizzare un'insieme di iniziative volte alla formazione degli operatori affinché siano adeguatamente preparati di fronte all'interesse e alla disponibilità delle famiglie pronte ad accogliere un bambino in affido. Il progetto, oltre allo scambio di buone pratiche sviluppate e sperimentate, prevede un calendario di iniziative di promozione a livello nazionale, regionale e locale, articolato in modo tale che ogni regione possa meglio conoscere la propria realtà e dare avvio a nuovi interventi in tale ambito. L'organizzazione di workshop consentirà invece agli operatori coinvolti, di utilizzare appieno e da subito le conoscenze acquisite, per meglio attivare e orientare la propria attività, al fine di garantire al massimo l'efficacia e l'efficienza della propria opera.

Ancora per quanto concerne la rete dei servizi dedicati ai minori, negli ultimi 20 anni si è assistito ad una articolazione del sistema dell'offerta mediante una flessibilizzazione degli asili nido e lo sviluppo di servizi integrativi (spazi gioco, centri per bambini e genitori, nonché esperienze locali di servizi educativi di tipo domiciliare), accanto a cui operano nuovi e diversi protagonisti coinvolti nella attivazione e gestione dei servizi che vedono una crescente presenza del privato sociale. Purtroppo la distribuzione dei servizi risulta disomogenea nelle diverse aree territoriali. Infatti, a livello regionale, le opportunità di accesso di un bambino 0-2 in un nido varia da un minimo del 5% a un massimo del 29%. Questa forte differenza ha imposto significative misure di intervento, come già segnalato nella sezione 2.1.2. A questi obiettivi concorrono anche i finanziamenti stabiliti nel quadro strategico nazionale (QSN) 2007-2013 e richiamati nella sezione 2.2. Con tali risorse l'obiettivo di perseguire un'adeguata disponibilità dei servizi per la prima infanzia viene misurato attraverso 2 indicatori specifici, ponendo una particolare attenzione alla maggiore quantità e qualità delle prestazioni, al fine di alleggerire i carichi familiari e favorendo in tal modo la partecipazione femminile al mercato del lavoro. Per questo tema l'ammontare complessivo delle risorse premiali a disposizione delle 8 regioni del Mezzogiorno, è pari a 375 milioni di euro¹⁴, così distribuiti tra i tre indicatori selezionati:

INDICATORE	RILEVANZA	COSA SI MISURA	TARGET 2013	RISORSE PREMIALI
Diffusione dei servizi per l'infanzia	La disponibilità del servizio è carente in molte aree e sussistono condizioni di disparità fra i diversi territori	L'incremento del numero di comuni nei quali sono attivati servizi pubblici o integrativi, a favore dell'infanzia	aumentare la percentuale al 35%	187,50 Meuro
Presa in carico ponderata degli utenti dei servizi per l'infanzia	La copertura del servizio risulta largamente insufficiente rispetto al numero di bambini in età compresa fra 0 e 3 anni	L'incremento del numero di bambini accolti nelle strutture dei servizi per l'infanzia	aumentare la percentuale al 12%	187,50 Meuro

¹⁴ Ulteriori 375 milioni di Euro complessivi saranno assegnati in caso di raggiungimento del target relativo all'assistenza domiciliare integrata da parte di tutte le Regioni.

Essi rappresentano standard minimi per colmare il divario rispetto al Centro-Nord e garantire equità di accesso ai servizi, in coerenza con obiettivi normativi posti dalle leggi o piani di settore e dai processi di coordinamento aperto a livello europeo. Riportiamo di seguito le tabelle che sintetizzano, per gli indicatori relativi ai bambini fino a 3 anni che hanno usufruito di servizi di cura per l'infanzia, i valori base e i valori relativi all'ultimo anno disponibile a luglio 2008. Gli andamenti dell'indicatore sono evidenziati sia in termini di miglioramento rispetto alla situazione di base, che di percentuale di distanza colmata rispetto al valore obiettivo al 2013.

<u>Presenza in carico "ponderata" degli utenti dei servizi per l'infanzia</u>					
Percentuale di bambini tra zero e fino al compimento dei 3 anni che hanno usufruito dei servizi per l'infanzia (asilo nido, micronidi, o servizi integrativi e innovativi) di cui il 70% in asili nido, sul totale della popolazione in età 0-3 anni					
	<i>Valore base (2004)</i>	<i>Valore attuale (2005)</i>	<i>Target 2013</i>	<i>Migliora mento</i>	<i>% di distanza colmata</i>
Abruzzo	6,7	7,2	12,0	Si	9%
Molise	3,2	3,9	12,0	Si	8%
Campania	1,5	1,9	12,0	Si	4%
Puglia	4,8	4,9	12,0	Si	1%
Basilicata	5,1	5,6	12,0	Si	7%
Calabria	2,0	2,1	12,0	Si	2%
Sicilia	6,0	6,4	12,0	Si	6%
Sardegna	10,0	9,1	12,0	No	-
<i>Mezzogiorno</i>	4,2	4,5		Si	
<i>Centro-Nord</i>	15,5	15,0		No	
<i>Italia</i>	11,3	11,1		No	

Dati fonte Istat (Indagine censuaria sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni).

2.6 OBIETTIVO PRIORITARIO 4: UN PIANO PER L'INTEGRAZIONE DEGLI IMMIGRATI E DELLE COMUNITA' ROM E SINTI

Per quanto riguarda gli immigrati, le rilevazioni Istat sulla presenza straniera rivelano che all'inizio del 2008 essi hanno ormai raggiunto circa 3,5 milioni di unità (pari a circa il 6% della popolazione residente), inclusi i cittadini comunitari.

La strategia del prossimo biennio poggerà – anche in continuità con gli interventi già realizzati attraverso il Fondo per l'inclusione - su tre principali aree: la lingua italiana, primo passo per la piena integrazione; il lavoro regolare, in quanto garantisce diritti e tutele ed è veicolo di inserimento dell'immigrato nel contesto socio-economico in cui vive; infine la casa, nella convinzione che occorra garantire dignitose condizioni di alloggio, anche contrastando alcune forme di discriminazione.

- a. Insegnamento della lingua italiana, con priorità agli alunni di recente immigrazione e interventi che coinvolgono i genitori e le famiglie migranti nelle attività e nell'orientamento scolastico degli alunni stranieri, con l'obiettivo di favorire il dialogo interculturale tra studenti italiani e stranieri e le rispettive famiglie..
- b. Accesso al lavoro regolare, con particolare riguardo alle donne immigrate, segmento debole della popolazione immigrata, attraverso la creazione di percorsi di promozione economico-sociale delle donne migranti in condizioni di disagio, anche attraverso la formazione, l'orientamento e l'inserimento lavorativo e di tutela contro tutte le forme di discriminazioni di genere ed etnico-razziale.

- c. Accesso all'alloggio, attraverso azioni di recupero di aree e quartieri degradati, ristrutturazioni di alloggi dismessi, realizzazione di alloggi transitori, potenziamento delle prassi di collaborazione pubblico-privato finalizzato all'aumento dell'offerta abitativa, contrasto alla discriminazione, sensibilizzazione della società di accoglienza, iniziative di informazione ed orientamento.

Infine, è stata ricostituita la Consulta che si occupa delle problematiche degli stranieri immigrati e delle loro famiglie e rappresenta una sede permanente di dialogo e confronto tra l'Amministrazione centrale e tutti gli attori interessati, fungendo anche da osservatorio sui processi di integrazione nel Paese.

Rom e Sinti

Particolare attenzione è dedicata alle comunità Rom e Sinte residenti in Italia. Si ritiene che in un contesto storico nel quale si discute di politiche di sicurezza e di politiche di integrazione, debba rivestire un ruolo preminente il rafforzamento del dialogo interistituzionale a favore dell'inclusione dell'universo Rom, un più efficace confronto tra società civile, istituzioni e comunità Rom, oltre ad una sensibilizzazione nei confronti della collettività in ordine alle problematiche in esame, elaborando azioni di contrasto agli stereotipi ed ai pregiudizi nei confronti di queste comunità.

In tale direzione, nell'ambito del Quadro Strategico Nazionale dei fondi strutturali per il periodo 2007-2013, sono stati programmati piani di azione che prevedono interventi strutturali a favore delle comunità Rom tramite i fondi FSE e FESR, concordati con le relative autorità di gestione. Sono due gli assi di questa attività:

- a) la promozione della *governance* delle politiche e degli strumenti di inclusione sociale e di contrasto alla discriminazione nei confronti delle comunità Rom, Sinte e Camminanti. L'azione intende promuovere il rafforzamento delle strategie di tutela a loro favore, sostenendo le Regioni sotto il profilo normativo, amministrativo e gestionale, nell'identificazione, progettazione e monitoraggio di politiche di orientamento e supporto regionale per un superamento, in ambito locale, degli ostacoli all'inclusione. L'intervento, per il suo carattere sperimentale e innovativo, rende necessaria una previa elaborazione di analisi conoscitive relative alle caratteristiche socio-demografiche e socio-economiche delle comunità presenti nelle regioni obiettivo convergenza, una mappatura delle istituzioni e dei servizi a loro favore presenti nel territorio negli ambiti dell'istruzione, della formazione professionale, dell'inserimento lavorativo, dei servizi sociali e sanitari, nonché l'individuazione di interventi territoriali in materia di inclusione sociale realizzati dalle realtà comunali e dal terzo settore.
- b) L'identificazione, l'analisi e il trasferimento delle buone prassi in materia di non discriminazione in un'ottica di *benchmarking*. Con questa attività si intende avviare un'azione di sistema volta a raccogliere e a mettere in rete - tra tutti gli attori significativi, ai diversi livelli istituzionali, europeo, nazionale e regionale - le prassi sviluppate nel tempo e riferite al superamento delle diverse forme di discriminazione. La finalità è quella di contribuire alla diffusione e alla trasferibilità delle esperienze, all'accrescimento delle competenze sulle materie specifiche e al confronto tra le regioni d'Europa; in particolare, per il periodo 2008-2009 si tratta di diffondere in Italia la campagna DOSTA, che è già stata promossa con successo in cinque paesi dell'Europa dell'Est: Albania, Bosnia e Herzegovina, Montenegro, Serbia ed Ex Repubblica Jugoslava di Macedonia. Obiettivo dell'azione è quello di studiare strumenti, metodologie e messaggi costruiti dalla campagna, per un loro adattamento in lingua italiana contestualizzato all'ambito storico e culturale italiano, con una attenzione particolare alle difficoltà di inclusione sociale e lavorativa Rom nelle regioni obiettivo convergenza.

2.7 UNA GOVERNANCE RINNOVATA

L'attuazione degli obiettivi prioritari, così come la loro identificazione e formulazione, passa per un assetto rinnovato della *governance* delle politiche di settore. Il punto più significativo di questa innovazione consiste nella ricerca di un quadro di rapporti più bilanciato e produttivo con il sistema

delle istituzioni territoriali che, successivamente alla riforma costituzionale del 2001, sono titolari della grande parte dei poteri legislativi e gestionali dei servizi destinati alle persone ed alle famiglie.

La scelta di un baricentro istituzionale sul territorio che orienti il modello istituzionale italiano verso le caratteristiche di un sistema federale, comporta tuttavia che anche per l'esercizio delle competenze che rimangono in capo allo Stato sia necessario un adeguato sistema di relazioni tra tutti i livelli istituzionali e tra questi e le organizzazioni private operanti nei settori in questione.

Questo obiettivo muove dalla necessità di formulare nuove strategie per intervenire sui forti differenziali territoriali che caratterizzano la realtà italiana, come evidenziato nella sezione 2.1.1. A questo scopo occorrono nuovi comportamenti istituzionali che accompagnino l'implementazione del piano nazionale di inclusione 2008-2010, nel quadro di un più ampio completamento dell'assetto federalista delle istituzioni italiane.

Il primo obiettivo è quello di un maggiore coordinamento delle politiche, facilitato da un lato dall'attuale configurazione del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, dall'altro, dall'impegno per un maggiore coordinamento con gli altri livelli di governo ed un alto grado di partecipazione delle realtà del terzo settore, delle parti sociali, delle organizzazioni di tutela dei diritti. L'obiettivo è quello di formulare un metodo aperto di coordinamento interno attraverso il quale – anche nelle materie sulle quali le competenze sono decentrate – poter definire obiettivi comuni, target nazionali, condividere le strategie di finanziamento delle azioni, stabilire processi di monitoraggio e controllo dei risultati raggiunti nonché scambio delle buone pratiche. Per raggiungere questo risultato è necessario individuare sedi di confronto integrative rispetto a quelle tradizionalmente deputate al negoziato istituzionale tra Stato, regioni ed enti locali, poiché in esse è ormai consolidata e proceduralizzata un'attività volta principalmente alla ricerca di intese sull'allocazione di risorse o sulla fissazione di programmi di intervento. Per tale ragione è necessario sviluppare e rendere solida una linea di attività ulteriori, partendo da sedi esterne al tradizionale sistema delle conferenze, per sedimentare una vera e propria attitudine istituzionale al coordinamento aperto.

L'obiettivo è quello di passare, nel corso dell'esercizio del piano nazionale di inclusione 2008-2010, da una fase di consolidamento di tavoli informali Stato-regioni-autonomie locali - che nei prossimi mesi svilupperanno una consistente azione di scambio di conoscenze sulle politiche, le strategie, le pratiche gestionali e organizzative che in ciascun ambito territoriale vanno profilandosi - ad una sede permanente di lavoro condiviso che stabilisca regole ampie di coinvolgimento e partecipazione delle organizzazioni private, delle organizzazioni di tutela dei diritti, delle parti sociali e dei centri di analisi e ricerca, finalizzata al monitoraggio ed alla valutazione delle azioni intraprese sulla base del Rapporto di strategia nazionale e del prossimo Libro bianco del governo in materia di welfare. Una sorta di agenzia (anche se eventualmente non nel significato più istituzionale del termine) che acquisterà di importanza con l'entrata in vigore delle nuove norme in materia di federalismo fiscale.

Il completamento dell'assetto federale delle istituzioni italiane richiederà, infatti, un coordinamento costante e progressivo non solo delle dinamiche finanziarie ai fini della gestione del sistema di contabilità nazionale, ma anche dei processi istituzionali a valle che – sulla base di tali assetti contabili – dovranno assicurare livelli omogenei di garanzia dei diritti civili e sociali, attraverso i sistemi di protezione sociale territoriali. Tanto più necessaria questa funzione di coordinamento quanto più l'assetto federale dovrà confrontarsi con un robusto processo di convergenza tra territori con tassi di povertà e livelli di servizi differenti.

In questo quadro si potranno perseguire gli obiettivi di:

- a) individuazione di percorsi condivisi tra il governo, le regioni ed autonomie locali, per la definizione delle priorità nazionali, in coerenza con le priorità definite a livello regionale e

comunitario. Tali priorità nazionali dovranno essere formulate in modo tale da garantire a ciascuna istituzione territoriale la piena autonomia in fase di realizzazione del piano;

- b) programmazione coordinata delle azioni da realizzare prevedendo chiaramente il quadro delle risorse finanziarie destinate al raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- c) adeguato sistema di accompagnamento e monitoraggio, che tenga conto delle modalità di monitoraggio e di informazione eventualmente già definite o in via di definizione;
- d) efficace correlazione tra piano nazionale di inclusione sociale e programmazione sociale regionale e locale;
- e) integrazione fra livelli di competenza nel perseguire l'inclusione sociale, con esplicitazione del ruolo delle politiche sociali quali interventi che ricomprendono anche strumenti per l'inserimento lavorativo delle persone svantaggiate;
- f) rafforzamento delle attività di monitoraggio della spesa sociale e del sistema dei servizi e delle prestazioni, sia sul piano quantitativo che qualitativo, ai fini della determinazione degli standard prestazionali, anche sulla base del lavoro già in essere con le regioni e gli altri attori sociali. Sarà così possibile assicurare ai cittadini in maniera più omogenea sul territorio nazionale, servizi e interventi adeguati dal punto di vista qualitativo e quantitativo determinando adeguate risorse per la loro realizzazione.

Un ruolo rilevante sarà giocato dalle organizzazioni di terzo settore. Un ruolo che non può essere circoscritto alle attività strumentali che esse svolgono, ma deve comprendere anche il consolidamento e la finalizzazione virtuosa di risorse sociali altrimenti disperse ed inattuabili, risorse di capitale sociale ed umano che esse riescono a mettere al servizio delle comunità nelle quali sorgono e si sviluppano. In questo campo il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha la possibilità di contribuire non solo come soggetto regolatore o finanziatore (compito in buona misura trasferito alle istituzioni territoriali), quanto come un catalizzatore istituzionale, capace di far incontrare e cooperare tra loro sensibilità, culture e capacità, del mondo associativo, delle amministrazioni pubbliche, delle imprese, che finora sono rimasti in buona misura separati e favorendo così il loro consolidamento a livello comunitario, senza insidiare in alcun modo la capacità di autonoma iniziativa di cui le organizzazioni non profit devono essere portatrici.

D'altro canto la necessità di conciliare le politiche economiche e sociali, sottolineata anche nel Libro Verde sul futuro del modello sociale, che prevede – in linea con i documenti elaborati dalla Commissione Europea – una governance partecipata dagli attori che costituiscono e caratterizzano il capitale sociale, ovvero gli enti del Terzo settore che nel loro agire nella comunità pongono al centro il bene comune come benessere sociale e relazionale.

Il benessere di un territorio, la sua competitività, la capacità di attrarre risorse, dipendono non solo dalla crescita economica, ma anche dai cosiddetti fattori “intangibili” dello sviluppo e, quindi, dalla capacità di un sistema di contribuire a migliorare la qualità della vita delle persone, di accrescerne le conoscenze e la possibilità di avvantaggiarsi delle opportunità offerte e di facilitarne la partecipazione alla vita pubblica, sociale e di comunità. La piena accessibilità ai servizi e alle opportunità create dalla crescita economica vede, in un'ottica di lungo periodo, le persone, o le strutture organizzate del non-profit, al centro delle scelte di policy soprattutto quali agenti attivi dello sviluppo e della vita sociale, da cui dipende la capacità effettiva di un territorio di generare opportunità e benessere.

La riduzione del disagio e la promozione dell'inclusione sociale sono, dunque, da considerarsi aspetti integranti dei processi di sviluppo economico territoriale. La piena inclusione, la promozione dei diritti e la partecipazione di giovani, anziani, minori, disabili ed immigrati, sono le priorità definite dalle due Direttive ministeriali annuali, in corso di attuazione, per l'assegnazione delle risorse finanziarie del Fondo per l'associazionismo (circa 11 milioni €) e del Fondo per il

Volontariato (oltre 2,3 milioni €) per la realizzazione di progetti ed iniziative da parte delle associazioni.

In questo contesto un nuovo attore sulla scena dell'economia sociale è l'impresa sociale che con la realizzazione di attività non lucrative e di utilità sociale, rappresenta oggi in Italia un modello imprenditoriale che interviene nel più ampio contesto delle politiche attive come strumento di inserimento lavorativo (in particolare la cooperazione sociale di tipo B) dei soggetti svantaggiati.

Sempre per quanto concerne il supporto al mondo dell'associazionismo e, più in generale, del non-profit, vale la pena ricordare che per assicurare adeguato sostegno anche finanziario per il loro impegno, è stata introdotta in via sperimentale una misura - accolta con particolare favore dalla comunità nazionale - attraverso la quale i contribuenti possono indicare, all'atto della presentazione della propria dichiarazione dei redditi, un'organizzazione non-profit alla quale destinare il 5 mille della propria IRPEF. I contributi vengono distribuiti in proporzione alle preferenze ricevute dai cittadini. Nel 2006 (unico anno per ora disponibile) oltre 15 milioni di contribuenti hanno indirizzato quasi 210 milioni di euro a più di 27 mila organizzazioni, 21 mila delle quali già riconosciute come beneficiari effettivi delle somme previste.

Infine una sede che permetta di allargare le tradizionali forme di partecipazione alla definizione e alla valutazione delle politiche di welfare a soggetti che tradizionalmente non si qualificano per una missione specifica nel settore ma che, in una logica di responsabilità sociale dell'impresa (RSI) possono essere coinvolti come soggetti che contribuiscono con risorse proprie al potenziamento del sistema: si pensi alle imprese produttrici o distributrici di energia o alla rete di distribuzione di beni alimentari, entrambi coinvolti nell'attivazione della carta acquisti richiamata nella sezione 2.3; ai finanziatori dei programmi di social housing; alla possibilità di promuovere e diffondere esperienze di microcredito e microfinanza sia con obiettivi di creazione di attività di impresa per fasce di popolazione o ambiti territoriali deprivati. Il tema della RSI si articola, in primo luogo, attraverso l'attività di informazione e promozione tesa alla diffusione della cultura della RSI, con particolare attenzione al mondo delle piccole e medie imprese, che maggiori difficoltà possono incontrare nella implementazione di pratiche socialmente responsabili. Allo stesso tempo, deve proseguire l'indispensabile attività di costruzione di luoghi di confronto fra i maggiori portatori d'interesse a livello nazionale, quali, oltre alle stesse imprese, le parti sociali, le organizzazioni della società civile, i consumatori, il mondo dell'università e della ricerca. Inoltre, in un quadro di piena implementazione del principio di sussidiarietà, va perseguita l'azione di cerniera tra il livello comunitario e internazionale, attraverso la fattiva presenza italiana nei diversi tavoli di lavoro e di confronto, e la valorizzazione e disseminazione delle buone pratiche a livello regionale e locale, perseguendo un confronto permanente con queste realtà. Di particolare interesse, in questo senso, diviene anche il continuo lavoro di riflessione e specializzazione sulla redazione dei bilanci sociali da parte delle pubbliche amministrazioni.

Parte 3 - STRATEGIA NAZIONALE PER LE PENSIONI

Premessa

A partire dagli anni '90, le riforme volte al contenimento della spesa pubblica hanno interessato in misura significativa anche il sistema previdenziale. La dinamica demografica e il rallentamento della crescita economica, oltre ai vincoli derivanti dal processo di unificazione monetaria in Europa, hanno reso necessari interventi volti a stabilizzare nel medio-lungo termine il peso finanziario del sistema previdenziale, che in anni precedenti aveva registrato una crescita piuttosto sostenuta, con significative ripercussioni sui saldi di finanza pubblica in un periodo in cui i problemi di indebitamento e di contenimento del disavanzo si andavano rapidamente aggravando.

Per quanto riguarda in particolare gli andamenti demografici, va rilevato che i grandi mutamenti economici e sociali intervenuti dopo gli anni del rapido sviluppo post bellico e del cosiddetto baby boom hanno cominciato nell'ultimo decennio del secolo scorso ad avere un impatto crescente sulla struttura per età della popolazione italiana – più che in quasi tutti gli altri paesi europei - con effetti destabilizzanti sul funzionamento del sistema di welfare, a cominciare dalla previdenza sociale. Questa funzione, infatti, ha evidenziato una progressiva alterazione degli essenziali parametri di riferimento, con un rapporto sempre più squilibrato tra soggetti attivi e destinatari delle prestazioni, ossia tra coloro che con la contribuzione finanziano il sistema pensionistico e coloro che beneficiano di quelle stesse risorse.

Le riforme pensionistiche degli anni novanta hanno perciò puntato a due essenziali obiettivi. Il primo è stato quello di trovare rimedi strutturali ad una situazione di tendenziale squilibrio finanziario. Il secondo obiettivo è invece consistito nell'uniformare le regole di un sistema molto frammentato, il cui sviluppo era stato condizionato dalla capacità negoziale delle diverse categorie di lavoratori, dipendenti e autonomi, privati e pubblici.

Nel raggiungimento di questi scopi, l'intervento di maggior peso è stato attuato nel 1995 con la legge n.335. Tale norma ha introdotto il graduale passaggio da un sistema di tipo retributivo, che per il calcolo prendeva a riferimento la durata della carriera e la media dei redditi da lavoro del periodo precedente il pensionamento, a un sistema contributivo a ripartizione (*notional defined contribution scheme*), in cui le prestazioni sono calcolate con una formula attuariale che trasforma in rata pensionistica i contributi capitalizzati al tasso di crescita nominale del PIL, versati nell'arco dell'intera carriera.

Gli effetti delle radicali modifiche introdotte dalla legge 335 sono visibili nel profilo temporale delle proiezioni a lungo termine dell'incidenza della spesa previdenziale sul prodotto interno lordo. La tendenza di lungo periodo (verso la metà del secolo) registra infatti una sostanziale stabilizzazione di questo rapporto, con una quota di spesa che non cresce nonostante le rilevanti modifiche dei ratio demografici conseguenti all'invecchiamento della popolazione.

Nel periodo intermedio, invece, per effetto della gradualità con cui il nuovo sistema di calcolo delle pensioni andrà a regime, il profilo temporale del rapporto tra spesa e PIL evidenzia una "gobba". Data la difficile situazione della finanza pubblica italiana, testimoniata dalla presenza di un consistente debito, la sostenibilità di questa temporanea maggiore incidenza è stata negli ultimi dieci anni oggetto di grande attenzione da parte dei decisori pubblici. Allo scopo di contenere l'incremento della spesa, dopo il 1995 si sono avute altre importanti modifiche che hanno parificato i trattamenti dei dipendenti pubblici a quelli dei privati, accelerato il requisito minimo di età per accedere alla pensione e progressivamente armonizzato il sistema pensionistico di alcune categorie che avevano in precedenza vantaggi previdenziali rispetto alla generalità dei lavoratori dipendenti.

L'insieme di questi interventi succedutisi nel tempo ha permesso di ottenere significativi risultati rispetto ai due obiettivi richiamati in precedenza, vale a dire la futura sostenibilità finanziaria della spesa pensionistica e un maggiore grado di equità dovuto alla riduzione delle disomogeneità nei trattamenti.

La progressiva andata a regime del sistema contributivo, che al momento esercita effetti ancora marginali ma che tra circa un quinquennio comincerà a determinare più della metà del valore delle prestazioni per la generalità dei lavoratori, solleva tuttavia un ulteriore problema che riguarda l'adeguatezza delle pensioni. La logica del calcolo contributivo, infatti, non solo rende l'ammontare

della prestazione molto sensibile all'età di ritiro, ma fotografa pienamente la carriera lavorativa e contributiva degli assicurati. Con il diffondersi dei rapporti di lavoro discontinui, di posizioni a bassa retribuzione e con le persistenti difficoltà che incontrano i lavoratori più anziani a mantenere un'occupazione stabile, la ricerca di politiche articolate e di misure specifiche per rendere più adeguate le pensioni è perciò diventato un altro capitolo prioritario dell'azione legislativa in campo sociale.

Le parti che seguono, trattano in modo più dettagliato gli aspetti fin qui sintetizzati, dando dapprima un quadro riassuntivo dei risultati ottenuti sul piano della sostenibilità finanziaria del sistema pensionistico e, successivamente, una descrizione delle misure e degli ambiti di intervento attivati nel tentativo di supportare l'adeguatezza dei trattamenti di pensione.

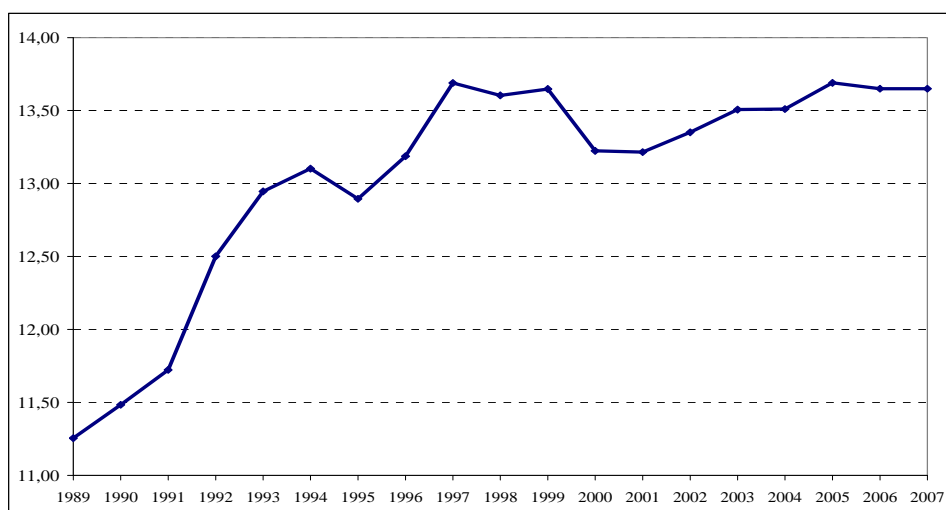
3.1 Progressi e sfide - Equilibrio e sostenibilità finanziaria della spesa per pensioni

3.1.1 Il periodo 1989 - 2007

Per valutare l'impatto delle riforme che hanno interessato il sistema obbligatorio in Italia nell'arco degli ultimi vent'anni si può fare riferimento al rapporto tra spesa pensionistica e PIL. La dinamica di tale rapporto, solitamente utilizzato nelle sedi di confronto tra i paesi dell'Unione europea, deriva dall'interazione di più fattori. Innanzi tutto vi è l'effetto delle variabili che concorrono a determinare l'ammontare della spesa, ovvero l'andamento dello stock di pensioni e l'incremento del valore medio delle pensioni di nuova decorrenza rispetto alle pensioni che cessano (il cosiddetto "effetto rinnovo"). A ciò si devono aggiungere la crescita reale e nominale del PIL, che può peraltro avere una parziale correlazione con la stessa spesa per pensioni, e il quadro normativo istituzionale che ha effetti significativi sul controllo della spesa e che, come detto, nel periodo considerato è stato a più riprese modificato.

L'andamento del rapporto tra spesa per pensioni e PIL è rappresentato in Figura 1. Osservando il grafico, si rileva che l'evoluzione del rapporto si è modificata in misura sensibile nel corso del tempo.

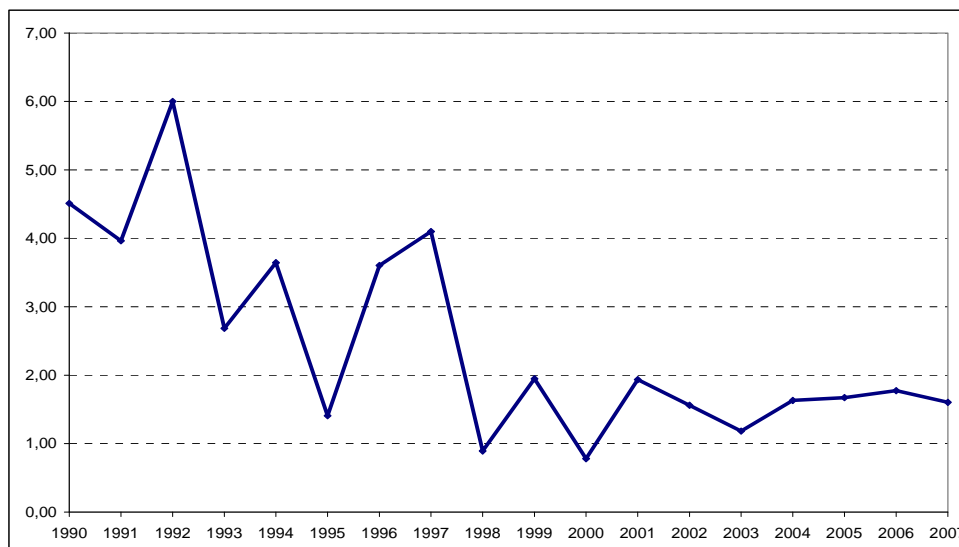
Figura 1: Spesa per pensioni in % del PIL (1989 – 2007)



Il peso della spesa pensionistica, che era aumentato di quasi due punti e mezzo percentuali nel periodo 1989-1997, passando dall'11,2% a circa il 13,7%, ha mantenuto da quel momento fino al 2007 un livello praticamente identico. Le oscillazioni riscontrabili dopo il 2000, peraltro contenute in meno di mezzo punto percentuale, appaiono più una conseguenza dei relativi rallentamenti della crescita economica che non un'effettiva ripresa dei ritmi di crescita della spesa per pensioni. Tale valutazione trova riscontro nella Figura 2, dove il profilo dei tassi di variazione della spesa totale al

netto dell'indicizzazione ai prezzi, comprensiva delle somme erogate per integrazioni di natura assistenziale, appare decrescere per tutto il primo periodo e stabilizzarsi su valori tra l'1,5 e il 2% negli anni successivi.

Figura 2: Tassi annui di variazione della spesa per pensioni al netto dell'indicizzazione (1990 – 2007)



Questa relativa stabilizzazione dipende in diverso grado da alcuni fattori. Tra i principali vanno citati:

- il nuovo meccanismo di indicizzazione introdotto dal 1993, legato ai soli prezzi e in misura decrescente all'aumentare dell'importo della pensione;
- il graduale innalzamento del requisito di età di pensionamento per le pensioni di anzianità;
- l'aumento del requisito di durata contributiva minima (fissata a 20 anni) e dell'età legale di pensionamento per le pensioni di vecchiaia;
- le modifiche in senso restrittivo di alcuni parametri per il calcolo dei trattamenti in regime retributivo;
- la contrazione di pensioni anticipate e di prepensionamenti concessi alle aziende in crisi;
- i differenti criteri per l'assegnazione delle pensioni di invalidità, introdotti con una norma del 1984 che ha progressivamente ridotto il numero dei beneficiari.

La principale modifica del sistema pensionistico italiano (la già richiamata legge 335 del 1995), che ha introdotto il metodo di calcolo contributivo, pur avendo una forte incidenza sul futuro della spesa per pensioni e sugli equilibri finanziari del sistema, non ha invece finora prodotto effetti di rilievo sulla spesa totale. Ciò è dovuto alla sua entrata graduale a regime, con l'esclusione di coloro che alla fine del 1995 avevano già maturato diciotto anni di contribuzione. Tuttavia, dal momento che le persone che lavoravano da meno di diciotto anni stanno maturando dal 1996 una pensione "mista" (calcolo retributivo fino all'entrata in vigore della riforma e successivamente contributivo), si può prevedere che dalla metà del prossimo decennio il flusso dei pensionamenti sarà costituito per la quasi totalità da prestazioni calcolate a contributivo per oltre la metà della carriera lavorativa.

3.1.2 La previsione della spesa per pensioni nel medio periodo.

L'andamento previsto della spesa pensionistica nel decennio 2007-2016¹⁵ è rappresentato nella Tabella 1 dai tassi di variazione medi annui distinti per quinquennio. I valori sono espressi al netto

¹⁵ Le previsioni sono state effettuate con il modello della RGS, tenendo conto della revisione dei coefficienti di trasformazione.

dell'indicizzazione ai prezzi. Per permettere un confronto con gli andamenti degli ultimi anni, nella tabella sono anche riportati le variazioni medie rilevate nel periodo 2001-2006.

Le previsioni sono effettuate sulla base della normativa aggiornata. Pertanto, esse includono gli effetti delle misure introdotte dal “protocollo welfare” del 23 luglio 2007, che consistono nell'aumento delle pensioni basse (legge 3 agosto 2007, n.127)¹⁶, nella revisione dei coefficienti di trasformazione¹⁷ e nelle modifiche apportate al cosiddetto “scalone” (legge 24 dicembre 2007, n. 247), che hanno reso più graduale l'età di pensionamento rispetto all'innalzamento da 57 a 60 previsto dalla precedente normativa a partire dal gennaio 2008¹⁸.

Tabella 1 - Spesa pensionistica al netto dell'indicizzazione
(variazioni medie annue %)

Spesa al netto dell'indicizzazione	2001 - 2006	2007 - 2011	2012 - 2016
TOTALE	1,8	1,9	1,7
<i>di cui:</i>			
- Dipendenti privati	1,6	1,4	1,4
- Dipendenti pubblici	1,7	2,5	2,5
- Lavoratori autonomi	3,1	2,6	1,7

In base ai dati della tabella, nel prossimo decennio, la spesa pensionistica complessiva è prevista crescere, al netto dell'effetto dell'indicizzazione, ad un tasso dell'1,9%, nel primo quinquennio, e dell'1,7% nel secondo quinquennio. Tale incremento appare in linea con il tasso di variazione del periodo 2001-2006. Nel decennio di previsione, la dinamica della spesa pensionistica è influenzata dalla modificazione dei requisiti minimi di accesso al pensionamento anticipato e, parzialmente, anche dall'uscita delle prime generazioni di lavoratori assoggettati al regime misto, la cui pensione, come rilevato in precedenza, è in parte calcolata con il metodo contributivo.

L'adozione delle misure contenute nel protocollo determinano un lieve aumento della dinamica della spesa pensionistica che, nel primo quinquennio, è di circa 0,2 punti percentuali più elevata rispetto alle proiezioni basate sulla precedente normativa. Tale differenza risulta in parte riassorbita dalla minore dinamica del quinquennio successivo (1,7% contro 1,8%).

Se assumiamo che il deflatore del PIL sia prossimo all'indice dei prezzi al consumo, le proiezioni dei tassi di variazione riportate nella tabella possono essere interpretati come tassi di crescita reale dell'economia necessari a stabilizzare il rapporto tra spesa pensionistica e PIL. Tale risultato può essere quindi ottenuto a condizione che la crescita reale dell'economia per i prossimi dieci anni non scenda troppo al di sotto del 2% medio annuo.

L'analisi per comparto evidenzia dinamiche diverse. La spesa pensionistica per i dipendenti privati cresce ad un tasso, calcolato al netto dell'indicizzazione, che si attesta all'1,4% medio annuo. La spesa per i dipendenti pubblici presenta invece per tutto il periodo tassi di crescita superiori di oltre mezzo punto percentuale rispetto all'aggregato complessivo. Diversa la situazione dei lavoratori autonomi che hanno tassi di crescita più elevati nel primo quinquennio e inferiori nel secondo. Ciò è dovuto al fatto che, in base all'attuale normativa, i parametri di calcolo applicati nel sistema

¹⁶ Vedi il successivo paragrafo 3.3.2.

¹⁷ La revisione dei coefficienti viene fatta decorrere dal 2010, applicando per tale anno i coefficienti rideterminati sulla base del procedimento previsto dalla Legge 335/95.

¹⁸ La norma ha modificato i requisiti per l'accesso alla pensione di anzianità, sostituendo l'innalzamento immediato di tre anni con una combinazione di età anagrafica e durata contributiva da applicarsi gradualmente, come indicato nell'allegato 1 della legge.

retributivo ai lavoratori autonomi sono equivalenti ai quelli dei dipendenti, malgrado per i primi l'aliquota contributiva sia sensibilmente più bassa (20% contro 33%). Con l'applicazione del calcolo contributivo, la dinamica della spesa risulta più contenuta, poiché la contribuzione determina prestazioni correlate, ovvero ridotte in proporzione all'aliquota più bassa, almeno per la quota parte di pensione calcolata con il nuovo metodo.

3.1.3 La proiezione di lungo periodo della spesa per pensioni

Dall'andamento del rapporto tra spesa pensionistica e PIL nel lungo periodo¹⁹, si osserva che i cambiamenti del quadro demografico, unitamente agli effetti del graduale passaggio al nuovo regime contributivo, determinano un profilo prima ascendente e poi discendente. L'aumento di peso della spesa previdenziale dovrebbe raggiungere il suo livello massimo poco prima del 2040, attestandosi intorno al 15,3% del PIL. Successivamente, con l'uscita di scena del calcolo retributivo e la completa adozione del metodo contributivo, si dovrebbe determinare un progressivo miglioramento che a fine periodo riporterebbe la quota a valori molto prossimi a quelli di partenza. Gli andamenti che emergono dalla lettura del grafico dell'evoluzione della spesa pensionistica sul PIL (Figura 3), sono effetto della combinazione fra componenti demografiche, macroeconomiche e le riforme legislative degli ultimi anni. Sotto quest'ultimo profilo, due aspetti della nuova normativa appaiono particolarmente significativi: a) l'innalzamento dei requisiti minimi per l'accesso al pensionamento, con età minima di 62 anni con 35 anni di anzianità contributiva o 61 anni con 36 anni di anzianità contributiva; b) l'aggiornamento dei coefficienti di trasformazione del montante contributivo in rendita, che la legge ha fissato con cadenza triennale a partire dal 2010, in funzione dei cambiamenti nelle aspettative di vita.

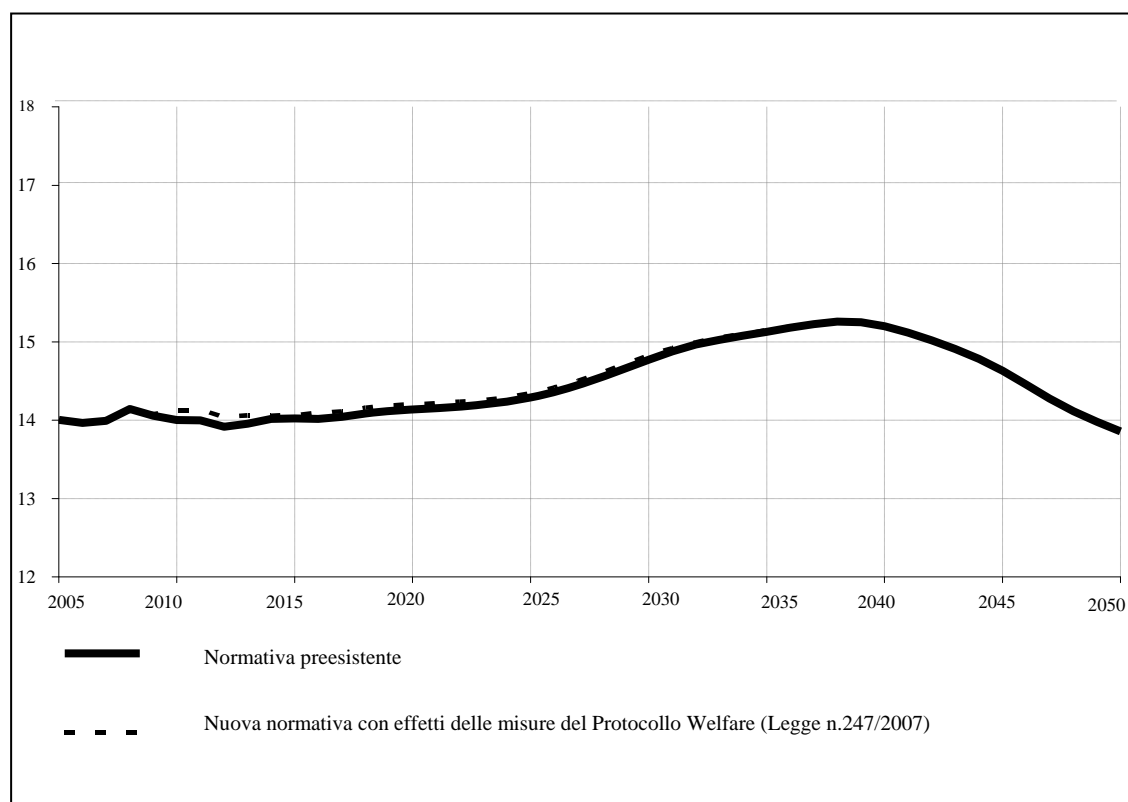
Analizzando i singoli periodi si nota che nel decennio che va dal 2007-2016 c'è una sostanziale stabilità del rapporto fra spesa pensionistica e PIL dovuta al graduale elevamento dei requisiti minimi di età per l'accesso al pensionamento anticipato che esercita un'azione di contenimento dei primi effetti espansivi indotti dalla transizione demografica. Diversamente, l'incremento degli importi di pensione, conseguente al posponimento della data di pensionamento, avrà un effetto finanziario che temporalmente si manifesterà in una fase successiva.

Nei ventidue anni successivi (2017-2038), il rapporto fra spesa pensionistica e PIL presenta una dinamica crescente. Tale andamento è dovuto alle modifiche del quadro demografico, che accelerano dopo il 2025, e ai conseguenti riflessi sull'occupazione. In questa fase, infatti, l'ulteriore incremento dei pensionati, dovuto all'uscita delle generazioni ad elevata numerosità nate negli anni del baby boom, si accompagna a una contemporanea riduzione del numero di occupati che si ripercuote negativamente sui tassi di crescita del PIL.

L'aumento del numero delle pensioni, in parte contrastato dagli effetti dell'elevazione dei requisiti minimi di accesso al pensionamento anticipato, prevista anche nei regimi misto e contributivo, dipende anche dal progressivo innalzamento della speranza di vita. Oltre ai fattori demografici, il tasso di incremento del numero di pensioni perde nel tempo l'effetto di contenimento prodotto dalla normativa più restrittiva sulle pensioni di invalidità, che tornano ad avere una dimensione fisiologica e quello dovuto all'innalzamento dei requisiti minimi di accesso al pensionamento che avevano operato nel periodo precedente. La diminuzione del numero di occupati nella seconda parte del periodo in esame è determinata dal forte calo della popolazione in età di lavoro che sopravanza l'effetto indotto dall'aumento dei tassi di occupazione.

¹⁹ I dati sono ricavati dalle proiezioni RGS (2008) elaborati con le ipotesi demografiche e macroeconomiche sottostanti lo scenario *baseline* concordato, a livello europeo, nell'ambito del gruppo di lavoro EPC-WGA.

Figura 3: Spesa per pensioni in % del PIL a normativa vigente (proiezione al 2050)



Fonte: RGS

Infine la curva raggiunge il valore massimo di circa 15,3% attorno al 2038 e si attesta al 13,9% nel 2050, dopo una fase di decrescita. Il miglioramento del rapporto nella parte finale del periodo di previsione è dovuto, come innanzi detto, al passaggio del regime misto a quello contributivo che sotto certe soglie di età anagrafica determina una contrazione degli importi di pensione rispetto ai livelli imponibili nel sistema retributivo. Altro fattore di rilievo va poi ricercato nella stabilizzazione del rapporto fra numero di pensioni e numero di occupati, la cui dinamica tende ad azzerarsi verso l'anno 2044, per poi flettere leggermente negli anni successivi.

3.2 La sostenibilità sociale

3.2.1 I tassi di sostituzione

Come più volte ricordato, il sistema previdenziale italiano, che in passato era essenzialmente caratterizzato dal finanziamento a ripartizione ed assenza di corrispondenza attuariale fra contributi versati e prestazioni erogate, attraverso le riforme previdenziali ha abbandonato l'impostazione tradizionale secondo cui la pensione è equiparata al salario ed ha introdotto il principio di piena corresponsività tra i contributi versati e la pensione percepita.

Il passaggio da un meccanismo di calcolo delle prestazioni basato sul metodo retributivo ad uno fondato sul metodo contributivo ha, tra le altre conseguenze, quella di ridurre le prestazioni rispetto ai livelli precedentemente erogati in presenza di carriere discontinue e con i requisiti per l'età di accesso più bassi. Ciò si verificherà in particolare con riferimento alle generazioni il cui futuro trattamento pensionistico prevede l'integrale applicazione del metodo contributivo, in un contesto in cui le aspettative di vita saranno in ulteriore aumento. Anche per effetto della revisione periodica dei coefficienti di trasformazione, nel medio e lungo periodo, si assisterà alla progressiva perdita di

valore delle pensioni rispetto alla retribuzione percepita da attivo, ponendo in evidenza la questione della “adeguatezza” delle prestazioni.

Obiettivo fondamentale, condiviso a livello europeo, è quello che ogni sistema pensionistico possa assicurare una fonte di reddito sufficiente a garantire a ciascun individuo il mantenimento del proprio standard di vita anche dopo il pensionamento. Il tasso di sostituzione, calcolato come rapporto fra la prima annualità di pensione e l’ultimo reddito annuo da lavoro, costituisce l’indicatore della misura in cui il sistema previdenziale permette all’individuo di far fronte al rischio di vecchiaia.

Diverse metodologie di calcolo dei tassi di sostituzione sono state sviluppate in ambito europeo e OCSE, con l’obiettivo di adottare una metodologia di calcolo per quanto più possibile comune a tutti i paesi aderenti. A livello nazionale, nel Rapporto della Ragioneria Generale dello Stato²⁰, è riportata la metodologia di calcolo dei tassi di sostituzione, in linea con quelle concordate a livello europeo nell’ambito dell’attività del Sottogruppo sugli indicatori, costituito presso il Comitato di Protezione Sociale (*Indicator Subgroup, Social Protection Committee*). La stessa metodologia è stata applicata ai fini della predisposizione del Rapporto Italiano di Strategia Nazionale sulle Pensioni (*National Strategy Report on Pensions*) previsto nell’ambito delle procedure europee sul “metodo aperto di coordinamento” in materia pensionistica.

Su queste basi, sono stati quindi analizzati i tassi di sostituzione del sistema pensionistico obbligatorio nell’intero periodo di previsione 2008-2050, calcolati al lordo e al netto del prelievo contributivo e fiscale, sulla base di diverse ipotesi di carriera lavorativa e di età al pensionamento. Successivamente, con le stesse ipotesi, tali tassi sono stati calcolati anche tenendo conto del contributo aggiuntivo al reddito derivante dalla previdenza complementare.

I tassi di sostituzione lordi nel sistema pensionistico obbligatorio sono stati calcolati tenendo conto dell’assetto normativo-istituzionale vigente e facendo riferimento ad una figura tipo, definita in funzione di variabili “discriminanti” quali, nel sistema di calcolo retributivo, la dinamica retributiva individuale (carriera) e l’anzianità contributiva.

Nel sistema di calcolo contributivo, sono stati aggiunti l’età al pensionamento, per via dei differenziali nella speranza di vita impliciti nei coefficienti di trasformazione²¹, e l’aliquota contributiva di computo utilizzata per l’accredito dei contributi utili alla formazione del montante. In particolare, le ipotesi di base per il calcolo dei tassi di sostituzione lordi, per il sistema obbligatorio, hanno preso in considerazione un individuo con requisiti di pensionamento pari a 63 anni di età e 35 anni di contribuzione.

Nel calcolo dei tassi di sostituzione è stato assunto, come ipotesi base, il quadro demografico e macroeconomico dello scenario nazionale base il quale ha recepito la previsione demografica Istat, nell’ipotesi centrale, ed una dinamica reale della produttività e del PIL corrispondenti, approssimativamente, ad un tasso medio annuo, rispettivamente, di 1,65% e 1,45%, nel periodo 2008-2050.

A parità di ogni altro requisito, sono state considerate due diverse figure tipo in rappresentanza dei lavoratori dipendenti privati e dei lavoratori autonomi, data la diversa aliquota di computo prevista per ciascuna categoria. La dinamica della retribuzione individuale è stata assunta pari, per gli anni antecedenti il 2008, ai tassi effettivi di variazione della produttività per occupato e, per l’intero periodo di previsione 2008-2050, al tasso di crescita medio annuo della produttività per occupato ipotizzata nello scenario di riferimento. Analogamente per il PIL, è stata assunta la dinamica effettiva, per il periodo storico, e, per gli anni successivi, la dinamica media annua del periodo di previsione.

²⁰ Cfr: RGS, “Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario”, Rapporto n. 9, dicembre 2007.

²¹ Sono state recepite le modifiche alle procedure di revisione dei coefficienti di trasformazione introdotte con la L. n. 247/2007.

Tabella 2. Tassi di sostituzione - previdenza obbligatoria

	2005	2010	2020	2030	2040	2050
LORDI						
Dipendenti privati - Ipotesi base	70,7	69,1	61,9	56,7	52,6	51,2
Lavoratori autonomi - Ipotesi base	69,0	68,7	45,2	35,1	31,9	31,1
NETTI						
Dipendenti privati – retrib. finale 100%	79,8	78,8	72,0	66,9	63,0	61,6
Lavoratori autonomi - retrib. finale 100%	87,5	89,6	63,8	52,6	49,1	48,2

Fonte: RGS, "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario", n. 9, dicembre 2007

Coerentemente con le ipotesi sopra esposte, la tabella 2 mostra l'evoluzione del tasso di sostituzione, nel passaggio dal sistema di calcolo retributivo al sistema misto ed a quello contributivo. Un lavoratore dipendente del settore privato che nel 2005 ha ottenuto una pensione pari al 70,7% dell'ultima retribuzione, a parità di requisiti contributivi, nel 2050, vedrà ridotta tale percentuale al 51,2%, principalmente per effetto della revisione triennale dei coefficienti di trasformazione.

Nel caso di un lavoratore autonomo, la riduzione dei tassi di sostituzione risulta essere assai più consistente, passando da 69% del 2005 a 31,1% del 2050, principalmente per via della più bassa aliquota di computo prevista nel sistema contributivo.

Al fine di valutare la variazione del reddito disponibile del lavoratore, nel passaggio dalla fase attiva a quella di quiescenza, le grandezze coinvolte nel calcolo sono state considerate al netto dell'effetto fiscale e contributivo. Si rileva che l'aliquota contributiva grava solo sul reddito da lavoro mentre l'imposta sul reddito delle persone fisiche, essendo progressiva, incide in misura percentuale crescente al crescere del reddito imponibile. Pertanto, per il calcolo dei tassi di sostituzione netti, la retribuzione finale si è ridotta in misura pari all'aliquota contributiva a carico del lavoratore e all'aliquota media dell'IRPEF corrispondente al reddito imponibile mentre, nel caso della pensione, il reddito imponibile ha coinciso con la rata lorda di pensione.

Nella tabella 2 sono riportati, inoltre, i tassi di sostituzione della previdenza obbligatoria, al netto degli effetti fiscali e contributivi, relativi all'ipotesi in cui la retribuzione finale sia il 100% della retribuzione di riferimento. In particolare, un lavoratore dipendente del settore privato che, nel 2005, ha ottenuto una pensione pari al 79,8% dell'ultima retribuzione, a parità di requisiti contributivi, nel 2050, vedrà ridotta tale percentuale al 61,6%,

Le differenze nei tassi di sostituzione dei lavoratori dipendenti ed autonomi sono risultate notevolmente diverse se calcolate al netto piuttosto che sui valori lordi. Ciò è dovuto sia al diverso livello dell'aliquota contributiva a carico del lavoratore, di cui è ammessa la piena deducibilità dal reddito imponibile, sia alla progressività dell'imposta, la cui incidenza media cresce all'aumentare del reddito imponibile. Nel 2005, per i lavoratori autonomi senza coniuge a carico, i tassi di sostituzione netti, relativi all'ipotesi in cui la retribuzione finale sia il 100% di quella di riferimento, sono stati pari all'87,5% dell'ultima retribuzione ma, nel 2050, tale percentuale si ridurrà al 48,2%.

Al fine di assicurare più elevati livelli di copertura previdenziale, la pensione complementare di secondo pilastro ha la funzione di concorrere, insieme alla componente di base, alla formazione di un reddito adeguato in età anziana, permettendo una maggiore salvaguardia del tenore di vita raggiunto nelle età immediatamente precedenti il pensionamento.

Tabella 3. Tassi di sostituzione - previdenza obbligatoria e complementare

	2005	2010	2020	2030	2040	2050
LORDI						
Dipendenti privati - Ipotesi base	70,7	70,1	66,3	64,4	63,8	63,1
Lavoratori autonomi - retrib. finale 100%	69,0	69,7	49,5	42,8	43,1	42,9
NETTI						
Dipendenti privati - retrib. finale 100%	79,8	80,0	77,5	77,1	77,8	77,4
Lavoratori autonomi - retrib. finale 100%	87,5	98,6	76,0	69,6	71,6	71,7

Fonte: RGS, "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario", n. 9, dicembre 2007

I tassi di sostituzione che ci si attende possano derivare con l'apporto della previdenza complementare sono indicati in tabella 3. Come si può rilevare, l'introduzione della componente complementare attenua in misura sensibile la riduzione dei tassi di sostituzione. Nel 2050, il tasso di sostituzione lordo per i dipendenti privati nel sistema previdenziale obbligatorio da 51,2% passerà a 63,1% considerando l'apporto della previdenza complementare. Per i lavoratori autonomi, nell'ipotesi di un reddito finale pari al 100% della retribuzione di riferimento, il tasso di sostituzione lordo passerà da 31,1%, se riferito alla sola pensione obbligatoria, a 42,9% se comprensivo degli effetti della previdenza complementare.

Un effetto analogo si è prodotto anche sui tassi di sostituzione netti. Difatti, nel 2050, i dipendenti privati raggiungeranno un valore del suddetto tasso pari al 77,4%, rispetto al 61,6% che tiene conto della sola previdenza obbligatoria. Per i lavoratori autonomi i corrispondenti valori saranno pari a 71,7%, se si comprende anche l'apporto della previdenza complementare, e a 48,2%, considerando solo la previdenza obbligatoria.

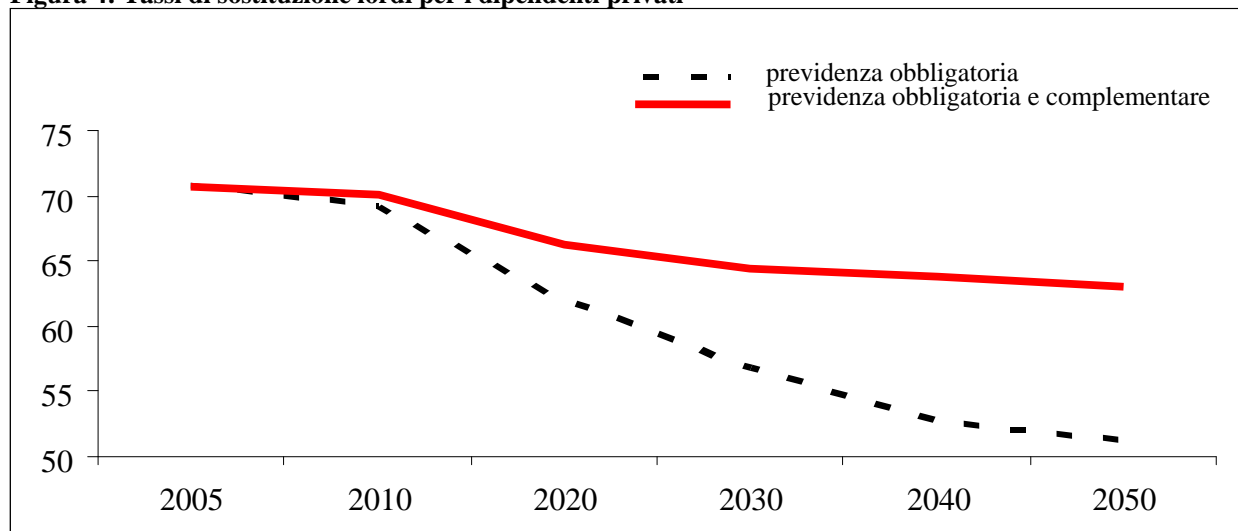
Figura 4: Tassi di sostituzione lordi per i dipendenti privati

Figura 5: Tassi di sostituzione lordi per i lavoratori autonomi

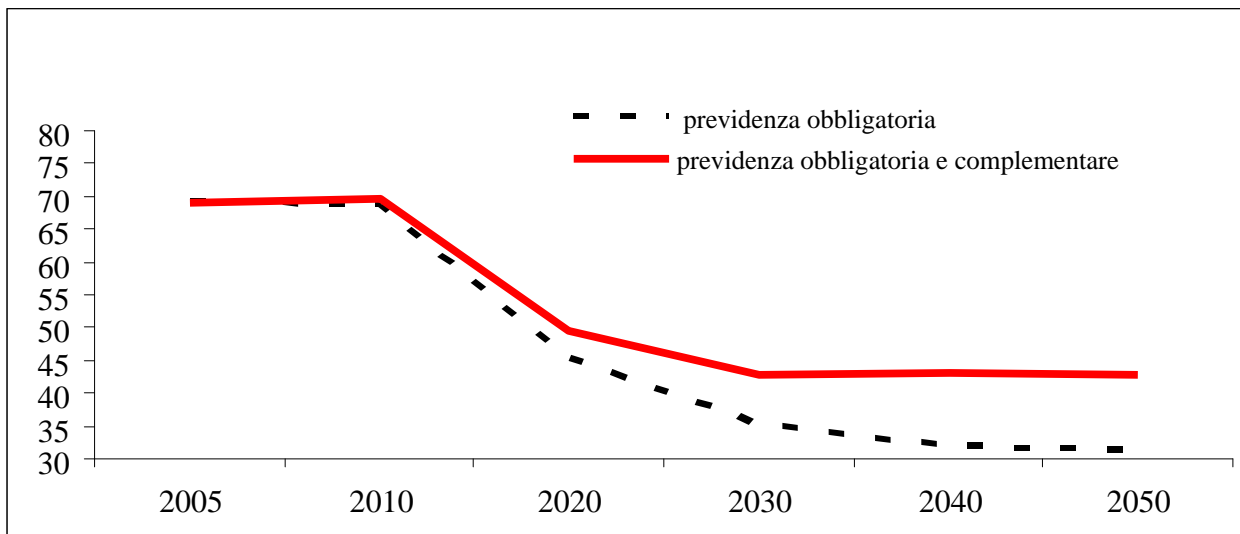


Figura 6: Tassi di sostituzione netti per i dipendenti privati

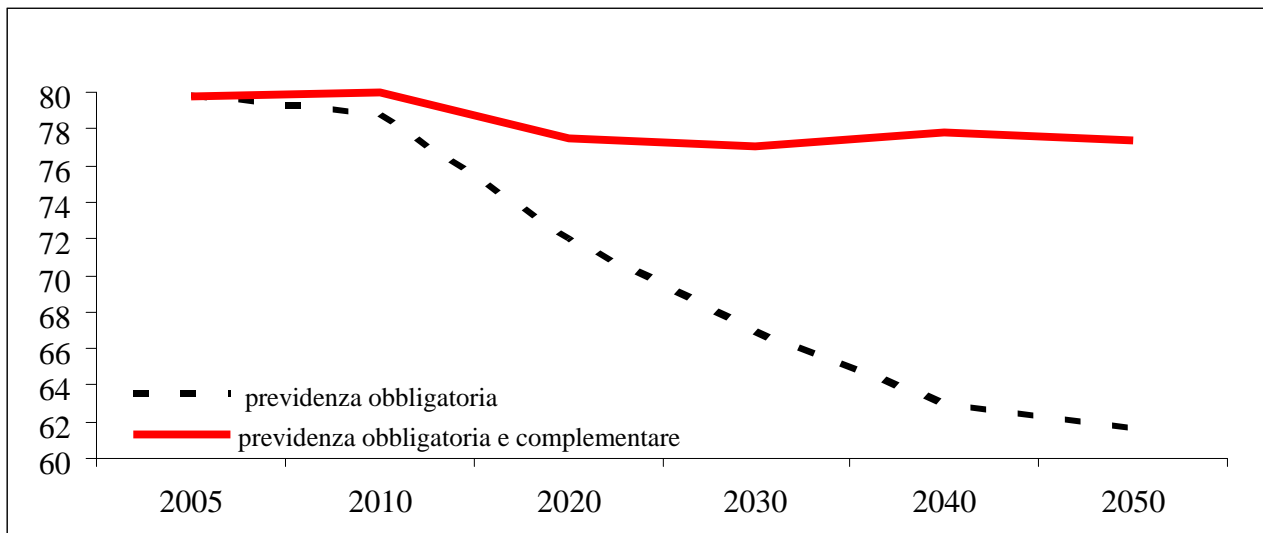
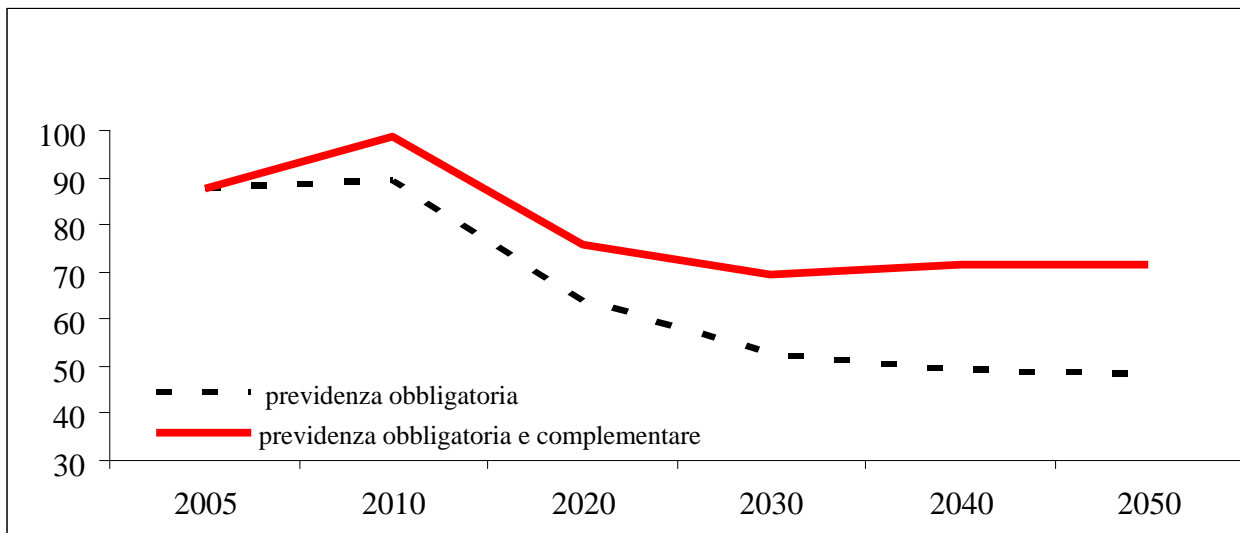


Figura 7: Tassi di sostituzione netti per i lavoratori autonomi



3.2.2 Il rafforzamento del secondo pilastro - La definizione dell'assetto strutturale della previdenza complementare

Dalla prima metà degli anni novanta, con l'avvio del processo di riforma, nella strategia nazionale in materia di pensioni è stato assegnato un ruolo importante allo sviluppo della previdenza complementare, con l'obiettivo principale di contribuire all'adeguatezza delle prestazioni. Come evidenziato nelle tabelle relative ai tassi di sostituzione, una contribuzione aggiuntiva, basata sulle aliquote corrispondenti alle attuali possibili fonti di finanziamento, versata lungo l'intero arco della vita lavorativa, può infatti contribuire ad integrare la rendita pensionistica di una percentuale compresa tra il 15 e il 20 per cento dell'ultima retribuzione.

Nel 1992, la riforma "Amato", nell'intervenire sulle pensioni di base, ha delegato il governo a definire una normativa completa sui fondi di pensione complementare. Il decreto legislativo n. 124 del 1993, conseguente alla delega, ha delineato per la prima volta nel nostro paese una disciplina organica per il secondo pilastro. Tale normativa è stata successivamente oggetto di altri interventi che hanno introdotto incentivi fiscali ed una più ampia gamma di strumenti come le nuove polizze individuali. Da ultimo, la disciplina delle pensioni complementari è stata ulteriormente ridefinita da un decreto legislativo del 2005 (n. 252/2005) che ha previsto un sostanziale allargamento delle fonti di finanziamento ed ulteriori più consistenti incentivi di carattere fiscale.

Facendo riferimento agli obiettivi comuni fissati in ambito europeo con il metodo aperto di coordinamento in materia di pensioni, il ruolo della previdenza complementare nella strategia nazionale non può intendersi indirizzato solo all'adeguatezza delle prestazioni. Lo sviluppo della previdenza complementare ha, infatti, anche l'obiettivo di rafforzare la sostenibilità finanziaria del sistema pensionistico, creando maggiore solidità tramite una struttura basata su più pilastri. In tal modo si persegue una diversificazione del rischio complessivo, cercando di sfruttare la non piena correlazione tra i fattori di rischio che, in un'ottica di portafoglio, distinguono il pilastro di base rispetto ai fondi di previdenza complementare.

La sostenibilità finanziaria del sistema pensionistico nazionale risulta rafforzata anche dalla scelta di basare il comparto complementare sul regime della contribuzione definita, che è caratterizzato dalla stretta correlazione tra contributi e prestazioni, da un intrinseco equilibrio finanziario, nonché da regole di determinazione delle prestazioni eque in senso attuariale.

Il sistema della previdenza complementare è stato inoltre impostato ponendo una grande attenzione alla trasparenza. Ciò è conseguenza diretta della scelta di utilizzare il regime della contribuzione definita, che in linea di principio, pone il rischio dell'investimento a carico degli aderenti, e che quindi richiede che questi ultimi siano adeguatamente informati per poter effettuare scelte consapevoli riguardo al proprio piano previdenziale, in particolare in merito al profilo di rischio degli investimenti. Un elevato grado di trasparenza è richiesto anche in ragione del numero e delle diverse tipologie di piani previdenziali che operano nel sistema, in regime di reciproca concorrenza.

3.2.3 Il nuovo impulso alle adesioni: il conferimento automatico del TFR

Con una serie di interventi mirati, l'Italia si è dotata negli ultimi anni di un sistema di previdenza complementare moderno ed efficiente, capace in prospettiva di contribuire all'adeguatezza delle condizioni di vita degli anziani con pensioni aggiuntive di un certo peso, finanziariamente sostenibili e trasparenti. In linea con queste finalità, il sistema vede un significativo coinvolgimento dei rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro nella definizione del sistema, nella governance e nel monitoraggio. Lo stesso sistema di vigilanza è stato progressivamente messo a punto, fino a raggiungere un assetto complessivamente coerente ed efficace.

Tuttavia, la diffusione delle adesioni tra i lavoratori è restata insufficiente anche dopo i numerosi interventi di riforma e, come si vede dai dati più avanti riportati, i risultati non possono dirsi soddisfacenti anche dopo l'attuazione nel 2007 di un nuovo intervento sul cui esito positivo vi erano

molte aspettative, ovvero il conferimento automatico ai fondi pensione del trattamento di fine rapporto (TFR) dei lavoratori dipendenti del settore privato.

Come descritto in precedenti rapporti di strategia nazionale, la disciplina del TFR dettata dal codice civile prevede che il 6,91% della retribuzione dei lavoratori dipendenti del settore privato sia accantonata dal datore di lavoro. A tali somme viene riconosciuto un tasso di rivalutazione di 1,5 punti percentuali, più i 3/4 del tasso di inflazione annualmente registrato. La somma accumulata viene versata al lavoratore alla fine del rapporto di lavoro ovvero, su richiesta e nel rispetto di determinati vincoli, in particolari situazioni quali l'acquisto della prima casa o l'esigenza di cure mediche straordinarie. Tradizionalmente, quindi, il TFR ha avuto una finalità più vicina a quella degli ammortizzatori sociali, per fare fronte a periodi di disoccupazione o a spese straordinarie, e non è mai stato considerato uno strumento di natura previdenziale, essendo inoltre corrisposto al lavoratore indipendentemente dal raggiungimento dell'età pensionabile.

L'intervento, posto in essere dapprima con un decreto legislativo del 2005 (n.252), poi modificato dal successivo governo che ne ha anticipato l'avvio al primo gennaio del 2007, ha disposto il conferimento automatico dei flussi futuri di TFR ai fondi pensione, salvo il caso in cui un lavoratore non manifestasse un dissenso esplicito che, per i lavoratori già in servizio, doveva essere reso palese entro sei mesi dall'entrata in vigore della nuova normativa (cioè entro il primo semestre del 2007), mentre per i nuovi assunti entro sei mesi dalla data di assunzione.

Per completare il quadro della nuova normativa, va aggiunto che, nel caso in cui il lavoratore decidesse di mantenere in vita il TFR anziché trasferirlo alla previdenza complementare, le somme accantonate dalle imprese aventi una dimensione di almeno 50 addetti non restano più a disposizione dell'impresa stessa ma devono essere versati in un apposito conto di Tesoreria presso l'INPS. Con questa decisione, il legislatore ha inteso evitare che le imprese potessero esercitare una pressione verso i lavoratori per mantenere una fonte di finanziamento a costo relativamente basso, a scapito però di una importante leva per lo sviluppo della previdenza complementare. A seguito di questa decisione, il TFR mantiene dunque la sua funzione di autofinanziamento solo per le imprese di minori dimensioni (al di sotto dei 50 addetti).

3.2.4 L'analisi della diffusione delle adesioni ad esito degli interventi compiuti

In base ai dati raccolti dalla COVIP, nell'anno 2007, a seguito della spinta generata dal provvedimento riguardante il TFR, le adesioni totali alla previdenza complementare hanno superato i 4,5 milioni di unità, con un incremento del 43,4% rispetto all'anno precedente. I lavoratori dipendenti del settore privato iscritti a forme pensionistiche complementari, principali destinatari degli interventi, hanno raggiunto i 3,4 milioni, con un incremento di oltre 1,2 milioni di unità. I fondi pensione negoziali di nuova istituzione – come si è detto i principali attori del sistema - hanno raggiunto due milioni di iscritti, con un incremento del 63,1% rispetto all'anno precedente.

Si tratta di risultati significativi, tenuto anche conto di un contesto sfavorevole segnato dall'andamento negativo dei mercati finanziari, rispetto al quale risulta certamente particolarmente appetibile la rivalutazione contenuta ma certa assicurata dal TFR.

Tuttavia, in rapporto al totale dei soggetti potenzialmente interessati (gli occupati totali sono attualmente pari a circa 23 milioni, i lavoratori dipendenti del settore privato direttamente interessati dalla riforma del TFR sono stimabili in 12,2 milioni), i risultati non possono dirsi ancora soddisfacenti. Preoccupazione deve poi esprimersi se si approfondisce l'analisi delle adesioni, ponendo l'attenzione sulla loro composizione per fasce di età, per genere, per area geografica, per dimensione media dell'impresa. Rispetto a tutte queste variabili, emerge una diffusione maggiore della previdenza complementare nelle fasce di lavoratori "più forti", presumibilmente gli stessi che beneficiano di sentieri di occupazione più stabili, di retribuzioni migliori e, conseguentemente, anche di prestazioni previdenziali di base più elevate.

In particolare, alla fine del 2007 si osserva che la percentuale di lavoratori dipendenti del settore privato aderenti alla previdenza complementare con meno di 35 anni di età è pari al 25%: in forte

miglioramento rispetto all'anno precedente (17%) ma tuttavia ancora molto al di sotto della percentuale delle stesse classi di età sul totale dei lavoratori considerati (39%).

Rispetto al genere, tra i lavoratori dipendenti privati i maschi iscritti a forme di previdenza complementare sono pari al 70% del totale degli iscritti, a fronte del 30% delle donne. La corrispondente ripartizione per genere del totale dei lavoratori considerati registra una percentuale femminile più elevata di dieci punti percentuali.

Con riferimento all'area geografica, gli iscritti lavoratori dipendenti privati residenti nelle aree del nord del paese sono pari al 63,4% del totale degli iscritti, mentre rispetto al totale dei lavoratori considerati i residenti al nord sono il 56,8%. Solo il 15% del totale degli iscritti alle forme pensionistiche complementari risiede al sud e nelle isole, mentre l'analoga percentuale riferita al totale dei corrispondenti lavoratori è pari al 23,1%.

Riguardo infine alla dimensione dell'impresa, dalle stime effettuate dalla COVIP ripartendo per dimensione aziendale il bacino dei potenziali aderenti dei singoli fondi, risulta che per gli occupati delle imprese con meno di 50 addetti il tasso di adesione risulta pari a non più del 12%, rispetto al 42% riferito ai dipendenti di imprese con meno di 50 addetti.

E' poi particolarmente interessante esaminare i dati stimati a livello di singolo fondo. Viene confermata una chiara correlazione positiva tra la dimensione aziendale che caratterizza il bacino di ciascun fondo e il tasso di adesione. Va da sé che la dimensione aziendale si accompagna, *coeteris paribus*, a una maggiore efficacia della comunicazione aziendale e della presenza sindacale, come pure, presumibilmente, a una migliore circolazione delle informazioni tra gli stessi lavoratori.

Tabella 4. Pensioni complementari.

Distribuzione percentuale dei lavoratori dipendenti del settore privato iscritti, per classi di età e per sesso.

Classi di età	2006		Totale	2007		Totale
	Maschi	Femmine		Maschi	Femmine	
15-24 anni	0,8	0,9	0,8	3,1	3,0	3,0
25-34 anni	14,8	20,7	16,5	20,1	26,1	22,0
35-44 anni	34,4	39,0	35,8	34,3	37,7	35,4
45-54 anni	37,7	33,0	36,3	32,3	27,7	30,8
55-64 anni	12,1	6,3	10,4	10,0	5,4	8,5
65 anni e	0,2	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Per sesso	70,4	29,6	100,0	67,4	32,6	100,0

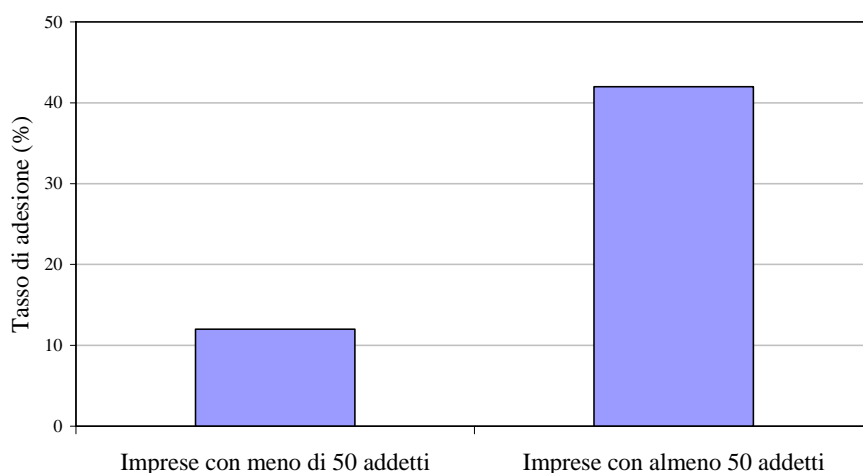
Tabella 5. Pensioni complementari.

Distribuzione % per area geografica dei lavoratori dipendenti del settore privato iscritti e degli occupati totali.

Area geografica	2007	
	Iscritti	Occupati
Nord occidentale	37,1	33,1
Nord orientale	26,3	23,7
Centro	21,7	20,1
Meridionale e Insulare	15,0	23,1
Totale	100,0	100,0

Figura 8: Fondi pensione negoziali destinati ai lavoratori dipendenti del settore privato. ⁽¹⁾

Tasso di adesione per classe dimensionale delle aziende.



(1) Sono esclusi i fondi autorizzati all'esercizio nel corso del 2007 e le estensioni dei bacini derivanti dai nuovi contratti collettivi stipulati nell'ultima parte del 2007.

In sintesi, dall'analisi della situazione in essere nel settore della previdenza complementare emerge che risultati notevoli sono stati conseguiti per quanto concerne la definizione della struttura del sistema, nonché la sua capacità di offrire pensioni integrative adeguate in un contesto di sostenibilità finanziaria e di complessiva solidità operativa, di *governance* e dei sistemi di vigilanza e di controllo. Passi ulteriori sono invece da compiere in rapporto alla diffusione della previdenza complementare, soprattutto per quanto riguarda l'adesione delle fasce più deboli. Questo si presenta come uno dei principali obiettivi da perseguire in materia di previdenza complementare che, come indicato in un documento di recente pubblicazione del Ministero del Lavoro (*“Libro Verde sul futuro del modello sociale”*), potrebbe ricevere impulso da iniziative che prevedano un maggiore coinvolgimento dei corpi sociali intermedi e un ruolo più attivo delle forme di mutualità nella dimensione territoriale.

3.3 Misure dirette all'adeguatezza delle prestazioni previdenziali

3.3.1 Sostegni alle pensioni basse e informazione ai cittadini

Come si è visto nelle parti precedenti, se da un lato il sistema di calcolo contributivo garantisce la sostenibilità finanziaria del sistema pensionistico nel medio e lungo termine, dall'altro, lascia aperte alcune questioni riguardo l'adeguatezza delle prestazioni previdenziali erogate. Per attenuare il rischio di redditi inadeguati in età avanzata, oltre all'auspicato maggiore sviluppo del secondo pilastro, sono ipotizzabili due “correzioni”. La prima è l'adozione di un sistema che preveda la cosiddetta “pensione minima” che, all'atto del ritiro, garantisca una base di reddito a cui sommare una prestazione a calcolo, maturata attraverso la contribuzione. L'altra ipotesi consiste nella possibilità di accumulare crediti previdenziali in forme diverse durante l'intero arco della vita previdenziale. La seconda alternativa è quella attualmente seguita nel nostro ordinamento, poiché oltre a essere meno subordinata a possibili mutamenti degli indirizzi politici, permette agli assicurati di acquisire un diritto soggettivo inalienabile. Al fine di concretizzare quest'ultimo obiettivo, sono stati approntati diversi strumenti, che consentono al lavoratore di recuperare contributi previdenziali che altrimenti non si realizzerebbero o andrebbero persi, quali il riconoscimento di contributi

figurativi, il riscatto contributivo, la totalizzazione, la ricongiunzione di periodi di contribuzione a diversi enti di previdenza, la possibilità di cumulare reddito da pensione e reddito da attività lavorativa.

Occorre, inoltre, precisare che, con la piena operatività del sistema contributivo, alcuni degli strumenti adottati saranno superati dal cosiddetto “conto pensionistico”, dove saranno accreditati al lavoratore tutti i contributi a prescindere dall’ente previdenziale destinatario degli stessi, e dalla durata del rapporto di lavoro. Questo passaggio sarà preceduto da un’altra realizzazione che ha già raggiunto un buono stadio di avanzamento.

Con la legge 23 agosto 2004 n. 243, è stato infatti istituito il “Casellario centrale delle posizioni previdenziali attive”, ossia una banca dati estesa, finalizzata alla massima trasparenza informativa del sistema pensionistico pubblico e privato. Le finalità del Casellario²² prevedono in linea generale compiti di raccolta, conservazione e gestione dei dati e di altre informazioni concernenti i lavoratori iscritti a Enti e Casse che gestiscono forme di previdenza obbligatoria. L’obiettivo complessivo è quello di costituire l’anagrafe generale delle posizioni assicurative, condivisa tra tutte le amministrazioni dello Stato e tutti gli Enti conferenti, che consentirà al cittadino di ricevere un documento unico, detto “Estratto conto integrato”, mediante il quale potrà procedere più agevolmente al calcolo della propria pensione attesa perché in esso sono riportati tutti i periodi assicurati durante tutta la sua attività lavorativa, sia da lavoratore dipendente sia da libero professionista.

Il provvedimento istitutivo ha anche stabilito che al fine di monitorare lo stato dell’occupazione e di verificare il regolare assolvimento degli obblighi contributivi, il Casellario provveda a raccogliere e ad organizzare in appositi archivi:

- i dati delle denunce nominative degli assicurati relative ad assunzioni, variazioni e cessazioni di rapporto di lavoro;
- le informazioni trasmesse dal Ministero dell’Interno relative ai permessi di soggiorno rilasciati ai cittadini extracomunitari;
- le informazioni riguardanti le minorazioni o le malattie invalidanti, trasmesse da istituzioni, pubbliche o private, che accertino uno stato d’invalidità o di disabilità o che erogino trattamenti pensionistici od assegni continuativi al medesimo titolo.

Il Casellario ha inoltre il compito di tenere costantemente aggiornati e di elaborare i dati in proprio possesso per metterli a disposizione in basi informative utili per previsioni e valutazioni sulle iniziative normative in materia previdenziale e per fornirli, opportunamente aggregati, agli Enti conferenti e alle altre amministrazioni autorizzate.

3.3.2 Prestazioni previdenziali

L’integrazione al trattamento minimo

Il trattamento minimo è un’integrazione che lo Stato, tramite l’Inps, corrisponde al pensionato quando la pensione che deriva dal calcolo dei contributi è di importo inferiore a quello che viene considerato il “minimo vitale”, la cui cifra viene stabilita, di anno in anno, dalla legge.

Per l’anno 2008 l’importo del trattamento lordo minimo di pensione è pari a €443,12 per tredici mensilità (€5.760,56 annui), mentre nel caso di reddito cumulato con quello del coniuge è pari a €17.281,68.

Per le pensioni con decorrenza dal 1° gennaio 2008, l’integrazione spetta:

- alle persone non coniugate oppure legalmente ed effettivamente separate che posseggano redditi propri, assoggettabili all’Irpef, per un importo inferiore a €11.521,12 annui (pari al doppio dell’importo annuo della pensione minima Inps);

²² Per approfondimenti: Casellario centrale delle posizioni previdenziali attive – Relazione sulle attività svolte - 1° Rapporto – luglio 2008 – Nucleo di valutazione della spesa previdenziale.

- alle persone coniugate e non legalmente ed effettivamente separate che posseggano redditi propri per un importo non superiore a €11.521,12 annui, oppure redditi cumulati con quelli del coniuge per un importo non superiore a €23.042,24 annui (pari a quattro volte l'importo annuo della pensione minima Inps).

Per ottenere l'integrazione al minimo non si devono superare entrambi i limiti di reddito (personale e cumulato). Nei casi intermedi si ha diritto all'integrazione ridotta.

Non concorrono alla formazione del reddito: i redditi esenti da IRPEF (pensioni di guerra, rendite INAIL, ecc.); i trattamenti di fine rapporto e le relative anticipazioni; il reddito della casa di proprietà in cui si abita; gli arretrati sottoposti a tassazione separata; l'importo della pensione da integrare al minimo.

In particolare, la legge n. 335 del 1995 esclude che si applichi ancora, nel caso di pensione contributiva, il beneficio dell'integrazione al trattamento minimo. Chi ha iniziato a lavorare per la prima volta dopo il 31 dicembre 1995 non può più avere la pensione al minimo poiché la rendita è rapportata ai contributi versati, senza alcuna integrazione.

La maggiorazione sociale delle pensioni minime

L'articolo 1 della legge 544/1988 ha introdotto l'istituto della maggiorazione sociale dei trattamenti pensionistici previdenziali a favore dei soggetti ultrasessantacinquenni che si trovano in condizioni reddituali particolarmente disagiate.

Tale istituto è stato rivisto negli anni successivi e, in particolare, l'art. 38 della legge 448/2001 (legge finanziaria 2002) ha stabilito, a decorrere dal 1° gennaio 2002, un incremento della maggiorazione sociale che garantisca ai beneficiari un importo di pensione pari a €516,46 al mese (1.000.000 lire) per tredici mensilità, annualmente rivalutato. Per l'anno corrente, la maggiorazione è stata rivalutata con un provvedimento del 2007 riguardante l'integrazione delle pensioni basse ed è ora pari a €580,00 e può spettare: ai titolari di pensione a carico dell'A.G.O. dei lavoratori dipendenti e dei lavoratori autonomi; ai titolari di pensione sociale; ai titolari di assegno sociale; ai titolari di prestazioni assistenziali (invalidi civili, ciechi civili, sordomuti); ai titolari di pensione della gestione speciale per i lavoratori delle miniere, cave, torbiere; ai titolari dei fondi pensione esclusivi e sostitutivi dell'assicurazione generale obbligatoria.

Per ottenere questo incremento, i titolari di pensione devono avere un'età di almeno 70 anni che può essere ridotta, fino a 65 anni, nella misura di un anno di età ogni cinque anni di contribuzione. Si può ottenere la riduzione di un anno anche se si è in possesso di un periodo di contribuzione inferiore a 5 anni ma non inferiore a due anni e mezzo.

La maggiorazione viene concessa se il pensionato non supera certi limiti di reddito. In particolare, per l'anno 2008, se non è coniugato il suo reddito personale deve essere inferiore a €7.540 annui, mentre se è coniugato, i redditi personali vanno cumulati con quelli del coniuge e l'importo complessivo deve essere comunque inferiore a €12.682,67 annui. I redditi presi in considerazione non sono solo quelli previsti nel caso dell'integrazione al minimo, ma tutti i redditi (mobiliari, derivanti da altre prestazioni assistenziali, ecc.) con esclusione del reddito della casa di abitazione.

Assegno integrativo della tredicesima mensilità

L'art. 70, della legge 388/2000 prevede per i titolari di una o più pensioni, il cui importo complessivo annuo non superi l'importo del trattamento minimo di pensione, il diritto al pagamento di un importo aggiuntivo di €154,94, da corrispondere a dicembre con la tredicesima mensilità o, comunque, con l'ultima mensilità di pensione corrisposta. Per avere diritto al pagamento dell'importo aggiuntivo in misura intera, è necessario che: 1) l'importo complessivo annuo delle pensioni non superi il trattamento minimo che, per il 2008, è di €5.915,50 (nel caso in cui sia compreso tra €5.915,50 e €6.070,44 annui, l'importo aggiuntivo verrà corrisposto in misura ridotta, fino ad arrivare a questo ultimo importo); 2) il pensionato non coniugato abbia un reddito, assoggettabile all'Irpef, non superiore a una volta e mezza il trattamento minimo annuo che, per il

2008, è pari a €8.640,84; 3) il pensionato coniugato abbia un reddito personale non superiore a € 8.640,84 annui e che il reddito complessivo dei due coniugi non superi il triplo dell'importo annuo del trattamento minimo che, nel 2008, è di €17.281,68.

I redditi da prendere in considerazione sono quelli previsti per il trattamento minimo.

Pagamento di una somma aggiuntiva (la quattordicesima)

La legge 127/2007 ha previsto un sostegno ai titolari di pensioni basse che ricevono, una volta l'anno, insieme alla pensione, una somma aggiuntiva non tassata, la cosiddetta quattordicesima.

In base alla norma, i pensionati di età pari o superiore ai 64 anni e percettori di redditi non superiori a 1,5 volte il trattamento minimo (€8.640,84 annui nel 2008) ricevono una prestazione aggiuntiva pari a € 420 nel 2008, ridotta o aumentata del 20% per anzianità contributive rispettivamente inferiori a 15 anni o superiori a 25 (18 e 28 per i lavoratori autonomi).

Dai redditi sono esclusi quelli derivanti da assegni per nucleo familiare/assegni familiari e da indennità di accompagnamento; il reddito da casa di abitazione; il TFR e le competenze arretrate sottoposte a tassazione separata.

Per le pensioni ai superstiti, la somma aggiuntiva sarà calcolata con gli stessi criteri di anzianità contributiva, applicando però le riduzioni di reversibilità. Nel caso in cui il reddito personale sia di poco superiore al limite stabilito, la somma aggiuntiva sarà proporzionalmente ridotta.

3.3.3 Prestazioni assistenziali

L'assegno sociale

L'assegno sociale, introdotto con la legge di riforma n. 335/1995, trova applicazione con riferimento alle nuove liquidazioni dal 1996, ed è una prestazione assistenziale non reversibile erogata dall'INPS ai cittadini italiani che hanno compiuto 65 anni di età, residenti sul territorio nazionale e sprovvisti di reddito, ovvero in condizioni particolarmente disagiate.

Per l'anno 2008 l'importo mensile dell'assegno sociale è di €395,59 per tredici mensilità e pertanto i limiti di reddito sono di €5.142,67 se il richiedente non è coniugato, e di €10.285,34 annui (cioè il doppio dell'assegno sociale) se il richiedente è coniugato.

Se chi fa domanda non ha alcun reddito personale né insieme all'eventuale coniuge, percepisce l'assegno sociale in misura intera. Se, invece, i suoi redditi, quelli dell'eventuale coniuge oppure la somma di entrambi superano i limiti di legge, l'assegno sociale viene negato. Qualora i redditi risultino inferiori ai suddetti limiti, l'assegno viene erogato in misura ridotta. In questo caso, sarà pagato un importo annuo pari alla differenza tra l'importo intero annuale dell'assegno sociale corrente e l'ammontare del reddito annuale.

La pensione sociale

Dal 1° gennaio 1996, l'assegno sociale ha sostituito la pensione sociale, che continua a spettare a tutti coloro che ne hanno maturato i requisiti con domanda presentata entro il 1995. Per l'anno 2008 l'importo mensile della pensione sociale è di €326,02 per tredici mensilità (€4.238,26 annui).

Se chi percepisce la pensione sociale non è coniugato e non ha alcun reddito personale, ha diritto all'importo intero della pensione sociale. Se il suo reddito personale supera €4.238,26, la pensione sociale non spetta, mentre se non supera questo limite, l'importo viene ridotto ed è pari alla differenza tra l'importo annuale corrente della pensione e l'ammontare del reddito personale del titolare.

Se chi percepisce la pensione sociale è coniugato e il reddito complessivo dei coniugi non supera €10.365,50 annui, la pensione viene erogata in misura intera. Se il reddito complessivo dei coniugi supera €14.603,76 l'anno, la pensione sociale non spetta, mentre se l'ammontare del reddito complessivo dei coniugi è compreso tra i suddetti limiti, l'importo viene ridotto, ed è pari alla differenza tra il limite di reddito stabilito dalla legge e l'ammontare del reddito complessivo dei coniugi.

Se il richiedente ha redditi propri superiori al limite individuale, la pensione sociale non spetta anche se, sommando il reddito personale con quello del coniuge, il reddito complessivo non supera i limiti di reddito stabiliti dalla legge per i coniugi.

3.3.4 L'accredimento dei contributi figurativi

Lo strumento dell'accredimento dei contributi figurativi, già presente nel nostro ordinamento, consente al lavoratore, nei periodi in cui esso non può svolgere la normale attività lavorativa, un accredimento virtuale dei contributi da parte dello Stato, che gli garantisce la copertura assicurativa per il diritto alla pensione, anche per i periodi durante i quali non c'è stata attività di lavoro e di conseguenza non c'è stato il versamento dei contributi obbligatori.

La peculiarità dell'accredimento dei contributi figurativi è la totale assenza di oneri contributivi in capo al lavoratore, e tale caratteristica distingue i contributi figurativi da quelli per riscatto.

I contributi figurativi sono utili sia per raggiungere il diritto alla pensione sia per aumentarne l'importo. I periodi per i quali è previsto l'accredimento figurativo sono il servizio militare; la gravidanza e il puerperio; la disoccupazione; la malattia ed infortunio; la cassa integrazione guadagni; la mobilità; l'aspettativa per cariche pubbliche o sindacale; la donazione di sangue; la persecuzione politica e razziale²³; la tubercolosi; le calamità naturali.

L'accredimento, come anzidetto, è un efficace strumento per la realizzazione della sostenibilità sociale di un sistema previdenziale in quanto consente, da un lato, un più celere raggiungimento dei requisiti per il pensionamento e, dall'altro, un aumento dell'importo della pensione spettante.

3.3.5 Il riscatto

Il riscatto rappresenta la valutazione di periodi o servizi non coperti da contribuzione in modo che siano conteggiabili per la pensione o per i trattamenti di fine servizio o per il trattamento di fine rapporto. Possono chiedere il riscatto tutti i lavoratori dipendenti; nel caso di lavoratore deceduto, possono richiederlo i superstiti che hanno diritto alla pensione indiretta. Il riscatto è esercitabile su istanza del diretto interessato e comporta il pagamento di un contributo destinato a garantire la copertura assicurativa del periodo riscattato. È possibile riscattare sia il periodo del corso legale di laurea, per un periodo massimo di 5 anni, sia il servizio militare e i servizi ad esso equiparato.

La legge 3 agosto 2007, n. 127 di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 2 luglio 2007, n. 81, recante disposizioni urgenti in materia finanziaria, prevede, a decorrere dall'anno 2008 l'istituzione di un fondo per il finanziamento, nel limite complessivo di 267 milioni di euro per l'anno 2008, di 234 milioni di euro per l'anno 2009 e di 200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010, di interventi e misure agevolative in materia di riscatto, ai fini pensionistici, della durata legale del corso di laurea, e per la totalizzazione dei periodi contributivi maturati in diversi regimi pensionistici, in particolare per i soggetti per i quali trovi applicazione, in via esclusiva, il regime pensionistico di calcolo contributivo, al fine di migliorare la misura dei trattamenti pensionistici, fermo restando il principio di armonizzazione dei sistemi previdenziali (art. 2, comma 22, della legge n. 335/95), al fine di garantire l'applicazione di parametri identici per i diversi enti.

La legge n. 247/07 ha, inoltre, introdotto all'art. 77 alcune modifiche al D.Lgs. n. 184/97, di attuazione della delega conferita dalla legge n. 335/95, in materia di ricongiunzione, di riscatto e di prosecuzione volontaria ai fini pensionistici, inserendo la possibilità che gli oneri da riscatto, per periodi in relazione ai quali trova applicazione il sistema retributivo ovvero contributivo, possono essere versati ai regimi previdenziali di appartenenza in unica soluzione, ovvero in 120 rate mensili senza l'applicazione di interessi per la rateizzazione. Tale disposizione si applica esclusivamente alle domande presentate a decorrere dal 1° gennaio 2008.

E', inoltre, ammessa la facoltà di riscatto anche per i soggetti non iscritti ad alcuna forma obbligatoria di previdenza che non abbiano iniziato l'attività lavorativa.

²³ Sono riconosciuti per i periodi di persecuzione subita da cittadini italiani per la loro attività politica antifascista o per la loro condizione razziale dopo il 1° luglio 1920.

In tale caso, il contributo è versato all'INPS in apposita evidenza contabile separata e viene rivalutato secondo le regole del sistema contributivo, con riferimento alla data della domanda. Il montante maturato è trasferito, a domanda dell'interessato, presso la gestione previdenziale nella quale sia o sia stato iscritto. L'onere dei periodi di riscatto è costituito dal versamento di un contributo, per ogni anno da riscattare, pari al livello minimo imponibile annuo di cui all'articolo 1, comma 3, della legge 2 agosto 1990, n. 233, moltiplicato per l'aliquota di computo delle prestazioni pensionistiche dell'A.G.O. per i lavoratori dipendenti. Il contributo è fiscalmente deducibile dall'interessato ed è altresì detraibile dall'imposta dovuta dai soggetti di cui l'interessato risulti fiscalmente a carico, nella misura del 19% dell'importo stesso.

3.3.6 La totalizzazione

Al lavoratore che non ha maturato il diritto a pensione in alcuna delle forme pensionistiche a carico dell'A.G.O. e delle forme sostitutive, esclusive ed esonerative della medesima, nonché delle forme pensionistiche gestite dagli enti di cui al decreto legislativo 30 giugno 1994, n. 509, e al decreto legislativo 10 febbraio 1996, n. 103, è data facoltà di utilizzare, cumulandoli per il perfezionamento dei requisiti per il conseguimento di un'unica pensione, i periodi assicurativi non coincidenti posseduti presso le predette gestioni, qualora tali periodi, separatamente considerati, non soddisfino i requisiti minimi stabiliti dagli ordinamenti delle singole gestioni.

Ciascuna gestione previdenziale verifica la sussistenza del diritto alla pensione e determina la misura del trattamento a proprio carico, in proporzione dell'anzianità assicurativa e contributiva maturata presso la gestione stessa.

L'istituto della totalizzazione era già stato affrontato, ma solo in parte, con la legge n. 388/2000 (legge finanziaria 2001), che permetteva di sommare i vari spezzoni di contributi in modo da consentire il raggiungimento dei requisiti richiesti per la pensione.

Le precedenti disposizioni prevedevano, però, una possibilità di cumulo abbastanza limitata. Era possibile, infatti, ricorrervi per la sola pensione di vecchiaia e inabilità (e non anche per l'anzianità), ed esclusivamente nel caso in cui avendo versato contributi in più di un fondo pensionistico, non si raggiungeva un diritto autonomo in nessuna delle gestioni presso le quali si era contribuito.

Con il decreto legislativo n. 42/2006, dal 1° gennaio 2006, si è consentito, a chi ha compiuto 65 anni di età e può vantare un'anzianità contributiva pari almeno a 20 anni complessivi oppure a chi, a prescindere dall'età anagrafica, può far valere un minimo di 40 anni di contribuzione (utili per la pensione di anzianità), di richiedere la totalizzazione dei periodi contributivi.

Per essere ammessi alla totalizzazione, gli spezzoni di contribuzione devono essere almeno pari a 6 anni, mentre chi ha meno di 6 anni deve sempre affrontare la ricongiunzione²⁴ onerosa.

Per quanto riguarda il sistema di calcolo, gli enti di previdenza pubblici, liquidano la pensione pro-quota, con le regole del contributivo dettato dalla legge n. 335 del 1995. Per le casse professionali, invece, i versamenti contributivi degli iscritti vanno a costituire un montante individuale il cui tasso annuo di capitalizzazione è stabilito in misura pari al 90% della media quinquennale del tasso di rendimento netto del patrimonio investito, con un minimo annuo garantito dell'1,5%.

In attesa di una complessiva riforma dell'istituto della totalizzazione dei contributi assicurativi che riassorba e superi la ricongiunzione dei medesimi, con la L. n. 247/2007 sono state adottate, a decorrere dal 1° gennaio 2008, alcune modifiche al suddetto decreto legislativo n. 42/06.

In particolare, nell'ottica di consentire quanto più possibile il cumulo di periodi contributivi versati presso diversi istituti previdenziali, è stato ridotto, da sei anni a tre anni, il requisito del periodo di contribuzione minimo per essere ammessi alla totalizzazione.

²⁴ Il lavoratore che ha contributi versati presso Enti diversi può chiederne la ricongiunzione, cioè l'unificazione, allo scopo di ottenere un'unica pensione calcolata su tutti i contributi versati. La ricongiunzione può essere richiesta dai lavoratori dipendenti pubblici e privati, dai lavoratori autonomi o dai loro superstiti. Presso l'INPS è gratuita in caso di ricongiunzione da lavoro dipendente, mentre è a carico del lavoratore in caso di ricongiunzione da lavoro autonomo. Presso un'altra Cassa o Istituto pensionistico è a carico del lavoratore.

3.4 Il cumulo tra pensione e altri redditi

Il superamento della disciplina che regola il divieto di cumulo tra pensione e redditi da lavoro autonomo e dipendente, si è definitivamente avviato con l'introduzione dell'art. 72, della Legge n. 388/2000 (legge finanziaria 2001). In essa si è stabilito che, con decorrenza dal 1° gennaio 2001, le pensioni di vecchiaia (anche quelle liquidate anteriormente a tale data) sono cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente, indipendentemente dall'anzianità contributiva che ha portato al riconoscimento della pensione stessa.

Analogamente, le pensioni dirette di anzianità, di invalidità e degli assegni diretti di invalidità, eccedenti l'ammontare del trattamento minimo del FPLD, sono cumulabili con i redditi da lavoro autonomo nella misura del 70%. Le relative trattenute non possono, in ogni caso, superare il valore pari al 30% dei predetti redditi.

E' stata, pertanto, stabilita la piena cumulabilità della pensione di vecchiaia con il reddito da lavoro autonomo e dipendente e la parziale cumulabilità, fino al 70%, della pensione di anzianità con i redditi da lavoro autonomo. Successivamente, la legge finanziaria 2003 (art 44 della L. n. 289/2002) ha esteso, dal 1° gennaio 2003, il regime di totale cumulabilità della pensione con i redditi da lavoro dipendente o autonomo ai titolari di pensione di anzianità che, al momento del pensionamento, avevano almeno 58 anni di età e 37 anni di contribuzione.

I pensionati che sono andati in pensione prima del 1° gennaio 2003 hanno potuto ottenere la totale cumulabilità della pensione di anzianità con i redditi da lavoro autonomo o dipendente, anche nei casi in cui la pensione è stata liquidata sulla base di un'anzianità contributiva di almeno 40 anni, oppure nel caso in cui il titolare di pensione ha compiuto l'età richiesta per il pensionamento di vecchiaia (60 anni per le donne, 65 per gli uomini).

Una novità sull'argomento è stata introdotta dall'art. 19 della legge n. 133/08, di conversione del decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, recante "Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria", che ha abolito, dal 1° gennaio 2009, i limiti al cumulo tra pensione e redditi di lavoro.

A decorrere da tale data, i pensionati che svolgono attività in costanza dell'assegno di quiescenza potranno incassare tutto ciò che guadagnano senza alcuna penalizzazione, cumulando totalmente i redditi da lavoro autonomo e dipendente con la pensione.

Sono, altresì, cumulabili con i redditi di lavoro dipendente od autonomo le pensioni dirette conseguite nel regime contributivo in via anticipata rispetto ai 65 anni per gli uomini ed ai 60 per le donne, ivi comprese quelle maturate presso la gestione separata dei parasubordinati, a condizione che il soggetto abbia maturato i requisiti ex lege n. 243/2004 e fermo restando il regime delle decorrenze dei trattamenti.

Relativamente alle pensioni liquidate interamente con il sistema contributivo, restano in vigore i vecchi limiti: sono interamente cumulabili con i redditi da lavoro autonomo e dipendente le pensioni di vecchiaia con anzianità contributiva pari o superiore a 40 anni e le pensioni di vecchiaia liquidate a soggetti con età pari o superiore a 65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne.

Non viene fatto alcun riferimento all'abolizione del divieto di cumulo per le pensioni di reversibilità, di invalidità e per gli assegni di invalidità, che restano, pertanto, solo parzialmente cumulabili.

3.5 Le politiche per l'invecchiamento attivo

In risposta agli obiettivi occupazionali della Strategia di Lisbona, il tema delle politiche per l'invecchiamento attivo ha per l'Italia una particolare rilevanza, in quanto, come si è detto, il nostro paese presenta un quadro demografico in cui il fenomeno dell'invecchiamento appare molto consistente. Da vari studi emerge, infatti, che l'Italia è oggi il paese tra quelli facenti parte dell'UE che presenta la maggior aspettativa di vita insieme alla Svezia, con 80 anni nella media tra uomini e donne. L'estendersi delle aspettative di vita insieme al drastico calo dei tassi di natalità che ha fatto seguito al baby boom degli anni '50 e '60 del secolo scorso, costituiscono le ragioni per le quali si

sta rapidamente modificando la struttura per età della popolazione, con un sostanziale appesantimento dei rapporti di dipendenza delle persone in età di pensione sui lavoratori attivi.

Al di là del valore sociale positivo di un allungamento medio degli anni di vita, l'invecchiamento demografico appare però come elemento di destabilizzazione del sistema pensionistico, perché suscettibile di alterarne gli essenziali parametri di riferimento, quali il rapporto tra destinatari delle prestazioni e soggetti attivi, ovvero tra coloro che attraverso la contribuzione o il prelievo fiscale apportano la maggior parte delle risorse finanziarie al sistema pensionistico e coloro che beneficiano delle risorse stesse. In Italia, tale fenomeno risulta accentuato dal fatto che mediamente l'uscita dal mercato del lavoro avviene ad una età media ancora relativamente bassa (59,9 anni), la più bassa tra i paesi europei di maggiore dimensione, ad eccezione della Francia.

Di fronte a questa situazione, e alle prospettive di progressivo calo della popolazione in età lavorativa, si richiede una strategia, una politica con un respiro culturale e organizzativo, che permetta di avviare un percorso di "ri-progettazione" della vecchiaia, che abbia come obiettivo la realizzazione di un invecchiamento attivo attraverso il quale si possa assicurare benessere e inclusione sociale anche dopo le età in cui tradizionalmente si accedeva alla pensione.

Limitatamente al campo della legislazione previdenziale, un primo passo verso l'innalzamento delle età di ritiro si è avuto con il governo Amato che, nel 1992, elevò l'età pensionabile e aumentò la quantità di contributi necessari per ottenere la pensione di vecchiaia. La riforma Dini del 1995 e un suo passaggio successivo (1997), contribuirono ulteriormente a innalzare il requisito di età arrivando nel 2002 alla soglia dei 57 anni di età o, in alternativa, ai 40 anni di contributi. Tale riforma, inoltre, introducendo gradualmente un sistema totalmente nuovo di calcolo delle prestazioni (il metodo contributivo), ha implicitamente creato un meccanismo di incentivazione al prolungamento dell'attività lavorativa, in quanto il trattamento pensionistico è derivato da una formula che correla direttamente l'ammontare con l'età anagrafica del beneficiario.

Sempre per rispondere alle esigenze di maggiore stabilità del sistema previdenziale, nel 2004 (con la legge 243/2004) si è avuta un'ulteriore elevazione dell'età pensionabile con un processo, parzialmente modificato da una successiva norma che lo ha maggiormente gradualizzato, che ha preso avvio nel 2008, ed è destinato a procedere fino a raggiungere nel 2013 un limite di età minima di 61 o 62 anni, rispettivamente per i lavoratori dipendenti e per i lavoratori autonomi, con i requisiti di contribuzione per la pensione di anzianità.

Parallelamente a questi interventi sulle regole di accesso al pensionamento, ci sono state, inoltre altre regole volte a porre in essere una strategia complessiva di miglioramento delle condizioni di occupabilità dei più anziani e di modifica di abitudini e consuetudini, da parte innanzitutto delle imprese. Un primo esempio in proposito è stato fornito dalla legge Biagi che ha introdotto lo schema del "contratto di reinserimento", dove uno dei gruppi target è rappresentato dai soggetti con più di 50 anni di età. Più di recente, nella legge di attuazione del "protocollo welfare" è stata inserita una delega che il governo può esercitare nell'arco dell'anno corrente per aumentare, con diversi strumenti di politica attiva del lavoro e con incentivi monetari, i tassi di occupazione degli over 50.

Ulteriori passi di sensibilizzazione al problema dell'invecchiamento attivo, in linea con quanto "richiesto" dalla Commissione nel 2000, si basano su misure volte a sostenere i lavoratori più anziani, attraverso la promozione di progetti specifici per l'invecchiamento attivo. Questi progetti, parte dei quali già conclusi, hanno vari obiettivi che si possono schematizzare in: a) assunzione di lavoratori, secondo la formula delle pari opportunità per i lavoratori anziani; b) formazione, sviluppo e promozione, attraverso politiche volte ad assicurare che ai lavoratori anziani non sia preclusa la possibilità di fare formazione, che le opportunità per apprendere siano offerte lungo tutto l'arco della vita, e che, dove necessario, sia intrapresa un'azione positiva per compensare eventuali discriminazioni messe in atto in passato. Tali progetti sono stati sviluppati sia all'interno di imprese, sia all'esterno, attraverso offerte formative ai lavoratori anziani in alcuni programmi di utilità sociale o inserimenti lavorativi mirati di breve termine; c) modalità flessibili di lavoro, in cui si inseriscono azioni per concedere ai lavoratori maggiore flessibilità per ciò che riguarda l'orario di lavoro o la data e il tipo di pensionamento, d) redistribuzione dei carichi di lavoro, ovvero azioni

che attengono l'organizzazione del lavoro e che si attuano all'interno delle aziende per venire incontro alla minore resistenza fisica dovuta all'età.

I progetti sono distribuiti su tutto il territorio nazionale attraverso anche la collaborazione dei vari enti locali, e le loro attività si esplicano molte volte in percorsi formativi, inserimenti in azienda, circoli di studio, forme di mobilità inerenti anche i ruoli manageriali, creazione d'impresa. Obiettivo fondamentale di queste azioni è quello di aggiornare le competenze e, quindi, di riposizionare sul mercato i lavoratori in età più matura, costruendo così, nuovi percorsi di vita e di carriera di persone occupate, disoccupate o pensionate, oltre che di mirare a convertire l'esperienza dei lavoratori anziani in lavoro sociale.

**Parte 4 – STRATEGIA NAZIONALE PER LA SALUTE E
LE CURE A LUNGO TERMINE**

4.1 Principali sfide, obiettivi prioritari e beneficiari: cure sanitarie e cure a lungo termine

INTRODUZIONE

L'Italia è uno tra i paesi del mondo con la più alta percentuale di anziani nella popolazione. In Europa il primo. Nei prossimi anni si registrerà un ulteriore aumento dell'indice di dipendenza demografica totale e dell'indice di vecchiaia. Nel 2030 la percentuale degli ultrasessantacinquenni arriverà al 26,5 e crescerà soprattutto la popolazione con età superiore agli 80 anni che già oggi rappresenta il 5,3% della popolazione italiana. Le patologie dell'invecchiamento sono aumentate del 50 per cento negli ultimi dieci anni e incidono, a seconda di come vengono prevenute e trattate, sul livello e sui tempi della disabilità. A seguito della situazione demografica crescerà, quindi, anche il numero dei disabili (oggi più di 2.500.000) vista la correlazione esistente tra anzianità e disabilità, che arriva a colpire un ultraottantenne su tre. Il consumo di risorse socio-sanitarie per le persone oltre i 75 anni è 11 volte superiore alla classe di età 25-34 anni. Il miglioramento dei tassi di sopravvivenza per malattie, in passato ad alta mortalità, non sempre si lega alla guarigione ma è causa dell'incremento di soggetti "cronici" che richiedono cure continue e complesse per periodi di lunga durata se non per il resto della vita. I pazienti cronici rappresentano già il 25 per cento della popolazione e assorbono il 70 per cento della spesa.

Accanto a questo, la modificazione nella struttura sociale con diminuzione della popolazione delle fasce di età che più frequentemente, nell'ambito familiare, sono coinvolte in attività di *care giver* dei soggetti più anziani, l'aumento dei nuclei familiari monocompositi e il mutato ruolo della donna nel contesto sociale amplificano e rendono ancor più urgente l'esigenza di provvedere ad elaborare un ripensamento su nuovi strumenti e modelli di cure sanitarie.

Tale contesto ha importanti ripercussioni sulla spesa sanitaria. In termini di incidenza sul PIL, la spesa pubblica sanitaria in Italia assorbe il 6,8 per cento (1,5 per cento del PIL quella privata): un dato inferiore alla Germania (8,6 per cento), alla Francia (7,4 per cento), alla Svezia (7,9 per cento) e alla media europea (7 per cento). Per quanto il finanziamento del SSN in questi anni si sia incrementato notevolmente (di più di 27mld. di € negli ultimi 7 anni), la spesa ha avuto un trend di crescita maggiore e ogni anno si sono creati cospicui disavanzi. La variabilità regionale è forte: a fronte di 13 Regioni che producono disavanzi, le altre garantiscono livelli essenziali qualitativamente validi nell'ambito del finanziamento assegnato. Ciò significa che le criticità non risiedono in una carenza di mezzi, anzi, a volte, a costi elevati corrisponde una bassa qualità dei servizi offerti, poiché i disavanzi sono legati a scelte organizzative non consone a criteri di efficacia, efficienza ed appropriatezza.

Per far fronte al cambiamento demografico-epidemiologico e al grave problema di sostenibilità finanziaria ad esso collegato, nel rispetto dei ruoli e dei compiti che la Riforma Costituzionale ha assegnato ai vari livelli di governo, si sta attuando una nuova *governance* che affida al livello centrale, in un quadro di leale collaborazione e condivisione con le Regioni, la garanzia del finanziamento, la regia e l'indirizzo del SSN e la garanzia per i cittadini dell'erogazione dei livelli di assistenza; al livello regionale e locale la programmazione e l'attuazione del sistema secondo i principi della sussidiarietà e della differenziazione delle risposte ai nuovi bisogni nel rispetto degli standard di sicurezza e qualità.

La differenziazione, la personalizzazione e l'organizzazione della risposta assistenziale discendono dalla riproposizione forte della centralità della persona. Un cambiamento di ottica importante è dato dall'acquisizione della consapevolezza che ciascuno, adottando comportamenti e stili di vita salutari

è la prima risorsa per la promozione della salute propria e di chi gli sta vicino. Il SSN è quindi chiamato a promuovere la salute per tutto l'arco della vita, lavorando sui fattori che la determinano, in modo da ridurre i bisogni ed i costi relativi. Il fumo e l'ipercolesterolemia, ad esempio, spiegano il 50% dei casi di infarto; dall'obesità, invece, ne deriva il 17%. Questo fa comprendere la rilevanza, nelle politiche della salute, degli investimenti nelle conoscenze del cittadino in materia di prevenzione, stili di vita, percorsi diagnostico-terapeutici, opportunità di cura affinché il cittadino stesso diventi soggetto attivo in alleanza con il medico. La persona non è più oggetto di cura ma, nel suo contesto familiare e sociale, partner di un progetto comune di mantenimento e implementazione del patrimonio di salute. Questa nuova visione spinge ad un ripensamento del sistema che tenga conto del diverso rapporto tra prevenzione, cura e riabilitazione e del nuovo equilibrio che si è creato tra la cura formale ed informale.

Anche per questo il SSN sta modificandosi per costruire e garantire un'offerta non più ospedalocentrica, ma adeguata sul territorio, che sia il più vicino possibile al domicilio o il domicilio stesso del paziente: offerta assistenziale che sia garanzia di risposte in tempi brevi e certi ai bisogni dei cittadini ed assicuri la continuità, nella gestione del tempo, della malattia (quindi anche e, soprattutto, nella cronicità. Già l'intesa tra Stato-regioni del 23 marzo 2005, prevedendo una serie di adempimenti finalizzati a garantire l'equilibrio economico finanziario e l'erogazione dei livelli di assistenza, ha stabilito, tra gli adempimenti a cui le Regioni devono ottemperare per avere accesso ad una quota di maggior finanziamento da parte dello Stato, il raggiungimento di uno standard di 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post-acuzie. In questo modo, volendosi implementare il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero.

Lo standard di posti letto ospedalieri subirà un'ulteriore riduzione a seguito di una specifica intesa fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, di cui la legge n. 133 di conversione in legge del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, ha previsto la stipula entro il 31 ottobre 2008, finalizzata all'*efficientamento* del sistema ed al conseguente contenimento della dinamica dei costi.

Fondamentale, in questa prospettiva, è la capacità di "fare comunità", a partire dalle sue proiezioni essenziali (famiglia, volontariato, associazionismo, ambiente di lavoro), sino a riscoprire luoghi relazionali e di servizi. Primi fra tutti i medici di famiglia, i quali dovranno svolgere un ruolo di fondamentale importanza nel sollecitare nuovi stili di vita, prevenire le malattie e promuovere ambienti sicuri. Inoltre, si sta lavorando al potenziamento delle cure primarie al fine di garantire una risposta territoriale attiva 24 ore su 24 tutti i giorni della settimana. Potenziando le forme associative dei medici di medicina generale, favorendo l'inserimento dei medici di continuità assistenziale nell'insieme delle attività di assistenza primaria ed implementando l'integrazione tra specialisti ambulatoriali inseriti sul territorio si sta perseguendo un duplice obiettivo: permettere il passaggio dall'erogazione di prestazioni parcellizzate alla realizzazione di processi condivisi tra gli operatori e tra questi e gli utenti, a cui si riconosce il ruolo di soggetto attivo nelle scelte e nella produzione della propria salute; affermare l'approccio di rete, che integri i vari attori istituzionali e non istituzionali (ASL, Ospedali, distretti, cure primarie, residenze sanitarie, comuni, ma anche famiglie, associazioni, istituzioni profit e non profit).

In sintesi, quindi, gli obiettivi che si intende realizzare possono essere così riassunti:

- integrazione delle politiche (sanitarie, socio-sanitarie e sociali)
- integrazione tra i soggetti istituzionali (Regioni, ULSS, Comuni) e con soggetti sociali
- integrazione operativa tra i servizi (sanitari, socio-sanitari e sociali)
- alleanza tra soggetti erogatori pubblici e privati.

4.2 Assistenza sanitaria

4.2.1 Progressi conseguiti e priorità politiche in relazione agli Obiettivi Comuni

L'Italia già da alcuni anni ha individuato i livelli di prestazioni da garantire a tutti i cittadini nei vincoli dell'appropriatezza, dell'efficacia, dell'efficienza, e della compatibilità economica. Affermare il principio della garanzia dei livelli di assistenza implica la garanzia di poter accedere alle prestazioni nei tempi opportuni.

Nel nostro Paese sono state intraprese varie azioni, già illustrate nel precedente rapporto, per il contenimento dei tempi di attesa.

In base all'Intesa tra Stato e Regioni del 28 marzo 2006, è stato adottato, il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008, Il piano individua cento prestazioni prioritarie e stabilisce che al cittadino sia, comunque, assicurata dalla propria azienda sanitaria locale l'erogazione delle predette prestazioni (presso specifiche strutture pubbliche o accreditate), nei tempi di attesa stabiliti. Inoltre, è previsto l'obbligo per le Regioni di dotarsi di un Piano di contenimento delle Liste di attesa regionale, come uno strumento programmatico unico ed integrato. La verifica dello stato di attuazione del recepimento di tale Piano da parte delle Regioni e Province autonome ha evidenziato che tutte le Regioni e PA hanno ottemperato.

Presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari (Age.na.s) lavora, poi, il Gruppo tecnico per le Liste di attesa, di cui fa parte il MLSPS, che provvede a formulare una serie di proposte, non solo per monitorare il fenomeno "Tempi di Attesa", ma anche per predisporre soluzioni e processi di miglioramento. Vengono effettuate indagini relative al monitoraggio dei tempi di attesa secondo un piano concordato con le Regioni. Dalle rilevazioni svolte negli ultimi anni si rileva che una criticità particolare è rappresentata dalla patologia oncologica, dove il problema dei tempi di attesa si pone a tutti i livelli (percorso diagnostico, accesso alla chirurgia o chemioterapia o radioterapia).

Il Progetto specifico "Tempi di attesa" per il miglioramento dei flussi informativi, affidato al coordinamento dell'Agenzia dei servizi sanitari regionali, ha provveduto, inoltre, ad una definizione di una metodologia che consenta di rilevare sistematicamente il fenomeno dei tempi di attesa.

Sempre nell'ambito del tema dell'accessibilità si riportano gli importanti interventi in tema di prevenzione attiva finalizzati ad estendere azioni efficaci, tramite l'offerta attiva, anche a quella parte della popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi.

Appare importante rammentare che con l'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 è stato adottato il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 (di cui si è relazionato nel precedente Rapporto), che si proponeva di affrontare i rischi di salute attuali all'interno di un programma di azione omogeneo, coordinato ed efficace. Si ricordano i 4 ambiti di intervento:

- Rischio cardiovascolare
- Cancro
- Incidenti
- Vaccinazioni

Con il Piano il SSN è stato chiamato a fornire risposte a problematiche che, sebbene nell'attuale scenario epidemiologico stiano fortemente impattando sulla salute e sui costi economici e sociali correlati, sono relativamente nuove, sia per quanto riguarda la programmazione delle strategie politiche e delle modalità di intervento sia relativamente alla disponibilità di prove di evidenza scientifica a sostegno dell'efficacia dei programmi.

L'attuazione dei piani regionali è stata costantemente monitorata. A dicembre 2006, tutte le Regioni avevano conseguito un avanzamento dei progetti superiore alla soglia del 50%, sia pure all'interno di un quadro estremamente variabile tra le Regioni e tra le singole linee di attività. Alcuni dati, come l'aumento dell'estensione e dell'adesione agli screening oncologici o della proporzione di medici che calcolano il rischio cardiovascolare individuale, testimoniano l'impatto del Piano.

Queste informazioni, tuttavia, dovranno essere integrate con dati oggettivi provenienti da più fonti. Si sta procedendo alla valutazione 2007.

Il Piano si è coordinato con altri interventi istituzionali: i contenuti del Piano si sono sviluppati in sinergia con numerose altre iniziative istituzionali in corso, come l'applicazione della Legge 138/2004 sui programmi di screening, il DPCM 4 Maggio 2006 "Guadagnare salute" con cui il Governo adotta il programma per il contrasto all'obesità e ai consumi di alcol e tabacco, la revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza nell'area della prevenzione.

Con il menzionato programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", in particolare, si è inteso promuovere e facilitare scelte e stili di vita salutari per tutta la popolazione, cercando di contrastare quei comportamenti responsabili non solo di morti premature e malattie croniche, ma anche di una cattiva qualità di vita. Ci si è soffermati essenzialmente sui quattro principali fattori di rischio: fumo, abuso di alcol, cattiva alimentazione ed inattività fisica, che rivestono un importante ruolo nello sviluppo di molte patologie croniche come malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie, diabete.

In Italia, questo gruppo di malattie croniche è responsabile del 75% delle morti e di condizioni di grave disabilità, con notevoli costi assistenziali.

Accanto ad interventi per informare, educare, assistere, stimolare la responsabilità individuale - affinché ogni cittadino diventi partner attivo della propria salute - sono state portate avanti numerose ed indispensabili strategie intersettoriali con il mondo della scuola, le realtà giovanili, organizzazioni appartenenti al mondo delle imprese, del sindacato e dell'associazionismo, tra loro coordinate, per poter agire anche sui fattori ambientali e sulle determinanti socio-economiche che condizionano l'insorgenza delle malattie croniche. E' proprio secondo questa modalità di lavoro che, con Decreto ministeriale del 26 aprile 2007, è stata istituita presso il Ministero della Salute la "Piattaforma Nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo" con il compito di formulare proposte e attuare iniziative, in coerenza con gli obiettivi del programma Guadagnare salute.

Per quanto attiene ai cittadini stranieri e ai migranti si ricorda la normativa prevista dal nostro ordinamento.

Ai cittadini stranieri, irregolari o privi di copertura sanitaria (persone non aventi titolo all'iscrizione al Servizio Sanitario nazionale) sono erogate, ai sensi del Dlgs 286/1998 (Testo unico sull'immigrazione) prestazioni sanitarie urgenti o comunque essenziali e non programmabili.

Con specifico riguardo ai cittadini neocomunitari non assicurati, fino al 31/12/2007, d'intesa con il Ministero dell'Interno (che prendeva in carico i soli ricoveri ospedalieri) è stato prorogato il codice STP (stranieri temporaneamente presenti), codice che viene assegnato ai cittadini extracomunitari irregolari, tra cui numerosi rom, per l'erogazione delle cure urgenti ed essenziali.

Al riguardo, solo per l'assistenza sanitaria gratuita ai cittadini romeni non assicurati sono stati spesi dal Servizio Sanitario Nazionale circa 70- 80 milioni di euro.

Dal 2008 per le prestazioni sanitarie indifferibili ed urgenti erogate a tali soggetti, che non risultano iscritti nel Paese di provenienza, è stato suggerito agli Assessorati competenti la tenuta di una contabilità separata da utilizzare per un'eventuale azione di recupero e/o di negoziazione in sede comunitaria o diplomatica. In risposta a tale suggerimento alcune Regioni (Lazio, Sicilia Marche, Piemonte), nell'ambito della propria autonomia, hanno istituito un codice ENI (europeo non iscritto) che permette ai neocomunitari privi di copertura ed indigenti di ricevere oltre alle prestazioni urgenti anche le prestazioni di tutela della maternità, dei minori e la profilassi.

Inoltre, allo scopo di garantire prestazioni mediche ai minori non accompagnati ed alle vittime della tratta delle persone e di valutare procedure per garantire perlomeno la stessa copertura sanitaria a cui i cittadini, sebbene non assicurati, hanno diritto nel territorio del proprio Stato, è in corso di negoziazione con la Romania un progetto di Accordo amministrativo - contabile che si richiama alla Dichiarazione d'intenti firmata a Roma il 18 dicembre 2007 dai Ministri della salute dei due

Paesi relativa alla collaborazione nel settore della salute e dell'assistenza sanitaria, che potrebbe essere utilizzata per analoghi accordi con altri Stati.

Infine, nel giugno u.s. è stato trasmesso al Parlamento da parte del Governo uno schema di decreto legislativo che modifica il decreto legislativo 30/2007 di recepimento della direttiva 2004/38 CE, nel quale è stata prevista, per il cittadino dell'Unione Europea che abbia titolo a soggiornare per un periodo superiore a tre mesi, la facoltà di iscriversi volontariamente al Servizio Sanitario Nazionale, facoltà ad oggi prevista solo ad alcune categorie di cittadini extracomunitari.

Il Decreto legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito nelle Legge 133/2008 ha modificato il comma 2 dell'art. 1 del D.Lgs 286/98 prevedendo la non applicabilità del predetto decreto legislativo ai cittadini degli Stati membri dell'Unione europea, <<salvo quanto previsto dalle norme di attuazione dell'ordinamento comunitario>>.

Per quanto attiene al miglioramento dell'accessibilità nelle Regioni meridionali, dove il problema è più presente, si sta lavorando all'intensificazione dell'investimento tecnologico e dell'innovazione dei modelli di servizio, mediante "Piani di Salute" e soluzioni specifiche quali:

- forme evolutive dell'assistenza primaria e strutture territoriali intermedie;
- maggiore integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e tra assistenza ospedaliera e territoriale;
- promozione del livello di informatizzazione dei servizi sanitari regionali, finalizzato al miglioramento dell'accessibilità alle prestazioni e dell'utilizzo della diagnostica, alla tempestività dei servizi (riduzione delle liste d'attesa), all'appropriatezza ed alla riduzione dei costi (meno esami ripetuti) e dei disagi dei cittadini (minore mobilità per cicli diagnostici e terapeutici). In proposito, va segnalato che si sta portando avanti l'attivazione di centri di riferimento interregionali e lo sviluppo di progetti di cooperazione e partenariato pluriennale tra centri di riferimento meridionali e centri d'eccellenza del Centro-Nord ed esteri sia per la diffusione della conoscenza (knowledge management) delle migliori buone pratiche, sia per l'innovazione e il rafforzamento dei fattori di efficacia ed efficienza nei livelli di assistenza delle regioni meridionali, con particolare riferimento alle pratiche afferenti a prevenzione, assistenza domiciliare, terapie oncologiche e cure palliative, cure primarie, medicina pediatrica, chirurgia di alta specialità, etc.

Negli ultimi anni, diverse attività sono state messe in atto dal Ministero del lavoro della salute e delle politiche sociali per la gestione del rischio clinico in sanità, attraverso l'adozione di un approccio integrato e finalizzato al cambiamento nella pratica clinica e la promozione di una cultura della sicurezza a tutti i livelli del sistema.

Nel 2006 è stato istituito il Gruppo di lavoro per la Sicurezza dei Pazienti con la finalità di studiare le seguenti aree ritenute prioritarie nell'analisi della problematica:

- monitoraggio di eventi avversi in particolar modo degli eventi sentinella;
- elaborazione di raccomandazioni e soluzioni per la sicurezza dei pazienti
- sviluppo di strumenti per l'analisi degli eventi avversi e implementazione di politiche di formazione, educazione e training degli operatori sanitari;
- coinvolgimento dei pazienti;
- aspetti giuridici e medico legali.

Nel 2007 è stato istituito il Sistema Nazionale di Riferimento per la Sicurezza dei Pazienti che garantisce anche l'attività di Osservatorio per la Sicurezza dei Pazienti, che opera sulla base di programmi annualmente approvati dal Ministro. Tale Sistema è stato attivato in via sperimentale per un periodo di due anni presso il Ministero della salute - Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema.

Nel 2008 è stato definito il flusso informatizzato, anonimo e volontario, per il monitoraggio degli eventi sentinella (SIMES), già attivo in via sperimentale dal 2005. Inoltre, è stata promossa nelle strutture del SSN l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del rischio clinico. Non essendo, ad oggi, prevista la costituzione di un'agenzia nazionale per la sicurezza dei pazienti è stato istituito il Comitato strategico nazionale per la gestione del rischio clinico per l'individuazione delle priorità nella produzione di linee guida, raccomandazioni e documenti tecnico scientifici per gli operatori sanitari. E' stata, altresì, istituita la Consulta nazionale per la sicurezza del paziente per favorire il coordinamento della rete nazionale per la sicurezza del paziente, che riunisce, a livello nazionale, tutti i rappresentanti delle istituzioni locali e regionali, che operano in tale ambito.

La legge 6 agosto 2008 ha fissato, per il triennio 2009–11, l'importo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale in 102.683 milioni di euro nel 2009, 103.945 mln. di euro nel 2010 e 106.265 milioni di euro nel 2011. Le risorse disponibili, assegnate prioritariamente sulla base della popolazione residente per Regione, consentono nel 2009 l'attribuzione, mediamente, di una quota per cittadino pari a circa €1.637. L'impegno attuato dal SSN è di garantire l'efficace ed efficiente erogazione dei LEA nell'ambito delle risorse programmate. Le significative differenze che esistono a livello regionale, sia nella capacità fiscale, sia nelle capacità tecniche ed amministrative, hanno creato una situazione di crescita differenziata tra i servizi sanitari regionali ed il conseguente incremento del rischio di inequità nella copertura dei bisogni sanitari in alcune regioni. Interventi finalizzati a fronteggiare le criticità sopra riportate e la garanzia dell'universalismo e della globalità del SSN sono diventate la priorità nelle politiche sanitarie.

Dalla riforma Costituzionale del 2001 una serie di patti tra il Governo Centrale e le Regioni sono stati siglati, per il rispetto dei vincoli di bilancio e la garanzia di una buona qualità dei servizi da rendere ai cittadini in tutto il paese.

I maggiori contenuti degli accordi comprendono:

- la distinzione di responsabilità tra lo Stato e le Regioni nella creazione dei debiti del SSN e il loro finanziamento;
- l'integrazione nazionale al finanziamento del SSN. Tutti i patti prevedono un aiuto finanziario alle Regioni per aiutarle ad eliminare i debiti accumulati negli anni;
- l'introduzione di meccanismi che consentano al livello centrale di assegnare ulteriori risorse. L'accesso delle Regioni alle integrazioni del finanziamento è legata all'obbligo di presentare piani operativi per evitare la creazione futura di ulteriori debiti, ovvero che indichino in che modo finanziarli (ad es. incremento di tasse locali, introduzione di sistemi di compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti, iniziative per tagliare l'inappropriatezza), all'obbligo di inviare i dati al Nuovo Sistema Informativo Nazionale in forma completa e tempestivamente, all'implementazione delle politiche per razionalizzare le cure ospedaliere ed all'incremento dell'utilizzo di setting alternativi al ricovero (day surgery, servizi territoriali etc.). Dal 2005 una parte del finanziamento annuale dello Stato è trattenuto fino alla verifica positiva della rispondenza delle Regioni ai contenuti dell'accordo siglato nel 2005 (azioni per evitare le cure non necessarie ed inappropriate; la compliance con i flussi dell' NSIS; l'introduzione di dettagliati sistemi di rilevazione dei costi in tutte le ASL; azioni per razionalizzare il sistema ospedaliero, per implementare le cure domiciliari ed extraospedaliere per i pazienti non autosufficienti; l'adozione del Piano nazionale di prevenzione etc).

Va, inoltre, ricordato, sempre per gli importanti effetti finanziari che dall'applicazione dello stesso scaturiscono, l'Accordo, stipulato in data 28/02/2008, nell'ambito del settore degli investimenti strutturali e tecnologici. Oltre a modalità e procedure condivise sull'attivazione dei programmi di investimento, l'Accordo contiene un documento prodotto dal Nucleo di Valutazione e verifica degli

investimenti pubblici del Ministero della salute, istituito nell'ambito del Sistema Nazionale di valutazione degli investimenti *ex lege* 144/1999. Per meglio assicurare il supporto alle fasi di programmazione, valutazione, attuazione e verifica dei programmi di particolare impatto sullo sviluppo del SSN e del Paese, il Nucleo ha elaborato un documento di valutazione *ex ante*, denominato MexA, sulla base delle esperienze regionali già maturate e delle metodologie e tecniche dei Fondi strutturali.

In questo contesto di guida condivisa del SSN, rafforzata, come già sopra evidenziato, dal potere centrale di assegnare ulteriori risorse, l'analisi dei servizi sanitari regionali, effettuata sinergicamente dall'ex Ministero della salute ora Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali (MLPS) e dal Ministero dell'Economia e finanze (MEF), è focalizzata su due principali obiettivi del SSN:

1. il monitoraggio della gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali (con il monitoraggio dei trend di spesa e del rispetto dei vincoli di bilancio);
2. la performance dei servizi sanitari regionali, monitorando la qualità, l'appropriatezza, la sicurezza, l'efficienza, l'equità del SSN.

Ogni anno lo Stato porta avanti un complesso processo di valutazione: nel caso in cui l'esito sia positivo, la Regione ha accesso ad una quota del finanziamento statale pari al 3%; in caso di esito negativo il Ministero dell'economia trattiene la quota fino a che la Regione non raggiunga una valutazione positiva.

Se il monitoraggio della gestione finanziaria mostra un debito strutturale (maggiore del 7% della spesa programmata), alla Regione è offerto di accedere ad un Fondo Centrale, a condizione che concordi sull'adozione di un dettagliato Piano di rientro, stabilito con il livello centrale, che contenga una serie di misure finalizzate a risolvere sia il disavanzo strutturale che l'insufficiente copertura e/o qualità dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

L'esperienza fatta negli ultimi anni all'interno del processo di valutazione, infatti, dimostra che le Regioni dove la gestione finanziaria è peggiore spesso mostrano una più bassa qualità dei servizi.

La verifica del raggiungimento degli obiettivi intermedi indicati nei PdR, per la successiva erogazione delle risorse ad essi legate avviene ordinariamente con *cadenza trimestrale*, sulla base della documentazione fornita dalle singole Regioni ai Ministeri della salute e dell'economia e finanze tramite il SIVeAS (Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria), istituito nel 2006 come "un organico sistema di collegamento" delle molte attività di valutazione già esistenti nel SSN. Il SIVeAS non è un nuovo organismo ma un network finalizzato al coordinamento delle attività e degli obiettivi operativi di tutte le istituzioni esistenti, organizzazioni, e linee di attività alle quali leggi preesistenti demandavano la valutazione delle funzioni assistenziali e la promozione delle buone pratiche, includendo, oltre ai Ministeri interessati, il Comitato LEA, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (AGENAS), l'Agenzia nazionale per i Farmaci (AIFA), l'Istituto superiore di sanità (Iss), l'Istituto nazionale di Statistica (ISTAT), società scientifiche, centri di ricerca pubblici o privati ed esperti coinvolti nella valutazione dei servizi sanitari.

Più specificamente, il SIVeAS è, nella sua finalità istituzionale, un *sistema realizzato al fine di* verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza. In attuazione degli obiettivi allo stesso affidati dal decreto interministeriale istitutivo del 17/6/2006 (art. 1, c 2), il SIVeAS verifica che:

- a) ai finanziamenti erogati corrispondano servizi per i cittadini;
- b) nell'erogazione dei servizi vengano rispettati criteri di *efficienza ed appropriatezza*.

Le *linee di attività*, che sono state individuate e convenute per il perseguimento di tali obiettivi da parte del SIVeAS nel corso del triennio 2007-2009, possono ricondursi a *due macro-aree*, tra di loro interdipendenti e comunicanti:

- A. l'area delle *garanzie* del raggiungimento degli obiettivi del Servizio sanitario nazionale;
- B. l'area dell'*affiancamento* alle Regioni che hanno stipulato l'accordo di cui all' art. 1, c.180 della l. 311/2004, comprensivo di Piano di rientro dai disavanzi.

L'esperienza in atto dimostra che, nel contesto dell'attuale assetto delle competenze di Stato e Regioni, la gestione coordinata dei livelli essenziali delle prestazioni e dei servizi, il relativo monitoraggio della qualità delle erogazioni e della spesa, nonché i percorsi straordinari di razionalizzazione della spesa, potrebbero efficacemente essere affidati a forme condivise di pilotaggio "centralizzato", utili anche a diffondere le buone pratiche in un Paese così diviso tra migliori e peggiori gestioni, con un termine di riferimento individuato sulla base di costi standard, e due strumenti che tra di loro devono essere letti, ovviamente, in modo integrato: da un lato, il controllo finanziario attraverso la gestione contabile; dall'altro, la possibilità di verificare continuamente lo scostamento rispetto agli obiettivi di qualità. In questo modo si consentirebbe un pilotaggio molto più stretto e condiviso, tale, cioè, da non viziare il nostro assetto istituzionale.

Sui costi legati all'introduzione delle nuove tecnologie ci si interroga se esse determinino maggiore o minore propensione alla spesa sanitaria. Le nuove tecnologie aprono infatti scenari inattesi per la predizione, prevenzione, trattamento delle malattie. La larga diffusione dell'ICT consente una rapida circolazione delle informazioni e una cura più mirata sul paziente. Le nuove tecnologie vanno tuttavia introdotte con attenzione per non indurre domanda impropria e per evitare un rapporto sfavorevole costi-benefici.

A tal proposito, va sottolineato che i processi di health technology assessment, che si stanno realizzando nel territorio, consentono di programmare la distribuzione delle apparecchiature con razionalità ed economicità, secondo bacini di utenza appropriati evitando, quindi, sprechi di risorse e induzione di nuova domanda.

4.3 Cure a lungo termine

4.3.1 Progressi conseguiti e priorità politiche in relazione agli Obiettivi Comuni

Il nuovo modello di *Welfare* positivo comporta lo sviluppo di un modello dinamico di integrazione socio-sanitaria-assistenziale, caratterizzato da una offerta di interventi rivolti alla persona e alla famiglia lungo tutto il percorso della vita e che sostenga le fragilità, favorendo la promozione e lo sviluppo di capacità individuali e di reti familiari.

Le modifiche demografiche, e in particolare l'invecchiamento, sono sfide importanti per la società che si interroga sugli equilibri possibili e le compatibilità economiche. Ne consegue che qualsiasi politica, perché sia efficace, presuppone l'evolversi di una società integrata e solidale che tenga conto dei bisogni dell'anziano e veda nell'invecchiamento della popolazione non un onere ma una opportunità.

Per questo è necessario mettere a punto un quadro d'intervento completo e coerente che tenga conto dei mutamenti intervenuti nel rapporto tra prevenzione, cura e assistenza, del nuovo equilibrio che si è creato tra la cura formale ed informale, nonché delle difficoltà derivanti dai diversi tipi di servizi forniti.

Da qui la necessità di sviluppare idonee strategie di tutela, in particolare per ciò che concerne l'assistenza sanitaria: lo sviluppo della integrazione tra i molteplici servizi sul territorio si collega al miglioramento della qualità della vita.

L'anziano con la sua disabilità fisica e funzionale attiverà sempre più la richiesta di assistenza e, nello stesso tempo, movimenterà un crescente impegno economico, organizzativo e strutturale. In questa ottica la necessità di ripensare culturalmente l'approccio sul territorio al paziente anziano può partire dalla individuazione di alcune criticità prioritarie:

- continuità assistenziale tra territorio e ospedale;
- corretto targeting del paziente anziano nei vari setting assistenziali;
- identificazione delle patologie a gestione prevalentemente territoriale;
- formazione geriatrica per le figure professionali coinvolte.

In sostanza, si tratta di favorire:

- l'integrazione delle politiche (sanitarie, socio-sanitarie e sociali);
- l'integrazione tra i soggetti istituzionali (Regione, ULSS, Comuni) e con i soggetti sociali;
- l'integrazione operativa tra servizi (sanitari, socio-sanitari, e sociali);
- l'alleanza tra soggetti erogatori pubblici e privati.

Per realizzare questi obiettivi si sta procedendo ad una riorganizzazione all'interno dei vari livelli assistenziali.

A livello territoriale già da qualche anno si sta procedendo ad una profonda innovazione nell'ambito delle Cure Primarie, riconfermandone il ruolo di assistenza centrata sulla persona e non sulla malattia, capace di prendere in carico il cittadino e garantirgli un'assistenza completa ed una vicinanza delle cure quanto più elevata possibile.

Gli ultimi Accordi Collettivi Nazionali dei Medici di Medicina generale (MMG) e dei Pediatria di libera scelta (PLS) confermano questa impostazione e promuovono l'aggregazione dei professionisti in forme associative a diverso grado di evoluzione, per promuovere la continuità dell'assistenza, l'offerta di servizi integrati fino a 12 ore al giorno, lo scambio di conoscenze e la crescita professionale tramite il confronto tra professionisti. Le forme di assistenza per i pazienti cronici non autosufficienti rimangono quelle già previste nei precedenti accordi:

- *Assistenza programmata a domicilio (ADP)* dei Medici di medicina generale, organizzata tramite un programma di interventi concordato con il distretto per un bisogno sanitario significativo e per visite periodiche per pazienti non deambulabili;
- *Assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR)* per le visite periodiche del MMG presso le residenze socio-sanitarie o sociali.
- *Assistenza domiciliare integrata (ADI)* che è deputata a soddisfare esigenze complesse, di persone che richiedono una assistenza continuativa di tipo sociosanitario. Richiede l'erogazione coordinata e continuativa di una somma di prestazioni, sia sanitarie (medica, infermieristica, riabilitativa) sia socio-assistenziali (cura della persona, fornitura dei pasti, cure domestiche) al domicilio della persona, da parte di diverse figure professionali fra loro funzionalmente coordinate. La responsabilità assistenziale è attribuita al medico di medicina generale; la sede organizzativa è nel distretto; la sua realizzazione richiede la definizione di piani personalizzati di assistenza in relazione ai bisogni della persona.

Il limite rappresentato da questa classificazione è che essa è ancora centrata sull'offerta degli operatori e non sul bisogno della persona. Gli utenti dell'ADI manifestano infatti una serie di problematiche a complessità differenziata che richiedono interventi fortemente personalizzati, erogati da diverse figure professionali, anche se la responsabilità assistenziale permane in capo al MMG. Per questo si sta procedendo sia a livello nazionale che a livello regionale a differenziare l'ADI in sottoinsiemi omogenei per gradiente di complessità assistenziale e in

ADI per i pazienti terminali. In particolare sono previste 3 tipologie di ADI, di 1, 2 e 3 livello caratterizzate in funzione della differente complessità / intensità dalla formulazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) redatto in base alla valutazione globale multidimensionale ed erogate attraverso la presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale; le “Cure domiciliari palliative a malati terminali” sono caratterizzate da una risposta intensiva a bisogni di elevata complessità definita dal PAI ed erogata da un’équipe in possesso di specifiche competenze

Queste tipologie di prestazioni, insieme a:

- *Prestazioni sanitarie a domicilio*, caratterizzate dall’ erogazione di singole prestazioni infermieristiche e/o riabilitative di tipo occasionale o anche per cicli di terapia, che non richiedono un particolare impegno tecnico-professionale e neppure la valutazione multidimensionale con relativo Piano individuale di assistenza
- *“Ospedalizzazione Domiciliare”*, in cui è l’ospedale che segue il paziente a domicilio con proprio personale, con i farmaci e con le attrezzature sanitarie necessarie, a fronte di bisogni di elevata intensità. Si tratta di una forma di “assistenza di elevata complessità e di durata definita, effettuata a domicilio del paziente, contraddistinta dalla gestione di un’équipe specialistica, di inquadramento ospedaliero ed effettuata con intendimenti globali e con modalità e tecnologie proprie di un ospedale”

configurano il campo delle Cure domiciliari, intendendo con questo termine i trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi a favore di persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana, mediante un approccio assistenziale erogato attraverso un’équipe multiprofessionale e multidisciplinare che comprende anche operatori sociali, il monitoraggio periodico e la valutazione degli esiti.

Lo Stato e le Regioni hanno finalizzato risorse per l’evoluzione delle Cure Primarie, in particolare con la legge finanziaria 2007 (10 mln di euro commi 806 dell’art. 1 legge 27 Dicembre 2006 n. 296) e con il vincolo di parte delle risorse finalizzate alla realizzazione degli obiettivi di Piano sanitario nazionale (PSN) 2003-2005 e di PSN 2006-2008, (per l’anno 2006 circa 500 mln. di euro).

Un altro grande settore delle Cure a lungo termine è rappresentato dalla residenzialità.

Dalla fine degli anni 80 (la legge finanziaria che, con fondi pubblici dava avvio alla realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti) le strutture residenziali sanitarie hanno avuto un incremento complessivo sia nel pubblico che nel privato fino ad una stima attuale di circa 300.000 p.l.

Una stima precisa, tuttavia, è fortemente condizionata dalle diverse modalità di classificazione di queste strutture adottate dalle singole Regioni. La denominazione corrente di RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale, infatti, ha assunto nelle singole Regioni significati diversi, andando ad individuare contesti assistenziali anche fortemente differenziati.

Per questo sia a livello nazionale che regionale si sta arrivando ad una definizione delle attività delle strutture che consenta di individuare un discrimine tra le diverse tipologie di residenzialità e tra queste e le unità operative di riabilitazione e lungodegenza ospedaliera, anche al fine di garantire tariffe eque, evitare sovrapposizioni e ricorsi a ricoveri inappropriati. Infatti, la lungodegenza, o funzioni ad essa assimilabile, viene attivata:

- a) in ambiente ospedaliero (aree di degenza low care di complessi ospedaliери multispecialistici);
- b) in ospedali in riconversione (“ospedali di comunità” o modelli simili), ove coesistono servizi diagnostici e poliambulatori specialistici;
- c) in strutture extraospedaliere con standard di accreditamento di carattere residenziale.

Anche nel settore della riabilitazione si riscontrano situazioni di sovrapposibilità. La riabilitazione intensiva può essere erogata in strutture ospedaliere e territoriali, la riabilitazione estensiva e di mantenimento in strutture territoriali. Ciò comporta che almeno un 30% dell'attività riabilitativa intensiva nella post-acuzie viene oggi effettuata indifferentemente in strutture territoriali o ospedaliere e queste ultime si trovano a gestire un case-mix del tutto simile a quello delle strutture territoriali con tariffe superiori e standard di assistenza generalmente proporzionati ad esse.

Un altro settore che è stato implementato negli ultimi anni è stato quello delle Cure palliative. Il programma, di cui alla legge 39/2000 eroga un finanziamento totale alle Regioni pari a € 206.566.258 per la realizzazione di strutture per le cure palliative. Le strutture attivate con i finanziamenti della legge sono ad oggi 72, per la maggior parte situate nelle *regioni del nord Italia*. Altre strutture sono in corso di realizzazione e si prevede nel *prossimo futuro* un notevole *incremento delle strutture attivate*.

In attuazione della legge sono stati emanati due provvedimenti normativi: il primo di definizione dei requisiti minimi per le strutture di cure palliative; il secondo per l'attivazione della rete di assistenza dei pazienti terminali, poiché le strutture vanno intese come uno dei nodi della rete al quale il paziente accede per periodi temporanei nei quali non è appropriata la sua permanenza al proprio domicilio.

Con il decreto n. 43 del 22.02.2007 del Ministro della Salute, adottato di concerto con il Ministero dell'Economia, sono stati definiti gli standard relativi all'assistenza ai malati terminali. Il decreto si è reso necessario anche al fine di disporre in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali e quantitativi delle strutture dedicate alle cure palliative e della rete di assistenza ai pazienti terminali: entro il 2008 le Regioni dovranno adeguarsi.

Il 20 marzo 2008 è stato inoltre raggiunto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente "Documento tecnico sulle cure palliative pediatriche". In Italia, in media circa 11.000 bambini con malattia inguaribile e/o terminale (1/3 oncologica-2/3 non oncologica), hanno necessità di cure palliative pediatriche e debbono essere seguiti da una rete assistenziale comprendente un team di cure palliative pediatriche di terzo livello, i servizi territoriali ed ospedalieri più vicini al luogo di vita del minore, che garantisca le azioni essenziali nell'ambito del processo di *assessment* diagnostico e di presa in carico. La cura prestata a domicilio resta per l'età pediatrica l'obiettivo principale da raggiungere, ma esistono momenti del percorso assistenziale che richiedono una soluzione residenziale. Le Regioni sceglieranno i modelli da attuare.

Si sono, poi, attivate varie tipologie erogative per migliorare l'assistenza delle famiglie che si assumono l'impegno di cura delle persone disabili, come i "*letti di sollievo*" con inserimento temporaneo di persone non autosufficienti presso strutture residenziali.

In molte Regioni si sono istituiti gli *ospedali di comunità* ("*country hospital*") gestiti dai Medici di medicina generale in forma integrata con un'equipe sociosanitaria.

Gli ospedali di comunità, tuttora piuttosto limitati sul territorio nazionale (ne esistevano circa 50 nel 2006, prevalentemente concentrati in 8 Regioni), sono sicuramente interessanti perché creano un anello di congiunzione, finora mancante, fra la rete dei servizi domiciliari, le strutture residenziali per anziani (RSA, strutture protette, case di riposo) e gli ospedali. È un modello di struttura sociosanitaria territoriale della rete dei servizi distrettuali che si rivolge prevalentemente a persone anziane attraverso l'attivazione di p.l. gestiti dai loro medici di fiducia. Realizza un ruolo centrale del M.M.G. integrato con l'equipe sociosanitaria nell'ambito dell'Assistenza Sanitaria alle persone più fragili, nel rispetto dell'approccio olistico al paziente.

Questa tipologia di struttura sta trovando spazi nelle Regioni dotate di posti letto in esubero, che devono andare incontro a riconversione.

A livello ospedaliero si sta lavorando sia per implementare l'appropriatezza dei ricoveri sia per il miglioramento della fase della dimissione, soprattutto quando riguarda i pazienti più complessi, individuando le migliori modalità di raccordo e coordinamento tra i diversi operatori ospedalieri e territoriali (i medici ospedalieri e i medici di medicina generale), per garantire l'immediata presa in carico del paziente cronico a livello territoriale e l'attuazione di percorsi assistenziali condivisi, anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatici, approfondendo tutte le potenzialità dell'ICT per l'integrazione tra i diversi servizi offerti in modo che si realizzi tra di essi un continuum a tutto vantaggio della persona che vede accresciute e facilmente accessibili le opportunità di benessere e di inclusione.

Di fronte a questa offerta differenziata di servizi non possiamo non ricordare il ruolo fondamentale che riveste la valutazione multidimensionale (VMD) che consente di definire il complesso integrato dei bisogni dell'utente, con riguardo alle problematiche sanitarie, assistenziali, tutelari, psicologiche e socio-economiche, per l'elaborazione e la attuazione del Piano assistenziale individuale, a cui concorrono operatori sanitari e sociali, che risponda a criteri di efficacia ed appropriatezza.

In Italia non è stato adottato un unico strumento di valutazione multidimensionale e fino a qualche anno fa in gran parte del territorio la scelta era operata dagli stessi componenti dell'equipe. Negli ultimi due anni si è realizzata l'adozione di strumenti di valutazione regionali che, tuttavia, non favoriscono modalità uniformi di accertamento della condizione di non autosufficienza. Nella prospettiva di giungere ad un sistema che riconduca le prestazioni al bisogno specifico della persona piuttosto che alla sua menomazione, la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, può rivelarsi uno strumento prezioso per identificare in modo puntuale le funzionalità della persona lasciando in secondo piano i criteri diagnostici utilizzati per accertare la menomazione.

L'integrazione delle competenze sanitarie non è di per sé sufficiente a garantire la copertura di bisogni socio-sanitari complessi, che vedono agire accanto a determinanti sanitarie anche, e in qualche caso soprattutto, determinanti sociali. Lungo questo percorso sono stati individuati due obiettivi prioritari: in primo luogo il progressivo conseguimento di una maggiore omogeneità degli interventi attualmente realizzati nei diversi contesti regionali; in secondo luogo una maggiore integrazione degli interventi laddove essi vengono erogati e gestiti da strutture amministrative diverse, in parte in ambito sanitario e in parte in ambito sociale. L'istituzione del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, che ha accorpato le competenze di tre dicasteri, è un chiaro impegno assunto dal Governo nella direzione di integrare e avvicinare strutture amministrative e processi decisionali, per l'elaborazione di linee programmatiche e di indirizzo che consentano il superamento delle criticità e della frammentazione degli interventi oggi presenti.

Rispetto a quanto già riportato nel precedente rapporto, si registra a livello regionale e locale un più diffuso ricorso alla programmazione integrata al fine di consentire ai Comuni e alle ASL di attivare procedure condivise per la presa in carico globale della persona, attraverso la gestione unitaria dei servizi in ambiti territoriali omogenei. Gli strumenti locali per l'attuazione di politiche integrate sono il Piano di zona e il Piano delle attività territoriali dove si sviluppa la programmazione locale sociale e sanitaria per definire, in coerenza con gli indirizzi delle aziende ASL e dei Comuni, gli obiettivi e le attività sanitarie, sociosanitarie e sociali. Si sta lavorando all'organizzazione di uno sportello unico come modalità organizzativa, primo servizio a disposizione del cittadino, prioritariamente rivolta alle persone con disagio derivato da problemi di salute e da difficoltà sociali, atta a facilitare un accesso unificato alle prestazioni

sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza. Esso dovrebbe rappresentare la porta attraverso la quale si realizza la presa in carico globale del cittadino e dei suoi bisogni e la certezza al paziente (portatore spesso di problematiche complesse) di una risposta tempestiva ed adeguata alle sue effettive necessità, con l'affido diretto alle unità valutative e agli altri servizi da cui dipende la definizione e l'attuazione del percorso assistenziale individuale, configurandosi come elemento di garanzia sostanziale del principio di "equità di accesso".

Con il potenziamento dell'assistenza territoriale, l'integrazione con il sociale, l'unicità della presa in carico, l'offerta di servizi flessibili e personalizzati integrati nel PAI, il coordinamento tra i vari livelli di assistenza, facilitato dall'uso dell'ITC, si sta concretizzando la rete di servizi e di operatori, indifferentemente pubblici o privati, che offrono, in ragione di precisi standard di qualità ed efficienza coerenti in tutto il territorio nazionale, non solo semplici servizi sociali e prestazioni assistenziali, ma una risposta globale ai diversi bisogni della persona.

Per conseguire tali obiettivi, la legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) ha istituito il Fondo nazionale per le non autosufficienze, destinato a finanziare il raggiungimento di livelli essenziali delle prestazioni in favore di quanti non sono in condizioni di compiere in autonomia gli atti elementari della vita quotidiana. Le risorse assegnate al Fondo nazionale vengono ripartite tra le regioni e le province autonome per la copertura dei costi delle prestazioni sociali, in aggiunta alle prestazioni sanitarie attualmente erogate a carico del Fondo sanitario nazionale.

Con questo intervento si intende fornire risposta, in termini quantitativi e qualitativi, ai bisogni delle persone in condizione di limitata autonomia e alle loro famiglie. Peraltro, l'istituzione di un Fondo nazionale collegato all'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali rappresenta un chiaro impegno per il raggiungimento di livelli uniformi di assistenza su tutto il territorio nazionale.

A questo proposito è stato elaborato ed approvato dal Governo, il 16 novembre 2007, un disegno di legge delega con l'obiettivo di costruire un sistema di protezione e cura delle persone non autosufficienti che prevedeva cinque aree di intervento sulle quali costruire un insieme organico di interventi. In primo luogo, viene considerata la necessità di procedere, con criteri uniformi su tutto il territorio nazionale, all'accertamento della condizione di autosufficienza e alla puntuale individuazione dei bisogni di assistenza, facendo ricorso ai principi della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) adottata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In secondo luogo, si è inteso definire i livelli essenziali delle prestazioni da erogare in relazione alle diverse situazioni di bisogno, prevedendo modalità facilitate di accesso alle prestazioni mediante "punti unici di accesso" che, a livello territoriale, siano in grado di fornire alla persona non autosufficiente e alla sua famiglia le informazioni e le prestazioni cui ha diritto. In tal senso l'obiettivo primario è quello di definire un progetto di presa in carico della persona non autosufficiente che preveda interventi personalizzati in ragione dell'età e della condizione di non autosufficienza, alla cui elaborazione possa partecipare la persona assistita ed eventualmente i suoi familiari. Allo stesso modo, si prevede di stabilire standard qualitativi e quantitativi delle prestazioni in relazione alla tipologia di assistenza, al livello di non autosufficienza e alle caratteristiche del nucleo familiare o di convivenza dell'assistito. Il terzo aspetto considerato dal disegno di legge delega fa riferimento alla necessità di prevedere un'attuazione progressiva dei livelli essenziali delle prestazioni, con particolare riferimento alla disponibilità di risorse disponibili per tale intervento. In tal senso, l'accesso alle prestazioni verrebbe raggiunto progressivamente, privilegiando dapprima le persone con condizioni di non autosufficienza particolarmente gravi e quelle in condizioni di basso reddito. Una quarta area d'intervento richiamata dal provvedimento normativo approvato nel 2007 riguarda le modalità attraverso cui richiedere alle persone assistite la partecipazione al costo delle prestazioni per la componente sociale, in quanto non coperta dal Fondo sanitario nazionale. In tal senso l'obiettivo attiene alla

individuazione delle condizioni di reddito della persona assistita e del suo nucleo familiare, in base alle quali prevedere ovvero escludere la partecipazione al costo delle prestazioni sociali. Infine, con l'ultima area d'intervento si intende sviluppare un sistema informativo nazionale sulla non autosufficienza che permetta di rilevare in modo uniforme sul territorio i bisogni e gli interventi, integrandosi con il sistema informativo nazionale attualmente in uso per le prestazioni sanitarie. Attraverso una puntuale e sistematica rilevazione degli interventi attivati, si intende giungere ad una più efficace programmazione delle politiche pubbliche anche in relazione all'evolversi dei bisogni e ai diversi assetti organizzativi che si sono consolidati a livello regionale.

Al Fondo nazionale per le non autosufficienze sono state assegnate risorse per 100 milioni di euro per il 2007, 300 milioni per il 2008 e 400 milioni per il 2009. Tali risorse, che vengono ripartite alle regioni e alle province autonome in funzione delle persone residenti non autosufficienti e di indicatori demografici e socio-economici territoriali, vanno ad aggiungersi a quelle che a livello regionale e comunale sono destinate agli interventi a sostegno delle persone con disabilità e delle loro famiglie. Le risorse del Fondo nazionale sono destinate a coprire il costo delle prestazioni sociali erogate alle persone per le quali sia stata accertata una condizione di non autosufficienza, indipendentemente dall'età, e si aggiungono agli specifici finanziamenti che molte regioni già destinano alla cura e all'assistenza di questi soggetti.

Questo intervento si inserisce nel più ampio progetto di giungere alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali da garantire alle persone non autosufficienti, in aggiunta ai livelli essenziali di assistenza sanitaria già definiti in modo uniforme per l'intero territorio nazionale.

Il riparto delle risorse finanziarie alle regioni e alle province autonome viene effettuato in base a specifiche aree di intervento che dovranno orientare le diverse amministrazioni locali nell'utilizzazione delle risorse ad esse assegnate. In particolare sono stati fissati i seguenti obiettivi:

- Rafforzare i punti unici di accesso per favorire, a livello territoriale, l'accesso alle prestazioni e ai servizi dedicati alla non autosufficienza, con particolare attenzione anche alla diffusione dell'informazione.
- Rafforzare modalità di presa in carico della persona non autosufficiente attraverso un piano individualizzato di assistenza che possa considerare in modo integrato le prestazioni sanitarie e sociali. Nell'ambito di tale intervento si intende favorire l'uso delle nuove tecnologie con l'obiettivo di prolungare il mantenimento di condizioni di autonomia.
- Rafforzare modalità di assistenza integrata alla persona non autosufficiente che consentano la permanenza al proprio domicilio, assicurando in tal modo di poter continuare a vivere nel contesto familiare ed abitativo di appartenenza.

Accanto agli interventi da realizzarsi a livello territoriale, il provvedimento che assegna le risorse alle regioni e alle province autonome prevede che venga realizzato un monitoraggio dei singoli interventi attivati con il Fondo nazionale che consenta di raccogliere, a livello centrale, tutte le informazioni relative alle prestazioni erogate in favore dei cittadini in condizioni di limitata autonomia. L'obiettivo più generale si muove nella direzione di raccogliere, per la singola persona assistita, un insieme completo di informazioni che contenga oltre alle prestazioni anche le eventuali indennità finanziarie corrisposte in base alla specifica menomazione accertata. L'attività di monitoraggio sarà inoltre finalizzata ad una più efficace definizione dei livelli essenziali che dovrà avvenire in relazione all'analisi dei bisogni e dell'offerta presente nei diversi contesti territoriali.

In questi anni si sono diffuse nuove modalità di sostegno alle famiglie che accolgono persone non autosufficienti, nella forma di *contributi economici* per servizi sociosanitari o anche solo

sociali per facilitare la permanenza dei pazienti a domicilio o anche per una più ampia assistenza tutelare (ad es. nel Veneto è stato istituito un *fondo unico per la domiciliarità*), oltre all'erogazione di *voucher socio-sanitari* ovvero "titoli" per l'acquisto di determinati servizi socio-sanitari presso soggetti erogatori pubblici e privati accreditati.

A livello nazionale il Fondo nazionale per le politiche della famiglia, istituito nel 2007 e gestito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha destinato 25 milioni di euro al finanziamento, per l'anno 2008, di programmi sperimentali di intervento a sostegno delle famiglie per i costi derivanti da forme di assistenza per le persone non autosufficienti. L'obiettivo di tale intervento consiste nel riconoscere priorità alle famiglie che intendono favorire la permanenza delle persone non autosufficienti presso il proprio domicilio, evitando in tal modo l'allontanamento dal contesto familiare nel quale hanno vissuto e favorendo il mantenimento delle relazioni sociali ed affettive.

I temi della grave disabilità e della non autosufficienza sono inseriti anche nel *Libro Verde*, recentemente presentato dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sul futuro del modello sociale in Italia. Si tratta di un documento di grande valore strategico, presentato con il metodo della "consultazione pubblica", che intende stimolare il contributo di singoli cittadini, delle istituzioni centrali e locali e degli attori del terzo settore in risposta alle diverse domande che esso pone, attraverso una consultazione pubblica cui tutti sono stati invitati a partecipare. Al termine di questo processo, è intenzione del Governo definire un nuovo modello sociale che, fondandosi su un sistema integrato di interventi, possa assicurare, in modo omogeneo in tutto il Paese, risposte efficienti a quanti sono costretti a confrontarsi con condizioni di fragilità.

In particolare per i soggetti anziani maggiormente a rischio di sviluppare una condizione di non autosufficienza, il *Libro Verde* intende considerare risposte innovative alla crescente richiesta di assistenza. A tal fine si propone di favorire: l'integrazione delle politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali; l'integrazione tra i soggetti istituzionali e di questi con i soggetti sociali; l'integrazione operativa tra le diverse tipologie di servizi; l'alleanza tra soggetti erogatori pubblici e privati.