



**COUNCIL OF
THE EUROPEAN UNION**

Brussels, 6 March 2009

**6495/09
ADD 1 COR 1 (de, lt, it, mt)**

**SOC 112
ECOFIN 125
FSTR 25
EDUC 29
SAN 27**

CORRIGENDUM TO ADDENDUM TO COVER NOTE

to : Permanent Representatives Committee (Part I) / Council (EPSCO)

Subject : Draft Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2009
- Country Profiles

Italia

1. SITUAZIONE E PRINCIPALI TENDENZE

Sul mercato del lavoro è stato registrato un lieve miglioramento, con un aumento dell'occupazione dal 58,4% (2006) (57,6 nei dati 2005 della scheda ricapitolativa) al 58,7% (2007), ma con un significativo divario di genere (70,7% per gli uomini contro il 46,6% per le donne). Nello stesso periodo la disoccupazione è diminuita dal 6,8% (7,7 2005 nei dati 2005 della scheda ricapitolativa) al 6,1%. Il tasso generale di attività è nel 2007 diminuito di 0,2 punti percentuali, situandosi al 62,5%. Tale percentuale è tuttora al di sotto dell'obiettivo di Lisbona e il divario tra i due sessi è non indifferente: 50,7% per le donne (50,8% nel 2006) e 74,4% per gli uomini.

Malgrado il recente aumento, il tasso di occupazione per i lavoratori anziani (età 55-64 anni) è stato del 33,8% nel 2007 (45,1% per gli uomini e 23% per le donne), molto al di sotto dell'obiettivo di Lisbona del 50%. L'occupazione generale dei giovani è del 24,7% (29,6% per gli uomini, 19,5% per le donne). Gli indicatori di disoccupazione hanno continuato a far registrare una riduzione da un anno all'altro, andando dal 10,1% nel 2000 al 6,1% nel 2007, con un significativo divario di genere (4,9% uomini 7,9% donne). La ripartizione per gruppo d'età mostra il 20,3% per le persone di età compresa fra 15 e 24 anni e il 2,4% per quelle di età compresa tra 55 e 64 anni. A motivo dell'impatto della crisi nel mercato del lavoro, non si prevede per il 2009 alcuna creazione netta di posti di lavoro. Si prevede che la disoccupazione raggiunga il 6,7% nel 2008 e l'8,2% nel 2009.

Nel 2007 il tasso di rischio di povertà dell'Italia è stato del 20%, cioè dell'1% più del 2004. La ripartizione vede il 21% per le donne e il 18% per gli uomini; per gruppo d'età, il 25% per le persone di età compresa tra 0 e 17 anni e il 22% per le persone di oltre 65 anni.

Divari significativi tra i sessi e squilibri regionali caratterizzano tuttora il mercato del lavoro italiano, come pure avviene per la persistente elevata presenza di lavori irregolari e l'aumento di lavori flessibili, in special modo per le generazioni più giovani. Il 65% delle famiglie italiane povere e il 68% delle persone povere sono concentrati nel Mezzogiorno. Il rischio di povertà è più elevato per i bambini in famiglie numerose nel sud dell'Italia (36,7%) rispetto alla media nazionale (27,1%)¹.

Nel 2006 l'Italia ha speso il 26,6% del suo PIL per la protezione sociale. La spesa era destinata principalmente agli anziani e ai superstiti² (60,5%), alla malattia e alle cure sanitarie (26,8%), mentre disoccupazione, alloggio e inclusione sociale sono oggetto di misure cronicamente insufficienti. A causa dell'invecchiamento della popolazione e di un basso tasso di fecondità (1,35 nel 2006) l'Italia dovrà affrontare una pressione demografica fortemente negativa nel corso dei prossimi decenni. Si prevede che l'indice di dipendenza degli anziani (30,5% nel 2008) raggiunga entro il 2050 il 59,2%, con un aumento dell'1,8% della spesa sociale.

¹ Rapporti ISTAT nel documento "*la povertà relativa in Italia nel 2007*"; 4 novembre 2008.

² Occorre peraltro rilevare che in Italia le prestazioni quali il TFR (trattamento di fine rapporto, una specie di piano di risparmio obbligatorio in seno all'impresa) sono classificate nella funzione vecchiaia, ma in parte contano come spesa in materia di disoccupazione. Tali prestazioni rappresentano circa il 5% delle prestazioni sociali complessive.

La speranza di vita alla nascita (2004: 77,9 per gli uomini e 83,8 anni per le donne) e la speranza di vita in buona salute (2005: 65,8 anni per gli uomini e 67,0 anni per le donne — valori provvisori) sono elevate e al di sopra della media dell'UE. La mortalità infantile, con un tasso del 3,8 per 1000 nel 2007, è lievemente al disotto della media dell'UE.

Nel 2007 gli immigrati in Italia hanno rappresentato il 5,8% della popolazione complessiva (51% donne, 49% uomini), contro il 2,3% nel 2001.

Il governo italiano ha adottato una serie di misure destinate a sostenere le famiglie e le imprese più direttamente colpite dalla crisi, cercando nel contempo di accelerare gli investimenti pubblici. Le misure volte a sostenere il reddito disponibile delle famiglie e a ripristinare la fiducia dei consumatori includono un trasferimento in contanti *una tantum* alle famiglie a basso reddito, l'estensione delle prestazioni di disoccupazione ai lavoratori atipici, sgravi fiscali su retribuzioni a rendimento e congelamento delle tariffe per alcuni servizi. Nel 2009 il costo complessivo di queste misure rappresenta circa lo 0,25% del PIL. Inoltre, una "social card" di 40 euro mensili, già prevista nella legge di bilancio 2009, è destinata a sostenere le famiglie a basso reddito nell'acquisto di alcuni beni e servizi a partire dal quarto trimestre del 2008.

2. APPROCCIO STRATEGICO GENERALE

Il rapporto sottolinea l'importanza di garantire la sostenibilità a lungo termine delle finanze pubbliche, promuovendo nel contempo una crescita economica più forte. Di conseguenza la priorità strategica consiste nel ridurre la spesa pubblica, eliminare gli sprechi di risorse e re-indirizzare la spesa pubblica verso quelli che ne hanno più bisogno. Una seconda priorità consiste nell'aumentare i tassi di occupazione delle donne, dei giovani e degli anziani vista l'esigenza di aumentare in modo sostanziale l'occupazione per garantire la sostenibilità del sistema pubblico e migliorare la libertà individuale di scelta. Una terza priorità consiste nel promuovere politiche favorevoli alla famiglia aumentandone il potere d'acquisto e migliorando la conciliazione della vita lavorativa e familiare. Infine si pone l'accento sulla dimensione regionale, incentrata sulla decentralizzazione delle competenze tramite la riforma del sistema di welfare che verrà attuato parallelamente al federalismo fiscale.

Recenti mutamenti politici hanno fatto sì che talune misure nel quadro delle priorità 2006-2008 fissate dal governo precedente fossero interrotte. La priorità NSRSPSI 2006-2008 numero 4 "ridurre le disparità regionali" è sostanzialmente confermata come parte dell'approccio orizzontale e attraverso il riferimento al programma di riforma nazionale di Lisbona, in cui vengono ampiamente affrontate le dimensioni e le differenze regionali e con un'analisi approfondita dell'utilizzazione dei fondi strutturali e nazionali nell'ambito del quadro strategico nazionale di riferimento 2007-2013. I divari tra regioni sono tuttora molto evidenti in Italia, dove le regioni meridionali sono in ritardo in settori quali istruzione, occupazione, cure sanitarie e accesso ai servizi e all'assistenza sanitari.

Il progetto di rapporto è più simile a un documento esplicativo che non a un documento di programmazione. A parte alcune eccezioni nel capitolo sull'inclusione sociale, esso non fissa obiettivi né indicatori quantitativi né scadenze. Ciò è in parte dovuto al fatto che sarà a breve presentato un nuovo Libro bianco sul futuro del welfare in Italia. Esso fa seguito alla consultazione avviata dal Ministero del lavoro, salute e politiche sociali l'estate scorsa attraverso il Libro verde ed è destinato a identificare un nuovo modello di welfare, con priorità, misure e modalità specifiche per il raggiungimento degli obiettivi.

Le priorità in materia d'inclusione sociale riguardano 1) i senzatetto e le persone che vivono in estrema povertà, 2) le famiglie in condizioni difficili, 3) la povertà infantile e 4) gli immigrati, i Rom e i Sinti. Quanto ai divari generalizzati tra i sessi, il rapporto nazionale sulle strategie riconosce che ciò in Italia costituisce un problema, ma le politiche proposte non sembrano adeguate a far pienamente fronte alla sfida esistente.

L'obiettivo sulla "governance" è menzionato esplicitamente e il progetto di rapporto sottolinea l'esigenza di un maggiore coordinamento tra le autorità nazionali, regionali e locali, tramite l'istituzione di un'agenzia permanente. Un ruolo importante sarà attribuito a tutte le parti interessate nell'applicazione delle varie politiche e misure. Tranne che per l'inclusione sociale supportata da dati concreti, sono necessari maggiori particolari per meglio spiegare il collegamento alla strategia di Lisbona. Viene messa in rilievo l'importanza dei fondi strutturali nell'attuazione delle politiche sull'inclusione sociale e nella riduzione delle divergenze regionali. Il documento fa riferimento ai fondi strutturali e alla necessità di coordinare le misure tra i vari livelli di governo e di gestione, visto in particolare il numero di programmi operativi (24 cofinanziati dal Fondo sociale europeo). Esso menziona altresì il quadro strategico nazionale di riferimento e l'importanza attribuita all'inclusione sociale come macro-obiettivo del quadro strategico in questione. L'obiettivo finale è quello di migliorare le condizioni di vita e l'accesso ai servizi per tutti i cittadini.

3. INCLUSIONE SOCIALE

3.1. Principali tendenze

Il rallentamento dell'inflazione porta un certo sollievo alle famiglie a basso reddito, ma il rischio di perdita del lavoro e, in misura minore, la restrizione del credito ai consumatori interesserà le condizioni di vita delle famiglie e dei singoli. Nel 2007 il tasso totale delle persone a rischio di povertà, al netto delle prestazioni sociali, è del 20% ma si eleva al 25% per i giovani al di sotto di 18 anni. Il numero di figli nei nuclei familiari senza occupati si è ridotto recentemente fino al 5,9% nel 2007 (2,9% in meno che nel 1999). Nello stesso periodo, nel 2007, è diminuito al 9,2% il numero di componenti dei nuclei familiari senza occupati. L'incidenza della povertà è soprattutto concentrata nel Mezzogiorno e riguarda per lo più famiglie numerose, famiglie il cui capofamiglia è disoccupato e donne o uomini con bassi livelli d'istruzione. In genere le donne sono maggiormente a rischio di povertà e il divario cresce con l'età.

La percentuale di abbandono scolastico prematuro, sebbene in riduzione, è tuttora elevata e ben al di sopra della media dell'UE (19,3% nel 2007), con un notevole divario di genere (15,9% per le ragazze e 22,6% per i ragazzi). I risultati mediocri in termini di livello d'istruzione e di tasso occupazionale mettono in evidenza le difficoltà incontrate dai giovani nel passaggio dalla scuola alla vita lavorativa. Ciò si rispecchia nella concentrazione di disoccupati tra i giovani (il tasso di disoccupazione per i giovani al di sotto dei 24 anni è del 20,3% contro un tasso del 4,9% per i giovani di età superiore a 24 anni).

Da rilevare che per i nuovi lavoratori dipendenti il tasso dei contratti a tempo determinato si avvicina al 45%.

3.2. Progressi rispetto alle priorità fissate nel rapporto nazionale sulle strategie (PAN Incl.soc.) 2006-2008 e sfide individuate nel rapporto congiunto 2007

Gli obiettivi del progetto di rapporto 2008-2010 differiscono dalle priorità del rapporto 2006-2008, dato che i mutamenti politici hanno comportato la modifica di alcune misure e strategie.

In particolare la priorità "riduzione delle disparità regionali", una delle sfide del rapporto congiunto 2007, dato che la natura multidimensionale della povertà è legata alle differenze regionali, forma attualmente parte dell'approccio orizzontale. Altre sfide precedentemente individuate, ad esempio "aumentare il livello di partecipazione sul mercato del lavoro specialmente delle donne, dei giovani e degli anziani" non vengono approfondite qui, in quanto trattate nel Piano Nazionale di Riforma (Rapporto sulla Strategia di Lisbona) come indicato nella "Common Overview". Le nuove misure non hanno obiettivi né indicatori, che saranno forniti con il Libro bianco. Di conseguenza non sono conosciuti gli importi e le fonti delle risorse finanziarie delle politiche proposte.

Nel progetto di documento non figura una valutazione completa dei progressi rispetto agli obiettivi del rapporto 2006-2008. Esso elenca le misure adottate dopo il 2006, ad es.: servizi socio-educativi per bambini, un piano familiare nazionale, il miglioramento dei centri di consulenza e delle cliniche per le famiglie, un fondo nazionale e assistenza per le persone deboli, qualifiche delle persone addette all'assistenza delle famiglie, piano nazionale per alloggi pubblici sociali e maggiori risorse per l'occupazione di portatori di handicap. Altre misure sono rivolte agli immigrati, ad es. un fondo e regimi per l'inclusione sociale degli immigrati e dei Rom, con la fornitura di aiuto abitativo e mediatori culturali per migliorare l'inclusione sociale degli studenti immigrati.

3.3. Sfide e priorità principali

La politica sull'inclusione sociale si basa su un approccio che sottolinea la crescita economica come uno strumento per ridurre la povertà. Essa comporta la necessità di migliorare il coordinamento tra le politiche, nonché tra le autorità nazionali, regionali e locali. La politica s'incentra sulle quattro priorità nazionali menzionate in precedenza. Un raffronto tra i rapporti 2006-2008 e 2008-2010 dimostra che la prima nuova priorità "estrema povertà e senzateo" può essere coperta dalla priorità precedente "riduzione della povertà". Le famiglie in condizioni difficili rappresentano una componente dell'obiettivo precedente "garantire un migliore accesso ai diritti e ai servizi". Analogamente, la povertà infantile è un aspetto delle priorità antecedenti "garantire un migliore accesso ai diritti e ai servizi" e "riduzione della povertà" e "immigrati, Rom e Sinti" e un aspetto della priorità "categorie vulnerabili".

3.4. Misure politiche

Le misure illustrate nel documento nel quadro delle quattro priorità selezionate, se adeguatamente attuate, potrebbero ridurre la povertà e l'esclusione sociale. Peraltro, la frequente mancanza di un solido contesto analitico e di una valutazione dell'impatto delle politiche precedenti, abbinata ad obiettivi e indicatori non specifici, rende difficile giudicarne l'adeguatezza. Le misure saranno finanziate principalmente a partire dal bilancio nazionale e dai fondi strutturali, ma l'assegnazione delle risorse finanziarie a misure specifiche non risulta sempre chiara. Esiste prevedibilmente un rischio in termini di gestione frammentaria e difficoltà di valutazione.

Nell'ambito della prima priorità "estrema povertà e senzateo" grande attenzione è rivolta all'esigenza di monitorare la situazione delle persone senzateo, e saranno prese misure specifiche, ad esempio un'indagine nazionale su statistiche, fabbisogni, motivi e servizi riguardanti le persone senzateo, un programma nazionale per riconoscere una residenza legale alle persone senzateo in collaborazione con i comuni, la possibilità per le persone senzateo di accedere a misure e a servizi destinati alle persone vulnerabili (ad es., la "social card"), linee direttrici nazionali di lotta all'estrema povertà in zone urbane e una tavola rotonda nazionale aperta alle persone in condizioni di povertà.

Per sostenere tale priorità non sono ancora definite risorse supplementari. Le autorità regionali e locali e le ONG saranno coinvolte attraverso un metodo aperto di coordinamento.

Quanto alla seconda priorità "famiglie in condizioni difficili", l'Italia si è impegnata a ridurre il tasso di rischio di povertà. La priorità sarà proseguita principalmente attraverso un piano nazionale di alloggi pubblici a favore delle famiglie numerose e a basso reddito, delle famiglie con portatori di handicap o delle persone anziane e degli immigranti con basso reddito. Un secondo regime è costituito dalla "social card" che offre alle persone più povere riduzioni su prodotti alimentari, bollette dell'energia e del gas. Il bonus (€480 nel 2008 per ogni beneficiario) è disponibile per circa 1.300.000 residenti con cittadinanza italiana. Per essere idonei, i beneficiari devono avere più di 65 anni e un reddito molto basso (< €6 000 all'anno), rappresentare famiglie povere con lo stesso reddito e con almeno un figlio di età minore di 3 anni o persone di età superiore a 70 anni con un basso reddito (fino a €8 000). La "social card" è principalmente finanziata tramite una nuova tassa sui profitti di settori specifici (la cosiddetta "Robin-tax") e sarà gestita a livello centrale da un'agenzia nazionale.

Le autorità regionali e locali partecipano al piano nazionale di alloggi pubblici, come pure ai piani d'inclusione sociale, conformemente all'attuale quadro giuridico.

La terza priorità è rappresentata dalla "povertà infantile". La principale misura esistente, cioè un piano nazionale per servizi socio-educativi, è stata mantenuta. Il piano riguarda una serie di azioni per bambini, inclusi asili e nidi d'infanzia, ed è attuato congiuntamente dallo Stato e dalle autorità regionali e locali.

L'ancora atteso piano d'azione nazionale 2008-2010 per l'infanzia e l'adolescenza includerà un sostegno al reddito delle famiglie, la conciliazione della vita lavorativa e della vita familiare, servizi di assistenza a familiari, la riduzione degli abbandoni scolastici prematuri e la lotta allo sfruttamento infantile, equilibrando gli approcci prevenzione/riduzione.

Le risorse devono essere tuttora individuate. Il progetto di rapporto si riferisce al quadro strategico nazionale di riferimento 2007-2013, che identifica come obiettivi specifici asili nido nel Mezzogiorno.

Per quanto concerne la quarta priorità "immigrati, Rom e Sinti" il fondo nazionale per l'inclusione sociale dei migranti, concernente in particolare difficoltà di ordine sociale e abitativo previsto dalla legge di bilancio 2007, è stato confermato per progetti attuati con il bilancio 2007. Le risorse finanziarie sono destinate all'inclusione dei bambini stranieri nelle scuole, con particolare attenzione ai bambini di minoranze etniche.

Sarà data priorità all'insegnamento dell'italiano e all'accesso a occupazione e alloggio regolari. Quanto alle minoranze etniche, in particolare i Rom e i Sinti, il piano nell'ambito del quadro strategico nazionale di riferimento 2007-2013 dovrà contribuire a valutare in modo migliore la situazione socio-demografica ed economica delle comunità etniche esistenti, nonché a migliorare i servizi loro destinati (ad es., istruzione, formazione professionale, occupazione, servizi sanitari e sociali), la selezione, l'analisi e il trasferimento delle prassi ottimali nei confronti della discriminazione nonché iniziative e campagne per porre fine ai pregiudizi e agli stereotipi nei confronti dei Rom.

Come menzionato in precedenza, per la maggior parte delle misure e delle priorità contenute nel progetto di rapporto 2008-2010 non vengono indicati né obiettivi né indicatori. Inoltre non è esaminata adeguatamente la prospettiva di genere: sono contenuti alcuni riferimenti riguardanti la partecipazione al mercato del lavoro e alla conciliazione della vita lavorativa e quella familiare e alle cure sanitarie. Iniziative quali il sostegno alle donne immigrate, finanziato dal fondo nazionale

per l'inclusione sociale degli immigrati, non figurano più nel progetto di documento 2008-2010, e ciò nonostante il fatto che tutti i più importanti indicatori per l'Italia continuino a rilevare un notevole divario tra i sessi in materia di povertà e di condizioni di vita.

3.5. Governance

Il rapporto sottolinea la necessità di migliorare il coordinamento tra le politiche e un metodo aperto di coordinamento tra le autorità nazionali, regionali e locali (attraverso un'agenzia permanente che svolgerà un ruolo importante quando verranno applicate le norme previste sul federalismo fiscale). Questi obiettivi consentiranno alle autorità nazionali, regionali e locali di individuare corsi comuni d'azione, iniziative e corrispondenti risorse finanziarie in modo coordinato, di istituire un sistema adeguato di monitoraggio e di valutazione, di rapportare il piano nazionale per l'inclusione sociale ai piani regionali e locali, di integrare le politiche sociali e occupazionali per le categorie più vulnerabili e di definire livelli di base di fornitura di servizi per garantire un equo accesso a tutti i cittadini ai diritti civili e sociali a livello nazionale.

Il documento ha riaffermato i meccanismi per la governance a più livelli basata sui principi di sussidiarietà, costituzione in rete e partenariato che: a) interessano i settori privato, pubblico e sociale; b) conferiscono alle parti interessate regionali e locali un ruolo importante nella cooperazione regionale; c) offrono agli uffici centralizzati il ruolo di coordinamento strategico nazionale, con il sostegno degli uffici subnazionali.

4. PENSIONI

4.1. Principali tendenze

La riforma delle pensioni del 1995 conteneva spese pubbliche per le pensioni, spese destinate ad aumentare dal 14,2% del PIL nel 2004 a soltanto il 14,7% nel 2050, con un tasso di sostituzione lordo destinato a diminuire dall'80% nel 2006 al 77% nel 2046. Il tasso di sostituzione lordo diminuirà come conseguenza del rilevante invecchiamento della popolazione. L'età effettiva di uscita dal mercato del lavoro è stata di 60,4 nel 2007 mentre la speranza di vita alla nascita nel 2006 è stata di 78,2 per gli uomini e di 84 per le donne.

Il regime di pensioni attuale è principalmente basato sulla riforma 1995, che ha introdotto le prestazioni a contribuzione definita. Il metodo basato sui contributi si applica appieno soltanto a quelli che sono entrati per la prima volta nel mercato del lavoro dopo il 1995. I lavoratori con almeno diciotto anni di contributi alla data d'introduzione rimangono nel regime commisurato al guadagno. La legge n. 243/2004 fissava i requisiti d'età a 65 anni per gli uomini e a 60 anni per le donne¹ e concedeva un pensionamento anticipato soltanto alle persone con 40 anni di contributi o con 35 anni di contributi e 60 anni d'età. Come risultato dell'assai lungo periodo di transizione a seguito della riforma 1995, fino al 2013-2015 le persone continueranno ad andare in pensione sulla base del regime più favorevole commisurato alla retribuzione; a decorrere da tale data il metodo a contribuzione definita rivestirà un peso ampio e crescente per determinare l'importo delle prestazioni e sarà pienamente integrato soltanto a partire dal 2033-35.

¹ Va ricordato che, per quanto riguarda i dipendenti pubblici, la Corte di giustizia europea ha dichiarato nel novembre 2008 che, mantenendo in vigore una disposizione grazie alla quale tali dipendenti hanno diritto a ricevere la pensione di vecchiaia in età diverse a seconda del sesso, la Repubblica italiana ha mancato di soddisfare gli obblighi di cui all'articolo 141 CE.

Le riforme 1995 miravano ad aumentare l'importo dei risparmi investiti in fondi pensione. Malgrado l'intervento legislativo, il numero di lavoratori iscritti a fondi pensione privati è rimasto basso. Per questo motivo la riforma delle pensioni 2004 e la legge n. 296/2006 hanno introdotto ulteriori misure per rafforzare il secondo pilastro in due modi, offrendo incentivi fiscali più elevati e trasferendo il TFR¹ ai fondi pensione secondo il metodo "chi tace acconsente" . L'adesione a fondi pensione privati resta un'opzione volontaria.

4.2. Sfide e priorità principali

Il progetto di documento s'incentra sulle spese per le pensioni in Italia e fornisce informazioni statistiche adeguate sulla stabilizzazione delle spese per pensioni nell'ultimo decennio nonché proiezioni della spesa a medio e a lungo termine. Esso specifica chiaramente che, a seguito delle riforme del 1995, la sfida principale consiste nel garantire pensioni adeguate ai futuri pensionati, in particolare visto che i tassi di sostituzione stanno già diminuendo in modo rilevante per una carriera di 40 anni. Dal momento che la maggior parte delle carriere in Italia sono notevolmente più brevi, ciò rappresenta tanto più una sfida.

Il progetto di rapporto nazionale sulle strategie fornisce inoltre proiezioni a lungo termine in merito al livello in cui le pensioni del secondo pilastro contribuiranno a garantire adeguati tassi di sostituzione per i pensionati. Peraltro le ipotesi alla base dei calcoli contribuiscono ad aumentare i tassi di sostituzione previsti da regimi di pensione privati a contribuzione definita. Dato il profilo attuale della forza di lavoro, l'aumento del lavoro atipico e l'adesione limitata ai regimi privati, non sembra realistico considerare i contributi regolari permanenti come modello di riferimento per esaminare la futura adeguatezza delle pensioni.

Il rapporto nazionale sulle strategie individua una strategia pratica basata su tre pilastri:

- miglioramento dei tassi di occupazione per tutte le categorie di lavoratori;
- miglioramento della copertura delle pensioni supplementari;
- miglioramento della sicurezza sociale per quanti non sono coperti adeguatamente (lavoratori atipici).

Mentre sull'ultimo punto si stanno registrando progressi, non è chiaro quali politiche interesseranno i punti 1 e 2 precedenti.

4.3. Un maggior numero di persone occupate e un lavoro di più lunga durata

Il progetto di rapporto strategico nazionale rileva che molto occorre fare in questo campo e che vanno elaborate in futuro strategie politiche. Il rapporto peraltro non accenna a tali strategie.

Per ampliare la copertura sono state intraprese varie misure: aumento di contributi dai lavoratori atipici, introduzione di crediti di assistenza e maggiore flessibilità per conciliare tutti i periodi contributivi in un unico fondo. Queste misure dovrebbero migliorare i diritti a pensione della maggior parte delle persone assunte con contratti a breve termine e atipici, quanto meno per una parte della loro vita lavorativa.

¹ Cfr. nota 1.

Quanto al prolungamento della vita lavorativa, il rapporto cita varie misure politiche regionali e locali introdotte negli ultimi anni, anche con un contributo del FSE. Sarebbe molto interessante e utile valutare tali programmi sperimentali realizzati a livello regionale e locale.

Il documento non affronta in modo soddisfacente l'aspetto principale dell'aumento dei tassi di occupazione, in particolare per le donne. Il documento dovrebbe anche affrontare in modo migliore il processo destinato ad armonizzare l'effettiva età di pensionamento per le donne e per gli uomini, in quanto esso potrebbe ridurre il divario tra i sessi per quanto riguarda i diritti al pensionamento e rafforzare i tassi di occupazione dei lavoratori anziani.

L'importanza di queste sfide è stata sottolineata nel contesto della strategia di Lisbona. Il Consiglio europeo di primavera del 2008 ha invitato l'Italia ad aumentare la fornitura di servizi di assistenza ai bambini e agli anziani in modo da conciliare la vita lavorativa e quella familiare e promuovere la partecipazione delle donne al mercato del lavoro. Una strategia politica esauriente sull'invecchiamento attivo è infatti indispensabile per aumentare l'occupazione dei lavoratori anziani e migliorare l'adeguatezza delle pensioni.

4.4. Regimi pensionistici gestiti privatamente

Il rapporto mostra una situazione insoddisfacente, in particolare tenuto conto dei bassi tassi di copertura tra i giovani e i lavoratori a basso reddito, le donne e, più in generale, con riferimento alle piccole aziende e alle regioni meridionali. I regimi pensionistici gestiti privatamente (normativi, professionali o individuali) debbono essere sviluppati per tali categorie, ma il documento termina senza affrontare le implicazioni dell'analisi avviata.

4.5. Reddito minimo per le persone anziane

Si riscontra un'ampia disparità regionale nella percentuale di persone anziane che vivono al di sotto della soglia di povertà, con il 23% di persone anziane nelle regioni meridionali contro l'8,2% e il 6,9% nelle regioni settentrionali e centrali.

La recente legislazione ha inoltre disposto un aumento delle pensioni contributive minime. In particolare, conformemente alla legge 127/2007 che applica il protocollo 2007 sul welfare, i pensionati di età superiore a 64 anni con un reddito fino ad una volta e mezzo la pensione minima contributiva (cioè fino a €8 504 nel 2007 e €8 640 nel 2008) hanno diritto a un importo forfettario supplementare di €327 nel 2007 e di €420 nel 2008. Aumenti sono stati anche decretati per tutti i tipi di pensioni non contributive, ma soltanto per i pensionati di oltre 70 anni di età. L'aumento annuo è pari a €156. Come risultato, nel 2008 le pensioni di assistenza pubblica per tale categoria di pensionati sono ammontate a €580 mensili.

L'attuale governo ha inoltre appena introdotto un'ulteriore misura per i pensionati a basso reddito: una carta elettronica prepagata di €480 all'anno (cfr. parte inclusione sociale).

4.6. Informazioni e trasparenza

Nella misura in cui i regimi pensionistici privati sono destinati a coprire un numero maggiore di lavoratori rispetto alla situazione attuale, sono di fondamentale importanza informazioni e trasparenza su tutti i diritti a pensione. Il governo si sta orientando verso un sistema in grado di consentire a tutti i pensionati di controllare la propria situazione generale in ogni momento, anche se questo non è ancora operativo. Occorre intraprendere ulteriori sforzi affinché tutte le categorie di lavoratori conoscano e capiscano le possibilità offerte dalle pensioni complementari.

5. ASSISTENZA SANITARIA E ASSISTENZA A LUNGO TERMINE

5.1. Servizi sanitari

5.1.1. Situazione sanitaria e descrizione del sistema

In Italia esiste un servizio sanitario nazionale finanziato dalle imposte. Dal 2001 la responsabilità della gestione locale dei servizi sanitari è stata demandata alle regioni. Il servizio sanitario nazionale rimane responsabile della definizione del contesto strategico e delle politiche nazionali, nonché dei livelli essenziali di assistenza (LEA) che devono essere disponibili in modo uniforme in tutto il paese. Le regioni sono responsabili dell'organizzazione e della gestione del sistema sanitario. Le autorità sanitarie locali, sia a livello ospedaliero che a livello comunale, sono responsabili dell'erogazione dei servizi sanitari. I finanziamenti sono erogati alle regioni a partire dal bilancio centrale secondo una serie di parametri (popolazione, frequenza del ricorso a cure sanitarie per età e sesso, indicatori epidemiologici territoriali). Peraltro, la spesa sanitaria pro capite (\$ 2 614 nel 2006) varia tuttora in modo rilevante da regione a regione. Il sistema è anche finanziato talvolta con imposte regionali. Nell'ambito del servizio sanitario nazionale vi sono meccanismi di compartecipazione a carico degli utenti, ma non contributi anticipati.

L'assistenza sanitaria di base è fornita dai medici generici e dai pediatri, liberi professionisti che fanno capo al servizio sanitario nazionale. I pazienti possono scegliere il luogo e il medico cui desiderano rivolgersi (purché il medico di base non abbia raggiunto la quota massima consentita di pazienti) e i medici generici hanno il compito di fungere da filtro. I medici di base sono parte integrante della rete di servizi fornita dal distretto sanitario, che rappresenta la struttura di base del sistema di sanità pubblica.

In questo contesto il progetto di rapporto mette in luce le due seguenti priorità: a) il rafforzamento del ruolo della prevenzione e l'orientamento verso cure locali e ambulatoriali anziché ospedaliere e b) la riduzione degli squilibri regionali tramite il monitoraggio della gestione finanziaria regionale e della qualità (efficienza, adeguatezza, equità) a livello regionale. Queste costituiscono, infatti, due priorità che, almeno secondo i documenti ufficiali, sono condivise da tutte le principali parti interessate a livello nazionale e regionale.

5.1.2. Accessibilità

I pagamenti in eccesso relativi alla partecipazione alle spese per il ricorso ai servizi pubblici e alle cure sanitarie e farmaceutiche hanno rappresentato il 20,4% della spesa nel 2007. Dal momento che sono state espresse preoccupazioni circa l'impatto della partecipazione alle spese sui gruppi vulnerabili, sono state applicate esenzioni in base all'età, al reddito, alla disabilità/dipendenza e alle malattie croniche o rare. Le autorità locali (comuni) si assumono l'onere delle strutture assistenziali per le persone a basso reddito. Vi sono ancora lunghe liste d'attesa per cure ospedaliere e specialistiche. Il progetto di rapporto strategico nazionale menziona unicamente l'introduzione del piano nazionale 2006 destinato a ridurre i tempi di attesa, senza riferire sui risultati della sua applicazione in varie aree del paese.

Esistono differenze nella qualità dei servizi offerti dalle regioni. Questo problema è stato ulteriormente esacerbato dopo il 2001 e ha comportato la migrazione di pazienti che desideravano ottenere cure specialistiche di livello più elevato verso le regioni con una situazione sanitaria migliore.

L'accesso alle cure odontoiatriche costituisce anch'esso un problema rilevante a motivo della bassissima percentuale di dentisti che operano nel settore pubblico (soltanto l'8% del totale) e del costo comparativamente molto elevato delle cure odontoiatriche private.

Il sistema di contributi a carico degli utenti descritto nel rapporto 2006-2008 è tuttora applicato mentre è stato abolito il contributo di 10 euro per ogni ricetta specialistica; di conseguenza le risorse governative destinate al servizio sanitario nazionale sono aumentate per gli anni 2009, 2010 e 2011.

5.1.3. Qualità

Il rapporto strategico nazionale fornisce una descrizione particolareggiata della metodologia e delle procedure avviate per monitorare la qualità delle cure medico-sanitarie in tutto il paese. Esso mette in luce notevoli differenze tra il nord e il sud.

Il rapporto fa anche cenno in modo specifico all'attuazione delle priorità fissate nel rapporto strategico nazionale 2006-2008, ma nel 2008 sono state adottate importanti misure, ad esempio la vaccinazione contro il cancro della cervice ("papilloma virus") per le ragazze di 12-13 anni.

5.1.4. Sostenibilità

La spesa sanitaria generale si situa all'incirca nella media dell'EU, con il 9% del PIL nel 2006, registrando tuttavia un aumento rispetto all'8,1% del 2000. La spesa per le cure sanitarie risulta leggermente inferiore alla media con 2614 PPP\$ pro capite nel 2006. Nel 2007 la spesa relativa alle cure sanitarie rappresentava circa il 77,0% del totale della spesa sanitaria. Secondo le proiezioni CPE/CE 2006, è previsto che la spesa per le cure sanitarie aumenti di 1,3 punti percentuali del PIL entro il 2050 a causa dell'invecchiamento della popolazione.

La stabilità finanziaria rappresenta una preoccupazione fondamentale, in particolare in quanto esistono notevoli differenze tra regioni e le regioni con le spese più elevate non fanno registrare i migliori risultati in termini di qualità e di efficienza. Dati quantitativi e qualitativi confermano che una serie di regioni del centro-nord Italia sono ben attrezzate per gestire in modo efficace ed effettivo i loro sistemi di cure medico-sanitarie. Di conseguenza il governo è in procinto di avviare procedure onerose per razionare le risorse, destinare finanziamenti soltanto alle regioni con risultati positivi e trattenere i finanziamenti fintanto che le regioni con risultati insufficienti raggiungano i livelli di qualità richiesti. Il governo centrale trasferirà fondi ratealmente, in certi casi subordinati al completamento di una procedura di valutazione. Se da un lato è necessario spingere in direzione di miglioramenti nell'utilizzo razionale delle risorse in regioni con risultati insufficienti, queste nuove procedure potrebbero penalizzare le regioni con i risultati migliori.

Il rapporto strategico nazionale rivolge inoltre una particolare attenzione alle misure preventive. Esiste un piano nazionale di prevenzione 2005-2007 che alla fine del 2006 tutte le regioni hanno attuato per almeno il 50%, con un effettivo impatto (migliore individuazione del cancro e maggiori calcoli dei rischi cardio-vascolari dei singoli).

5.2. Assistenza a lungo termine

5.2.1. Descrizione del sistema

La fornitura dell'assistenza a lungo termine è basata su un sistema che associa le cure domiciliari integrate e le cure residenziali. La responsabilità spetta alle autorità regionali e locali, sia nel campo sanitario che in quello sociale, a seconda del tipo di servizio erogato. Il sistema è tuttora

insufficiente per una popolazione che invecchia ed esistono disparità geografiche significative per quanto riguarda la disponibilità e la qualità.

Anche in questo campo il nuovo Libro bianco sul futuro del welfare in Italia dovrà fornire più indicazioni e misure destinate a superare le disparità regionali, a raggiungere gli obiettivi di integrare assistenza sociale e sanitaria, mediante l'integrazione dei servizi, e indicare strumenti adeguati.

La spesa pubblica per le cure sanitarie a lungo termine dovrebbe aumentare di 0,7 punti percentuali del PIL entro il 2050. Non sono disponibili dati circa la spesa per cure sanitarie a lungo termine come percentuale del PIL.

522 *Accessibilità*

Il piano ignora gli aspetti di copertura e propone un modello di cure a lungo termine non connesso ai dati espliciti riguardanti la situazione sul terreno. Non vi è alcuna menzione: a) del profilo e della distribuzione territoriale delle persone disabili e delle persone anziane e deboli che hanno bisogno di assistenza a lungo termine; b) di proiezioni future di persone dipendenti per gruppo d'età e sesso; c) di livelli di copertura per le cure istituzionali e domiciliari in tutto il paese.

L'assenza di questo tipo d'informazioni indebolisce l'attendibilità del rapporto. Per fornire un chiaro esempio, il rapporto non fa alcun riferimento all'aumento del ricorso a lavoratori immigrati conosciuti come "*badanti*", incaricati di assistere persone anziane che vivono a casa. Le famiglie italiane hanno sempre più fatto ricorso a donne immigrate che in molti casi lavorano illegalmente¹, a motivo dell'insufficiente disponibilità di servizi pubblici.

È importante notare che lo sviluppo molto limitato di servizi di assistenza a domicilio ("*Assistenza domiciliare integrata*") e il notevole divario tra le regioni centro-settentrionali e quelle meridionali. Analogamente non si menziona affatto l'esistenza di liste d'attesa spesso molto lunghe per l'accesso all'assistenza residenziale.

523 *Qualità*

Si deplora un livello generale scadente della qualità delle prestazioni sociali, sia domiciliari che presso istituti. Alla luce della riforma costituzionale del 2001, il governo centrale è responsabile della definizione e della garanzia di standard di base sociali e sanitari in tutto il paese. Quest'aspetto resta un problema oggetto di accese discussioni politiche tra i livelli nazionale e regionale del governo, ma il progetto di rapporto non accenna a come il governo intenda farvi fronte. La mancanza di standard nazionali pregiudica anche il monitoraggio effettivo ed esauriente dei risultati regionali e riduce in modo rilevante la portata di azioni miranti a colmare le attuali disparità regionali, lasciando la scelta alla discrezione politica dei governi regionali in un contesto di risorse pubbliche sempre minori, sia a livello nazionale che subnazionale. Il rapporto riconosce un miglioramento della qualità dei servizi assistenziali a lungo termine rispetto al piano nazionale 2006-2008, ma ancora una volta non vengono fornite prove specifiche per sostenere tale affermazione.

Per migliorare la qualità delle attuali modalità di assistenza a lungo termine non si può ignorare la necessità di fornire programmi di formazione adeguati per gli operatori nel settore dell'assistenza agli immigrati. Anche se alcune regioni promuovono progetti sperimentali in questo settore, il rapporto non ne menziona alcuna.

¹ Caritas "Immigrazione dossier statistico 2008" pag.272.

5.2.4. *Sostenibilità a lungo termine*

Le cure a lungo termine sono finanziate sia dal servizio sanitario nazionale che dal fondo per le politiche sociali e i finanziamenti sono distribuiti dal governo centrale alle autorità locali. Si riconosce tuttavia che a causa dell'evoluzione demografica le risorse sono insufficienti. Nonostante ciò, il progetto di rapporto non fornisce una valutazione generale delle risorse necessarie per garantire i servizi previsti nel sistema assistenziale a lungo termine in tutto il paese.

Alcune regioni hanno creato un fondo destinato in modo specifico agli anziani in situazioni di dipendenza, inteso a finanziare servizi e indennità nell'ambito dei livelli essenziali dei servizi sanitari. Il parlamento nazionale ha approvato una misura (fondo nazionale per le persone non autosufficienti) nel 2007 per gli anni 2007, 2008 e 2009, di un importo pari, rispettivamente, a 100, 300 e 400 milioni di euro. Peraltro il rapporto non fa alcuna menzione degli impegni del governo centrale dopo il 2009, facendo riferimento a misure e mezzi futuri previsti dal Libro bianco. Questo aspetto è molto importante e va adeguatamente affrontato, in special modo considerando che il piano economico e di bilancio del governo per il periodo 2009-2013 (legge n. 133/2008) non contiene impegni di spesa in questo settore della politica.

6. LE SFIDE DEL FUTURO

- Ridurre le disparità regionali migliorando il coordinamento tra le misure nazionali e subnazionali e l'adeguato assegnamento di risorse;
- incrementare il livello di partecipazione al mercato del lavoro, in particolare per quanto riguarda i giovani, le donne e i lavoratori più anziani, per affrontare le sfide del futuro dovute all'andamento demografico e garantire l'adeguatezza delle pensioni e la sostenibilità di lungo periodo delle finanze pubbliche;
- migliorare l'efficienza attraverso un uso più razionale delle risorse e migliorare il coordinamento e l'organizzazione dei servizi sanitari e delle cure a lungo termine riducendo al tempo stesso gli squilibri geografici;
- per quanto riguarda le cure a lungo termine, concentrarsi sui servizi domiciliari e locali, come alternativa alle cure ospedaliere e residenziali, in una prospettiva di approccio integrato tra i livelli regionali e locali.