



La povertà e il welfare in Europa

BOZZA DI LAVORO

Ottobre 2016

La povertà e il welfare in Europa

Indice

Introduzione e sintesi	3
1. La povertà	4
1.1 L'aggiornamento al 2015	13
2. La spesa per il welfare	15
2.1 I sussidi di disoccupazione e il reddito minimo in Europa	19
2.2 La spesa per il sostegno alle persone non autosufficienti	21
3. Le politiche contro la povertà e a sostegno delle persone non autosufficienti in Europa	24
3.1 La sicurezza sociale in Germania	24
3.1.1 Assistenza sociale (<i>Sozialhilfe</i>)	24
3.1.2 Riabilitazione e partecipazione delle persone disabili (<i>Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen</i>)	28
3.1.3 Prestazioni per la partecipazione alla vita sociale	29
3.1.4 Prestazioni per assicurare il sostentamento e altre prestazioni integrative	29
3.1.5 Regimi particolari per disabili gravi	29
3.1.6 Uffici di assistenza e uffici di integrazione	30
3.1.7 Definizione di "bisogno di assistenza"	30
3.1.8 Assistenza a domicilio o in una struttura residenziale	31
3.1.9 Finanziamento	34
3.2 Il regime francese di protezione sociale	35
3.2.1 Prestazioni in caso di fragilità sociale	36
3.2.2 Il reddito di solidarietà attiva (RSA) e sussidio temporaneo di attesa (ATA)	38
3.3 Il regime italiano di protezione sociale	39
3.3.1 Contrasto alla povertà	39
3.3.2 Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA)	40

Autori del documento: Roberto CiccioMessere* (capitoli 1 e 2) e Vitaliana Curigliano (capitolo 3)

Versione 0.5 del 28 ottobre 2016

* www.robertociccioMessere.eu

Radicali italiani: <http://www.radicali.it/>

Introduzione e sintesi

Il documento analizza il fenomeno della povertà in Europa e le politiche di welfare adottate per contrastarla e a sostegno delle persone non autosufficienti, al fine di definire le proposte di Radicali italiani per una riforma del sistema di protezione sociale italiano, nell'ambito della più generale problematica della sostenibilità dei sistemi europei di welfare in paesi dove diminuisce la natalità e aumenta la vecchiaia. È una bozza di lavoro che dovrà essere integrata e migliorata, sulla base della discussione che si svilupperà all'interno del partito.

Nel primo capitolo si analizzano, a partire dall'archivio Eurostat, i dati sulle persone a rischio di povertà o di esclusione sociale in Europa: l'Italia è uno dei paesi europei con la percentuale più alta di persone in questa condizione e nel 2015 solo nel nostro Paese aumentano i poveri. Anche dai primi dati emerge un'evidenza preoccupante: i giovani sono maggiormente esposti al rischio di povertà rispetto ai più anziani, perché i secondi sono maggiormente sostenuti dalle generose spese del sistema pensionistico e per la non autosufficienza.

Nel secondo capitolo si analizza la spesa per il welfare in Europa: in Italia è sostanzialmente allineata a quella degli altri paesi, ma concentrata solo su pensioni e salute, per cui rimane ben poco per le altre misure contro la povertà. Inoltre è scarsamente efficace nella riduzione della povertà e dell'esclusione sociale.

Un paragrafo analizza in particolare il tema dei sussidi di disoccupazione e il reddito minimo nel mondo (dai OCSE): l'Italia è uno dei pochi paesi, insieme alla Grecia, Stati Uniti, Turchia e Cile, dove non esiste un sussidio di lunga durata, per le persone che dopo aver percepito il sussidio di disoccupazione non sono riusciti a trovare un lavoro (l'ASDI, il recente assegno di disoccupazione è molto limitato nell'entità e nella sua durata).

Un altro paragrafo esamina i sostegni per la non autosufficienza (*Long-Term Care*): in Italia la spesa complessiva è molto alta (35 miliardi), ma concentrata sulle misure di tipo monetario: sarebbe più efficace se l'erogazione monetaria fosse sostituita, in tutto o in parte, da veri servizi di accompagnamento, commisurati alla gravità dell'handicap, come accade in altri paesi, e dal voucher utilizzabile solo per l'acquisto di prestazioni assistenziali, ma che consente al disabile di sceglierle liberamente, come accade in Germania con il "budget individuale integrato".

Nel terzo e ultimo capitolo si analizzano le politiche contro la povertà e a sostegno delle persone non autosufficienti in Germania, Francia e Italia. Successivamente saranno studiati i sistemi di altri paesi europei.

In Germania, uno degli obiettivi centrali dell'assistenza sociale consiste nel rafforzare l'iniziativa individuale: le prestazioni mirano ad "abilitare, nella misura del possibile, a vivere indipendentemente da esse attraverso il lavoro; anche i beneficiari delle prestazioni sono tenuti ad adoperarsi con tutte le loro forze per realizzare questo obiettivo.

In Francia, è particolarmente interessante una misura per stimolare l'accettazione da parte dei poveri di lavori anche poco retribuiti: nel caso la persona disoccupata trovi un'occupazione e il reddito percepito resta comunque inferiore a 1.500 € mensili viene attivata un'altra misura di sostegno rivolta ai lavoratori a basso reddito, la *Prime d'activité* che integra lo stipendio.

In Italia è in corso di discussione al Senato una legge delega per il riordino delle misure di contrasto alla povertà. Intanto da settembre 2016 le famiglie povere possono beneficiare del Sostegno all'Inclusione Attiva o SIA. Si tratta di un sussidio economico che viene elargito per un anno alle famiglie in situazioni particolarmente disagiate insieme a un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa per i suoi componenti. Secondo la Caritas il SIA dovrebbe essere, come annunciato, una misura "ponte" verso uno strumento unico, organico e universale di lotta alla povertà.

1. La povertà

L'obiettivo della strategia Europa 2020 è di ridurre di 20 milioni le persone a rischio di povertà o di esclusione sociale negli stati membri, mentre quello dell'Italia (per il 2020) è di diminuire le persone che si trovano in questo stato di 2,2 milioni rispetto al 2008.

L'obiettivo è stato completamente mancato, dal momento che nel 2014 le persone a rischio di povertà e di esclusione sociale in Italia sono oltre 17 milioni, pari al 28,3% della popolazione – percentuale questa fra le più alte in Europa e superiore di 4 punti percentuali rispetto la media dei paesi europei (24,4%) – e il loro numero è aumentato rispetto al 2008 di oltre 2 milioni (*figura 1.1 e tavola 1.1*).

Bisogna osservare che anche gli altri paesi europei non hanno raggiunto l'obiettivo e hanno registrato un aumento complessivo della popolazione a rischio di povertà e di esclusione sociale di oltre 5 milioni di unità.

L'incidenza percentuali dei poveri su tutta la popolazione è aumentata, dal 2008 al 2014, di meno di un punto percentuale nella media dell'Unione, di mezzo punto in Germania, di oltre 5 punti in Spagna, di quasi 3 punti in Italia e di meno di un punto nel Regno Unito, mentre in Francia il valore di questo indicatore non è mutato.

Figura 1.1 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale nei paesi dell'Unione europea - Anno 2014 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)

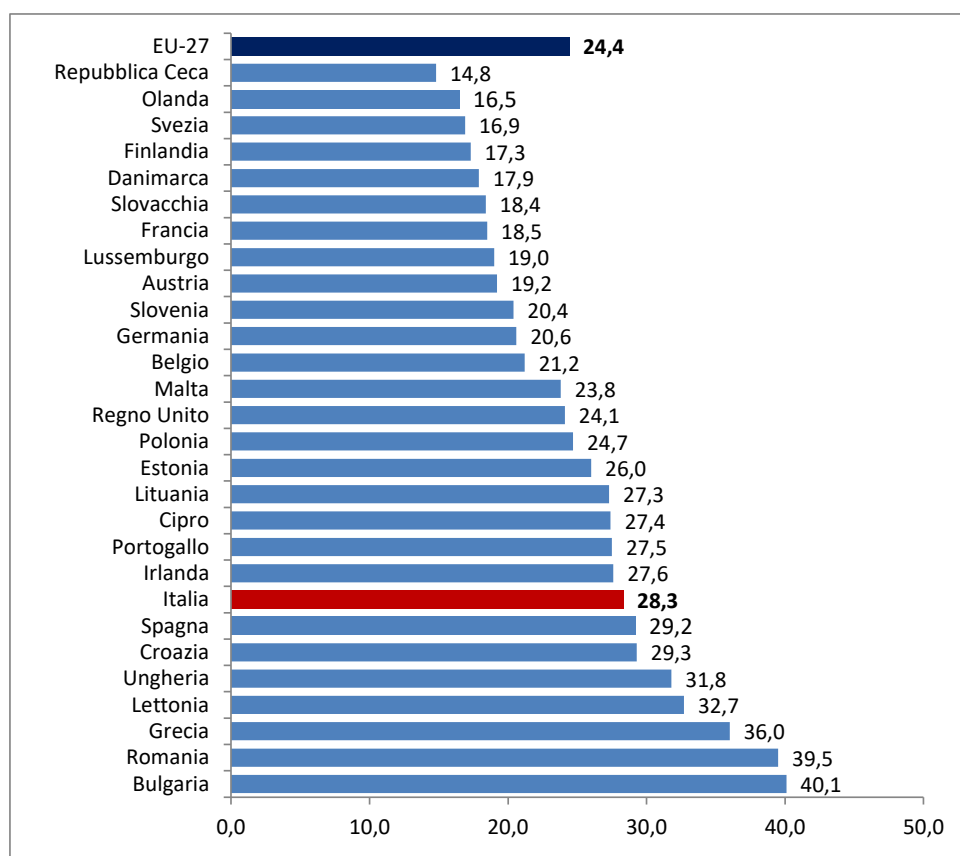


Tavola 1.1 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale in alcuni paesi dell'Unione europea – Anni 2005-2014 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Variazione 2014/2008
Valori assoluti in migliaia											
EU-27	124.656	122.936	119.205	115.908	114.208	116.356	119.282	122.216	121.414	121.015	5.107
Germania	15.022	16.444	16.760	16.345	16.217	15.962	16.074	15.909	16.212	16.508	163
Spagna	10.481	10.519	10.373	10.786	11.336	12.029	12.363	12.628	12.630	13.402	2.616
Francia	11.127	11.184	11.382	11.150	11.200	11.712	11.840	11.760	11.245	11.540	390
Italia	14.891	15.141	15.222	15.082	14.799	14.891	16.858	17.975	17.229	17.146	2.064
Regno Unito	14.530	14.193	13.527	14.069	13.389	14.211	14.044	15.099	15.586	15.271	1.202
Incidenza percentuale sul totale della popolazione											
											Punti percentuali
EU-27	25,8	25,3	24,5	23,7	23,3	23,7	24,2	24,7	24,5	24,4	0,7

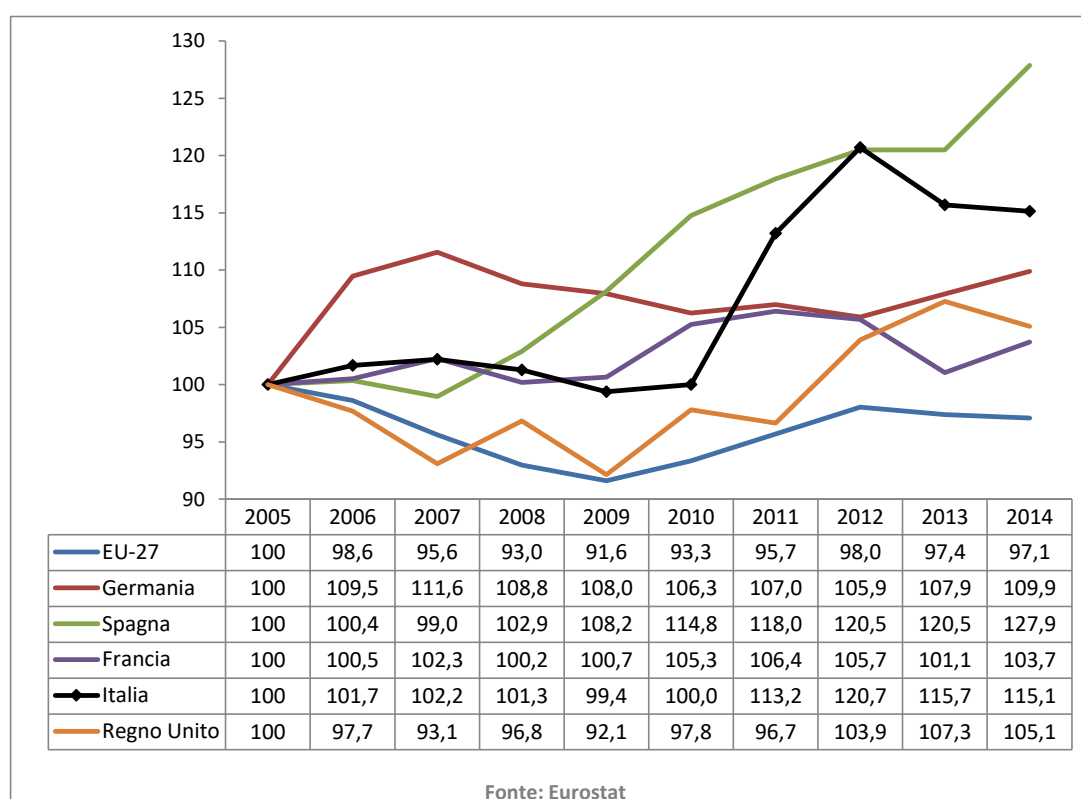
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Variazione 2014/2008
Germania	18,4	20,2	20,6	20,1	20,0	19,7	19,9	19,6	20,3	20,6	0,5
Spagna	24,3	24,0	23,3	23,8	24,7	26,1	26,7	27,2	27,3	29,2	5,4
Francia	18,9	18,8	19,0	18,5	18,5	19,2	19,3	19,1	18,1	18,5	0,0
Italia	25,6	25,9	26,0	25,5	24,9	25,0	28,1	29,9	28,5	28,3	2,8
Regno Unito	24,8	23,7	22,6	23,2	22,0	23,2	22,7	24,1	24,8	24,1	0,9

Fonte: Eurostat (ilc_peps01)

Il numero delle persone a rischio di povertà o di esclusione sociale in Italia diminuisce a partire dal 2005 fino al 2010, subisce una forte crescita nel 2011 e nel 2012, mentre diminuisce nel 2013 e nel 2014: complessivamente dal 2005 al 2014 il numero delle persone in questo stato aumenta del 15,1%, mentre nella media europea subisce una flessione del 2,9% (figura 1.2).

Un aumento più elevato di quello del nostro Paese si registra in Spagna (+27,9%), mentre l'aumento più contenuto si osserva in Francia (3,7%).

Figura 1.2 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale in alcuni paesi dell'Unione europea – Anni 2005-2014 (Indice: 2005 = 100)



L'indicatore sintetico di rischio di povertà o di esclusione sociale rileva la quota di persone che sperimentano almeno una delle seguenti tre condizioni:

- persone a rischio povertà dopo i trasferimenti sociali;** vivono in famiglie il cui reddito equivalente¹, nonostante i sussidi sociali, è inferiore al 60% del reddito equivalente mediano dello stesso paese;
- persone in grave deprivazione materiale;** si considera materialmente deprivato chi presenta almeno tre dei seguenti sintomi di disagio: 1) non poter sostenere spese impreviste; 2) non potersi permettere una settimana di ferie all'anno lontano da casa; 3) avere arretrati per il mutuo, l'affitto, le bollette o per altri debiti come per es. gli acquisti a rate; 4) non potersi permettere un pasto adeguato ogni due giorni, cioè con proteine della carne o del pesce (o equivalente vegetariano); 5) non poter riscaldare adeguatamente

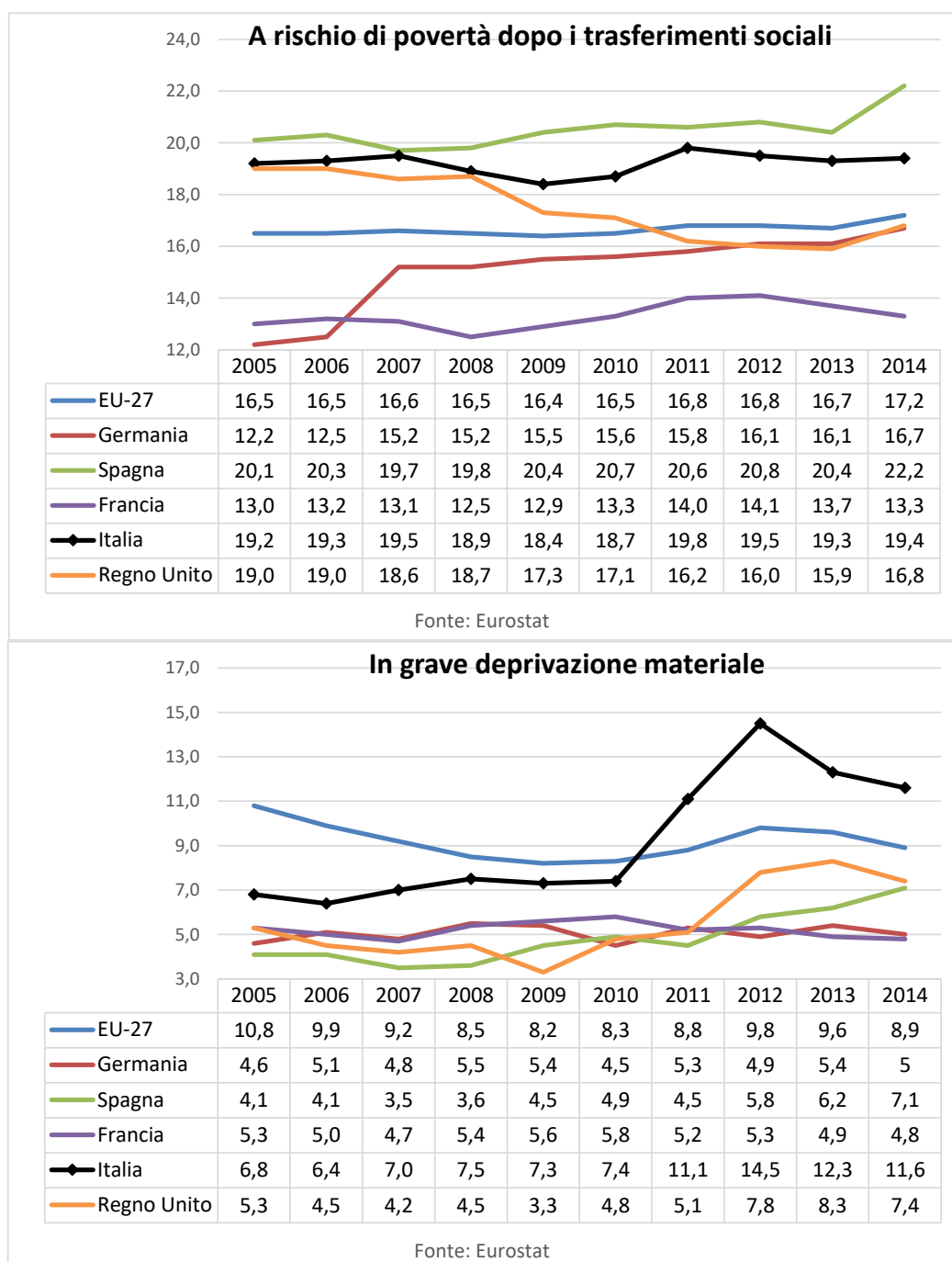
¹ Il reddito equivalente è calcolato dividendo il reddito disponibile per il coefficiente della scala di equivalenza (scala OCSE modificata). Il reddito disponibile per una famiglia è l'insieme delle entrate di cui si può disporre dopo la trattenuta o il versamento dei trasferimenti sociali.

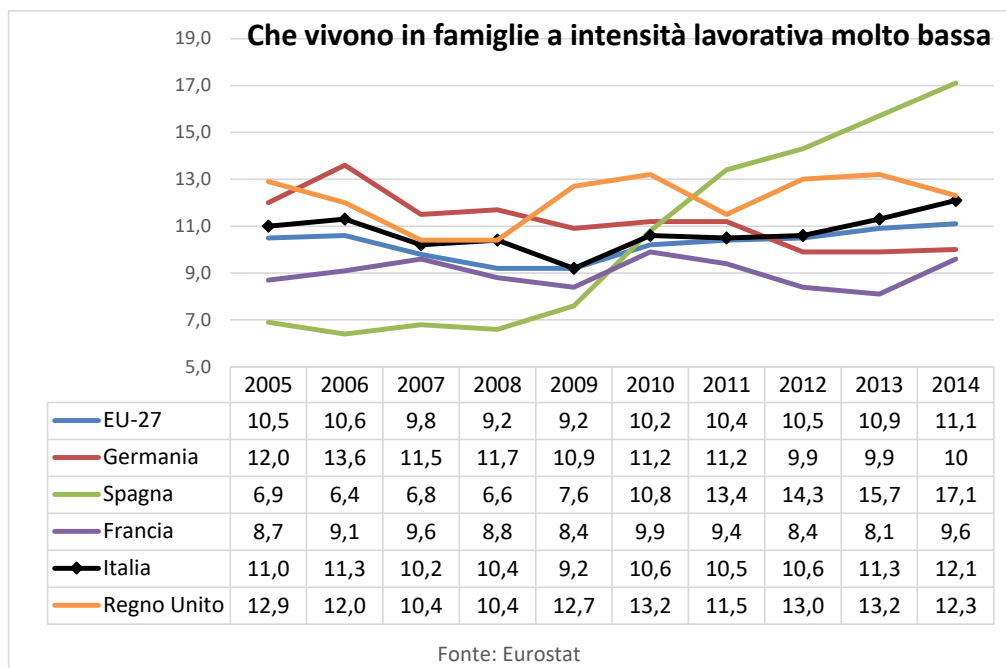
l'abitazione; 6) non potersi permettere una lavatrice; 7) un televisore a colori; 8) un telefono; 9) un'automobile;

4. **persone che vivono in famiglie a intensità lavorativa molto bassa;** quelle in cui i componenti tra i 18 e i 59 anni abbiano lavorato, nell'anno precedente, meno del 20% del loro potenziale lavorativo. Tale indicatore serve a monitorare situazioni che possono facilmente ricadere sotto la soglia di povertà.

La quota di italiani a rischio povertà dopo i trasferimenti sociali è più elevata rispetto alla media europea ed è superata solo dalla Spagna, quella in grave deprivazione materiale supera la media dell'Unione durante il periodo di crisi economica, a partire dal 2011 e nel 2012 supera quella media di quasi 5 punti percentuali, mentre la percentuale degli italiani che vivono in famiglie a intensità lavorativa molto bassa è sostanzialmente allineata alla media europea (figura 1.3).

Figura 1.3 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per componenti in alcuni paesi dell'Unione europea – Anni 2005-2014 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)





Nella media dell'Unione una quota maggiore di donne è a rischio di povertà o di esclusione sociale (25,2%) rispetto a quella degli uomini (23,6%), con una differenza di poco meno di 2 punti percentuali (*figura 1.4*). Le donne sono maggiormente esposte al rischio di povertà anche in Germania, Francia, Italia e Regno Unito, mentre in Spagna le posizioni s'invertono e la quota di uomini in questa condizione (29,4%) è superiore di mezzo punto a quella delle donne (28,9%).

Figura 1.4 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per sesso in alcuni paesi dell'Unione europea - Anno 2014 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)

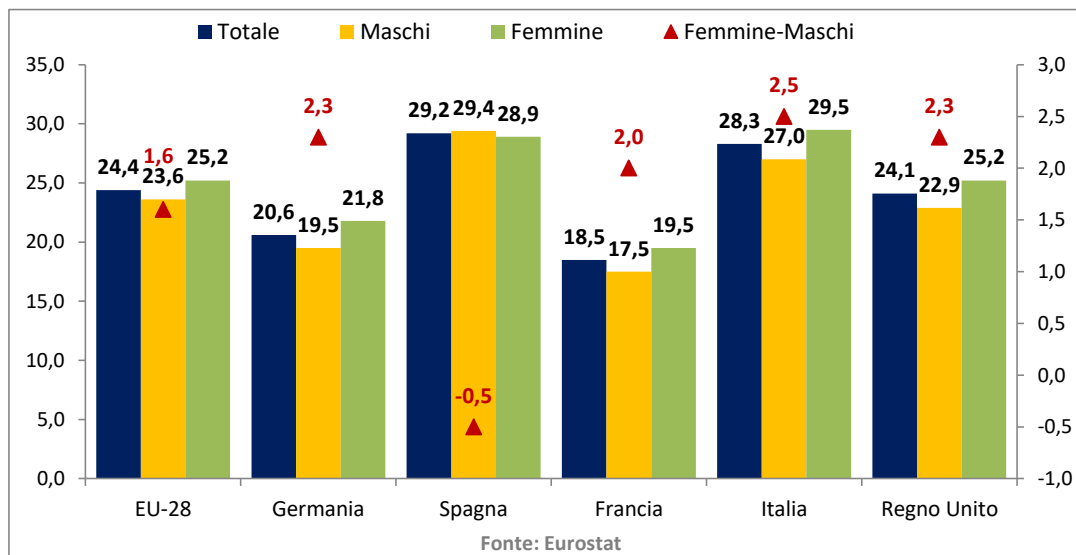


Tavola 1.2 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per sesso in alcuni paesi dell'Unione europea - Anno 2014 (valori assoluti in migliaia e incidenza percentuale sul totale della popolazione)

	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	Valori assoluti in migliaia			Incidenza percentuale sulla popolazione		
EU-28	57.601	64.657	122.258	23,6	25,2	24,4
Germania	7.651	8.857	16.508	19,5	21,8	20,6
Spagna	6.641	6.762	13.402	29,4	28,9	29,2
Francia	5.271	6.269	11.540	17,5	19,5	18,5
Italia	7.952	9.194	17.146	27,0	29,5	28,3
Regno Unito	7.159	8.112	15.271	22,9	25,2	24,1

Fonte: Eurostat (ilc_peps01)

Nella media europea i giovani fino a 24 anni e gli anziani da 50 a 64 anni sono maggiormente esposti al rischio di povertà o di esclusione sociale rispetto alle persone adulte da 25 a 49 anni e gli over 65, mentre in Italia la quota delle persone in questa condizione è superiore alla media nelle persone fino a 49 anni ed è inferiore negli over 50, con alcune differenze di genere: i giovani maschi sono maggiormente a rischio delle donne, queste ultime sono maggiormente esposte rispetto agli uomini tra gli over 50 (*figura 1.5 e tavola 1.3*).

Il ciclo recessivo ha danneggiando le categorie di persone più svantaggiate, aumentando il divario di disuguaglianza tra i giovani e gli anziani. Questi ultimi sono, infatti, maggiormente sostenuti dalle spese sociali per il sistema pensionistico e per la *Long-Term Care*, che sono normalmente molto elevate, come si potrà osservare nel capitolo successivo, mentre i più giovani non sono invece adeguatamente sostenuti dallo Stato nella difficile fase di transizione dalla scuola al mercato del lavoro.

Figura 1.5 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per classi d'età in alcuni paesi dell'Unione europea - Anno 2014
(incidenza percentuale sul totale della popolazione)

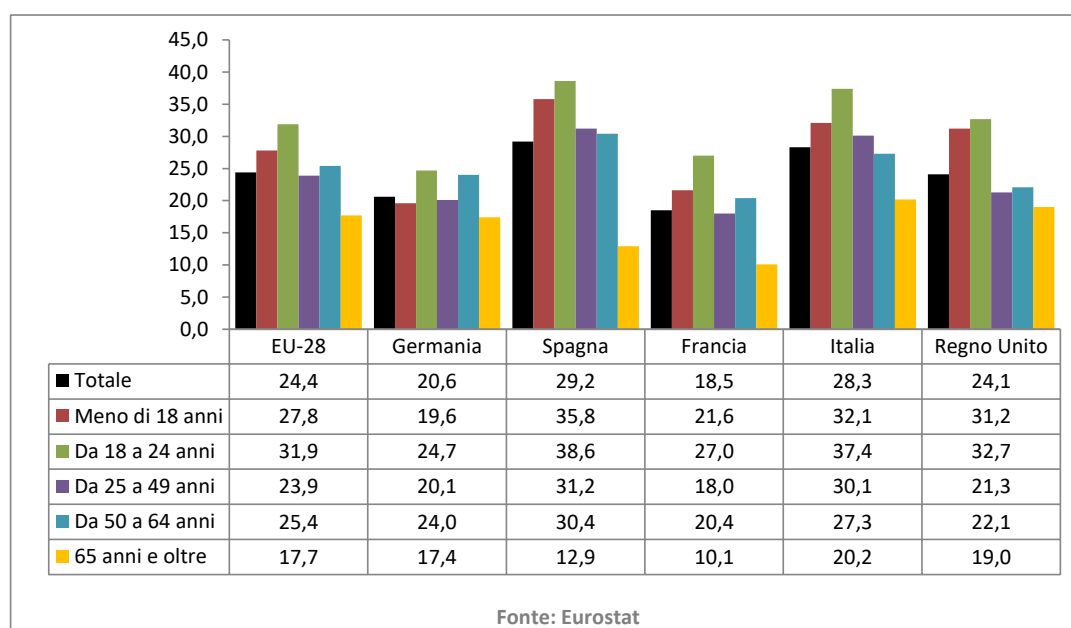


Tavola 1.3 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per classi d'età e sesso in alcuni paesi dell'Unione europea - Anno 2014
(incidenza percentuale sul totale della popolazione)

	Meno di 18 anni	Da 18 a 24 anni	Da 25 a 49 anni	Da 50 a 64 anni	65 anni e oltre	Totale
MASCHI						
EU-28	27,8	30,8	23,4	24,0	14,6	23,6
Germania	19,2	21,2	19,7	23,0	14,9	19,5
Spagna	36,2	39,9	30,8	30,4	11,4	29,4
Francia	21,7	26,4	16,8	17,2	8,5	17,5
Italia	32,2	36,7	28,9	25,3	16,5	27,0
Regno Unito	31,8	30,6	19,8	21,1	16,1	22,9
FEMMINE						
EU-28	27,7	33,1	24,3	26,7	20,2	25,2
Germania	20,1	28,4	20,4	24,8	19,7	21,8
Spagna	35,2	37,2	31,6	30,5	14,0	28,9
Francia	21,5	27,6	19,1	23,4	11,3	19,5
Italia	32,0	38,2	31,3	29,2	23,0	29,5
Regno Unito	30,7	34,8	22,7	23,2	21,5	25,2
TOTALE						
EU-28	27,8	31,9	23,9	25,4	17,7	24,4
Germania	19,6	24,7	20,1	24,0	17,4	20,6
Spagna	35,8	38,6	31,2	30,4	12,9	29,2
Francia	21,6	27,0	18,0	20,4	10,1	18,5
Italia	32,1	37,4	30,1	27,3	20,2	28,3
Regno Unito	31,2	32,7	21,3	22,1	19,0	24,1

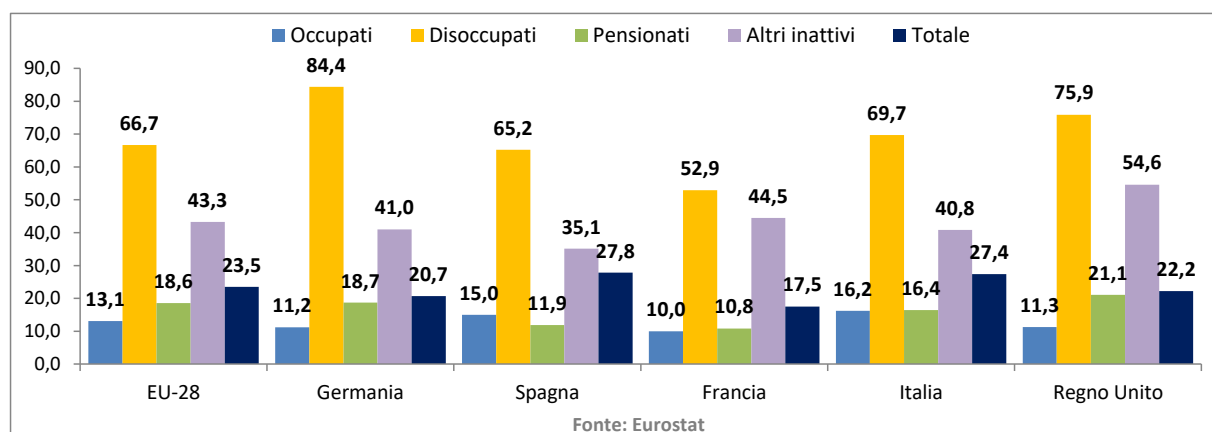
Fonte: Eurostat (ilc_peps01)

In Italia il 16,2% degli occupati è a rischio di povertà o di esclusione sociale, valore questo superiore di oltre 3 punti percentuali rispetto alla media dei paesi europei (13,1%) (figura 1.6). Il basso livello delle retribuzioni italiane determina il fenomeno del *in-work at-risk-of-poverty*, mentre negli altri paesi è causato probabilmente dall'alta quota di sottoccupati part-time.

Come è del resto atteso, il 69,7% dei disoccupati in Italia è a rischio di povertà o di esclusione sociale: tuttavia, il valore di questo indicatore è superiore di 3 punti rispetto a quello della media dell'Unione europea (65,7%) ma è inferiore di quasi 15 punti rispetto alla Germania (84,4%).

La percentuale dei pensionati in questa condizione (16,4%) è inferiore di oltre 2 punti rispetto a quella europea (18,6%), mentre quella degli altri inattivi (40,8%) è inferiore alla media europea (43,3%). Occorre tenere presente a questo proposito che in Italia vi è una significativa quota di forze di lavoro potenziali costituite prevalentemente da inattivi che non cercano attivamente un'occupazione ma sono disponibili a lavorare immediatamente, che hanno forte contiguità con l'area del lavoro nero, soprattutto nel Mezzogiorno.

Figura 1.6 – Persone (18 anni e oltre) a rischio di povertà o di esclusione sociale per condizione professionale in alcuni paesi dell'Unione europea - Anno 2014 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)



L'analisi dell'incidenza della povertà o dell'esclusione sociale per condizione familiare presenta molte diversità tra la media dell'Unione e i cinque paesi presi in considerazione (tavola 1.4).

Tavola 1.4 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per condizione familiare in alcuni paesi dell'Unione europea - Anno 2014 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)

	EU-28	Germania	Spagna	Francia	Italia	Regno Unito
Persona singola	33,6	37,8	27,1	25,4	31,5	34,7
Adulto più giovane di 65 anni	38,9	42,0	40,2	32,5	33,2	41,0
Adulto di 65 anni e oltre	26,3	29,3	9,3	15,5	29,6	27,4
Monogenitore con figli a carico	48,4	39,7	53,3	45,8	43,7	60,4
Donna single	33,4	37,5	22,6	25,1	34,2	34,4
Uomo single	33,9	38,1	32,3	25,9	27,8	35,0
Due adulti	17,3	14,6	22,5	11,7	20,7	15,2
Due adulti più giovani di 65 anni	19,3	16,2	26,0	14,7	25,2	15,1
Due adulti uno dei quali ha 65 anni o oltre	15,1	12,7	18,8	8,2	17,8	15,4
Due adulti con un figlio a carico	19,0	15,5	27,0	15,9	21,7	17,2
Due adulti con due figli a carico	19,0	13,2	29,2	11,0	28,5	18,0
Due adulti con tre o più figli a carico	32,2	18,2	45,3	24,5	39,4	38,1
Due o più adulti senza figli a carico	18,7	14,6	23,6	12,0	23,5	15,9
Due o più adulti con figli a carico	23,6	14,5	32,6	16,5	30,0	22,4
Tre o più adulti	21,7	14,8	25,1	13,3	26,9	17,6
Tre o più adulti	30,5	10,0	38,6	25,1	38,4	24,0
Famiglia senza figli a carico	22,8	22,7	24,3	16,5	25,6	20,4
Famiglia con figli a carico	26,0	17,8	33,8	20,2	31,1	28,0
Totale	24,4	20,6	29,2	18,5	28,3	24,1
Valore più elevato						
Secondo valore più elevato						
Terzo valore più elevato						
Quarto valore più elevato						

Fonte: Eurostat (ilc_peps03)

Nella media dell'Unione, la quota più elevata di persone a rischio di povertà o di esclusione sociale si registra tra i monogenitori con figli a carico (48,8%), che sono in maggioranza donne separate o divorziate, ma anche in Spagna (53,3%), in Francia (45,8%), in Italia (43,7%) e, con il valore più elevato, nel Regno Unito (60,4%), mentre in Germania il nucleo più vulnerabile alla povertà è il single più giovane di 65 anni (probabilmente non riceve ancora la pensione) spesso costituito da un collaboratore o con mini-job che non può permettersi di costruire una famiglia.

Il single è la condizione familiare che registra il secondo valore più elevato dell'incidenza della povertà nella media europea (38,9%), in Francia (32,5%) e nel Regno Unito (41%), mentre in Germania al secondo posto per vulnerabilità si colloca il monogenitore con figli a carico (39,7%) e la coppia con tre o più figli in Spagna (45,3%) e in Italia (39,4%).

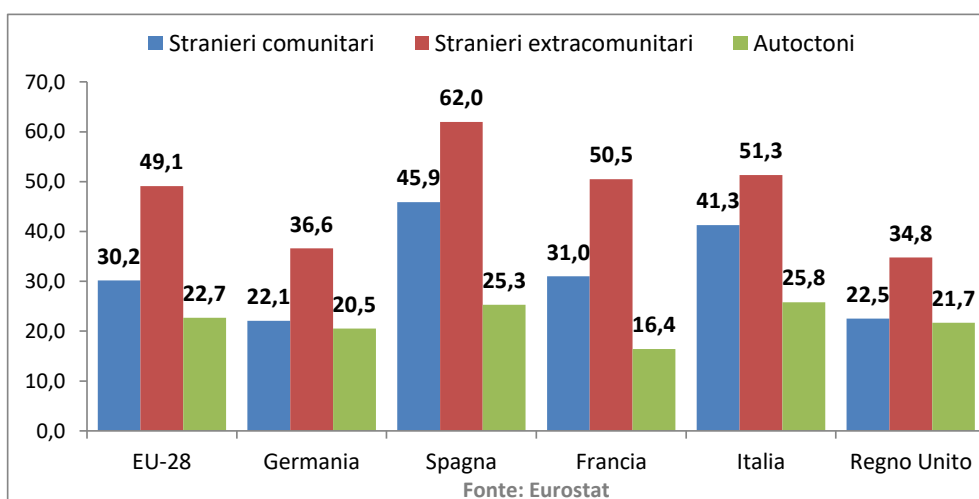
Il terzo valore più elevato della quota di persone a rischio di povertà nella media europea si registra tra gli uomini single (33,9%), così pure in Germania (38,1%) e in Francia (25,9%), mentre si colloca al terzo posto in Spagna il single con meno di 65 anni (40,2%), in Italia il nucleo familiare costituito da tre o più adulti (38,4%) e nel Regno Unito la coppia con tre o più figli (38,1%).

I meno vulnerabili rispetto alla povertà sono nella media europea, in Francia e in Italia i nuclei costituiti da due adulti, uno dei quali ha 65 anni o oltre (probabilmente con pensione), in Germania i nuclei costituiti da tre o più adulti, in Spagna gli adulti di 65 anni e oltre, e nel Regno Unito due adulti più giovani di 65 anni.

Com'è del resto atteso, gli stranieri sono le persone a maggiore rischio di povertà, ma con una forte differenza in relazione al paese di provenienza: nella media dell'Unione a 28, la quota di stranieri extracomunitari a rischio di povertà o di esclusione sociale (49,1%) ha un valore pari a più del doppio rispetto a quella degli autoctoni (22,7%) con una differenza di oltre 26 punti percentuali, mentre la percentuale degli stranieri comunitari in questa condizione (30,2%) è più vicina a quella dei nativi (*figura 1.7*). I differenziali maggiori tra nativi ed extracomunitari si registrano in Spagna (quasi 37 punti) e in Francia (34 punti), mentre quelli più bassi nel Regno Unito (13 punti), Germania (16 punti) e Italia (26 punti): è possibile che questi indicatori segnalino, in qualche misura, il livello d'efficacia o d'inefficacia delle politiche d'integrazione nazionali.

Inoltre, il rischio di povertà degli stranieri comunitari è molto vicino a quello degli autoctoni in Germania e nel Regno Unito, grazie probabilmente alle politiche rivolte a favorire l'immigrazione delle persone con livelli di professionalità più elevate.

Figura 1.7 – Persone (18 anni e oltre) a rischio di povertà o di esclusione sociale per cittadinanza in alcuni paesi dell'Unione europea - Anno 2014 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)

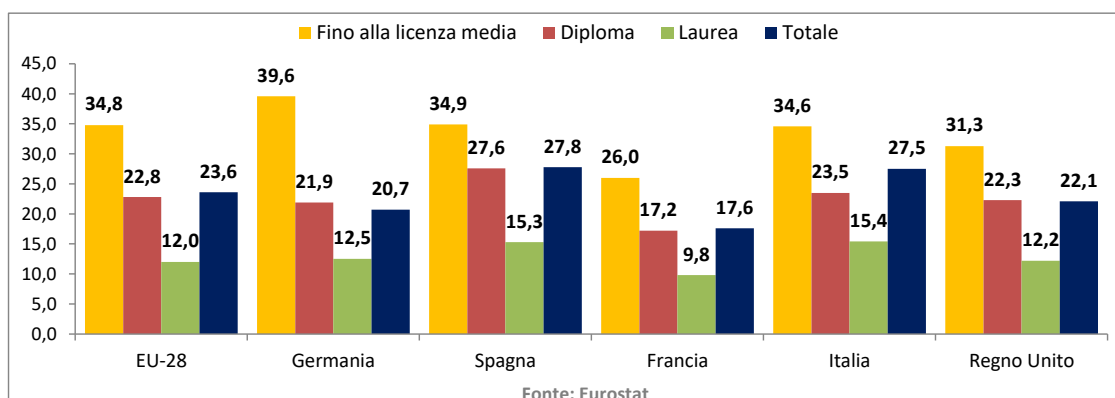


È ancora atteso che le persone con il livello d'istruzione più basso, che probabilmente svolgono lavori scarsamente retribuiti, siano più vulnerabili rispetto alla povertà: nella media europea, il rischio di esclusione sociale di chi ha conseguito al massimo la licenza media (34,8%) è pari a quasi il triplo di chi si è laureato (12%), con una differenza di 23 punti percentuali (*figura 1.8*).

In Italia il valore di questo differenziale è più basso rispetto alla media dell'Unione (19 punti), mentre in Germania è più elevato (27 punti): probabilmente questo fenomeno si spiega tenendo conto che in Italia sono

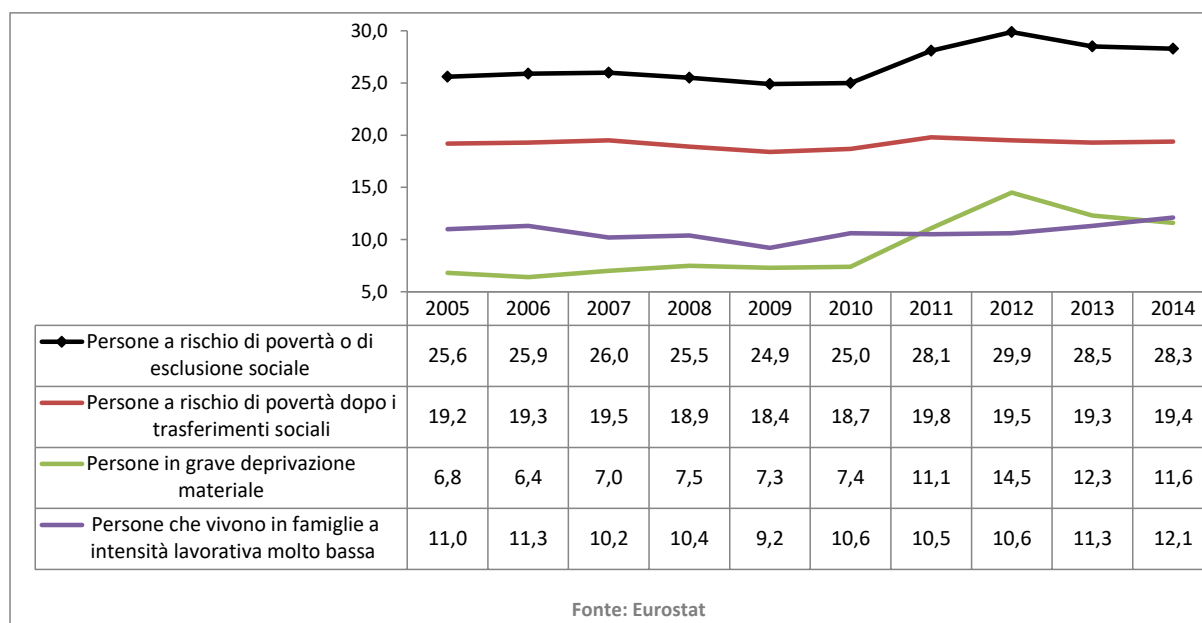
più forti le rigidità salariali tra le regioni del Nord e del Sud, mentre negli altri paesi, in particolare in Germania, le differenze salariali fra regioni più e meno sviluppate sono molto più elevate.²

Figura 1.8 – Persone (18 anni e oltre) a rischio di povertà o di esclusione sociale per titolo di studio in alcuni paesi dell'Unione europea - Anno 2014 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)



L'incremento del numero di persone a rischio di povertà o di esclusione sociale in Italia (da 25,6% nel 2005 al 28,3% nel 2014) è determinato prevalentemente dall'aumento di quasi 5 punti percentuali dell'indicatore di deprivazione materiale, ma la componente che pesa maggiormente è quella rappresentata dalle persone a rischio di povertà dopo i trasferimenti sociali (*figura 1.9*).

Figura 1.9 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per componenti in Italia – Anni 2005-2014 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)

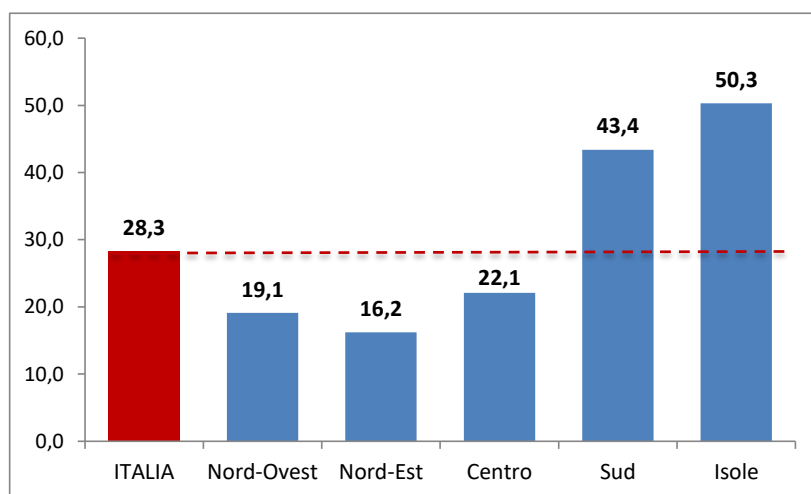


La quota di persone a rischio di povertà o di esclusione sociale è molto differenziata nel territorio italiano, con valori molto più elevati rispetto alla media nazionale nel Mezzogiorno, dove quasi la metà della popolazione si trova in questa condizione) e più bassi nel Nord: nel 2014 il tasso di povertà delle isole (50,3%) è superiore a quello dell'Italia (28,3%) di 22 punti percentuali e quello del Sud (43,4%) di 15 punti, mentre la quota di

² In Italia il costo del lavoro medio nel Sud (38,9 mila euro l'anno) è pari all'82,3% di quello del Nord-Ovest (47,2 mila euro), mentre nel Länd dell'ex DDR di Mecklenburg-Vorpommern il costo del lavoro (36,9 mila euro) è pari solo al 62,1% di quello dell'Hessen (59,4 mila euro). Cfr. Roberto CiccioMessere, *Salari uguali per tutti? meno occupazione, più lavoro nero e grigio nel Mezzogiorno*, Strade, 30 novembre 2015, <http://www.stradeonline.it/monografica/1544-salari-uguali-per-tutti-meno-occupazione-piu-lavoro-nero-e-grigio-nel-mezzogiorno>

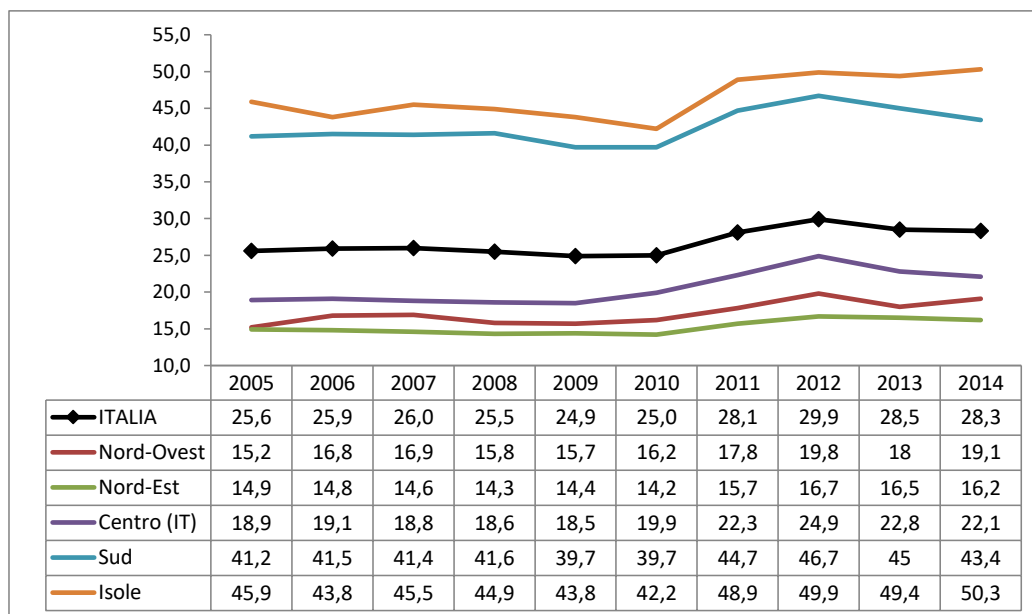
persone povere nel Nord-Est (16,2%) è inferiore al valore italiano di 12 punti, quella del Nord-Ovest (19,1%) di 9 punti e quella del Centro di 6 punti (*figura 1.10*).

Figura 1.10 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per ripartizione in Italia – Anno 2014 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)



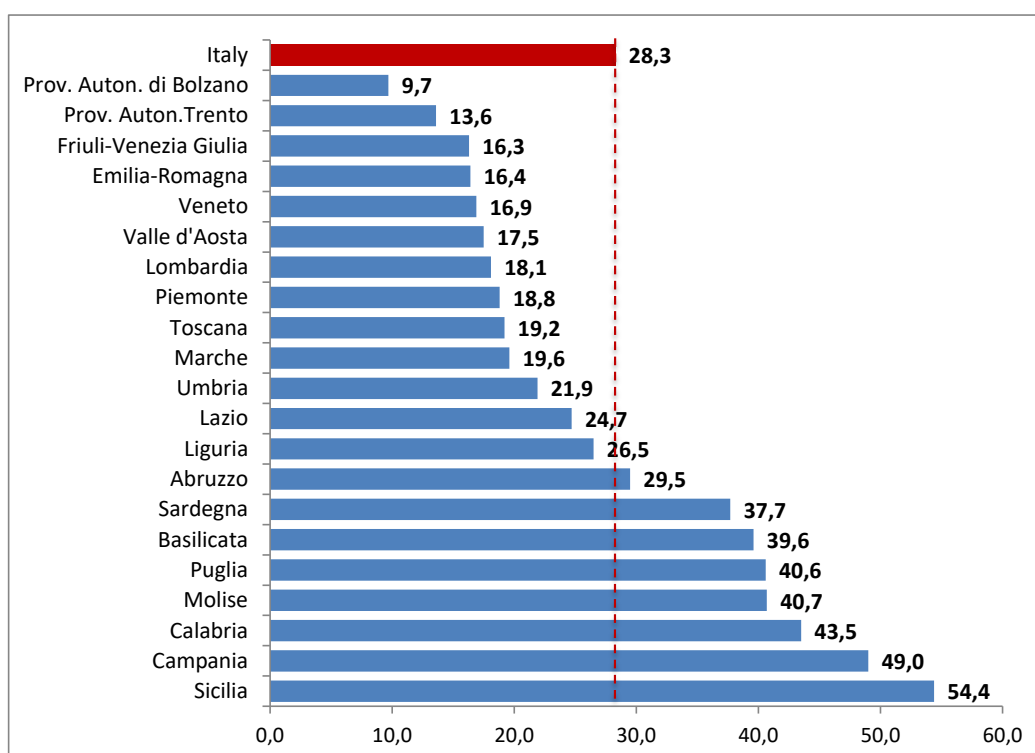
La quota di persone a rischio di povertà o di esclusione sociale in Italia è aumentata di quasi 3 punti percentuali dal 2005 al 2014, con una lieve flessione negli ultimi due anni, e la crescita più elevata si osserva nella media delle regioni insulari (oltre 4 punti), seguita da quella della media del Nord-Ovest (quasi 4 punti), dalla media delle regioni del Centro (oltre 3 punti), mentre le quote più basse si registrano nella media del Nord-Est (poco più di un punto) e in quella delle regioni del Sud (poco più di 2 punti) (*figura 1.11*).

Figura 1.11 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per ripartizione in Italia – Anni 2005-2014 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)



Il tasso più elevato di povertà e di esclusione sociale si osserva in Sicilia dove si trova in questa condizione più della metà della popolazione (54,4%), seguito da quello della Campania (49%) e della Calabria (43,5%), mentre quello più basso si registra nella provincia autonoma di Bolzano (9,7%), seguita dalla provincia autonoma di Trento (13,6%) e dal Friuli-Venezia Giulia (16,3%) (*figura 1.12*).

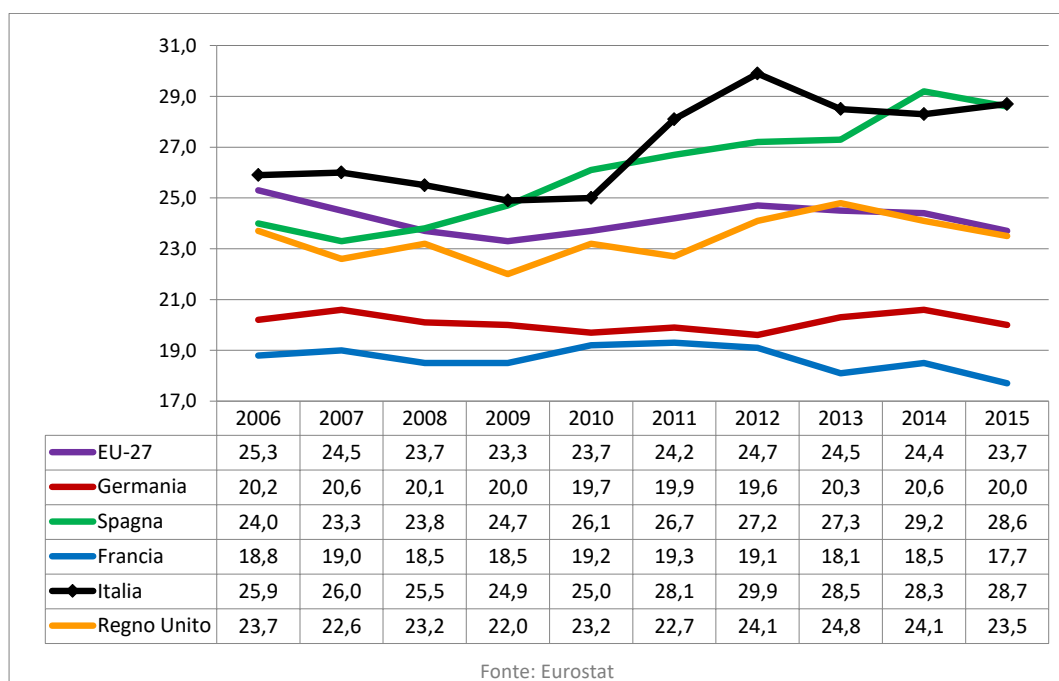
Figura 1.12 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per regione in Italia – Anno 2014 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)



1.1 L'aggiornamento al 2015

L'Italia è l'unico grande paese europeo dove nel 2015 aumenta il numero delle persone a rischio di povertà o di esclusione sociale rispetto all'anno precedente (+1,9%, pari a + 323 mila unità), mentre si registra una flessione sia nella media dei 27 paesi dell'Unione (-2,9%), sia in Germania (-2,6%), Spagna (-1,7), Francia (-4,3) e Regno Unito (-1,6) (figura 1.13 e tavola 1.4).

Figura 1.13 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale in alcuni paesi dell'Unione europea – Anni 2006-2015 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)



Conseguentemente l'incidenza percentuali dei poveri su tutta la popolazione italiana è aumentata, dal 2014 al 2015, di quattro decimi di punto percentuale (dal 28,3% al 29,7%), mentre il valore di questo indicatore diminuisce nella media europea (-0,7 punti) e negli altri quattro paesi presi in considerazione. L'aumento del numero delle persone a rischio di povertà o di esclusione sociale in Italia dal 2009 – anno con il valore più basso (14,8 milioni) – al 2015 è di quasi 2,7 milioni.

Come si può osservare nel grafico, la crisi economica ha determinato in Italia un rapido aumento della quota dei poveri dal 2010 al 2012, al quale è seguita una lenta flessione nel 2013 e nel 2014, mentre nel 2015 si registra un aumento del valore di questo indicatore, anomalo rispetto a tutti gli altri paesi europei.

Secondo l'Istat, questa crescita nel corso del 2015, anche se si riferisce a un altro indicatore, “si deve principalmente all'aumento della condizione di povertà assoluta tra le famiglie con 4 componenti (da 6,7 del 2014 a 9,5%), soprattutto coppie con 2 figli (da 5,9 a 8,6%) e tra le famiglie di soli stranieri (da 23,4 a 28,3%), in media più numerose”³.

Tavola 1.5 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale in alcuni paesi dell'Unione europea – Anni 2006-2015 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variazione 2015-2014
Valori assoluti in migliaia											%
EU-27	122.936	119.205	115.908	114.208	116.356	119.282	122.216	121.414	121.015	117.541	-2,9
Germania	16.444	16.760	16.345	16.217	15.962	16.074	15.909	16.212	16.508	16.083	-2,6
Spagna	10.519	10.373	10.786	11.336	12.029	12.363	12.628	12.630	13.402	13.175	-1,7
Francia	11.184	11.382	11.150	11.200	11.712	11.840	11.760	11.245	11.540	11.048	-4,3
Italia	15.141	15.222	15.082	14.799	14.891	16.858	17.975	17.229	17.146	17.469	1,9
Regno Unito	14.193	13.527	14.069	13.389	14.211	14.044	15.099	15.586	15.271	15.028	-1,6
Incidenza percentuale sul totale della popolazione											Punti percentuali
EU-27	25,3	24,5	23,7	23,3	23,7	24,2	24,7	24,5	24,4	23,7	-0,7
Germania	20,2	20,6	20,1	20,0	19,7	19,9	19,6	20,3	20,6	20,0	-0,6
Spagna	24,0	23,3	23,8	24,7	26,1	26,7	27,2	27,3	29,2	28,6	-0,6
Francia	18,8	19,0	18,5	18,5	19,2	19,3	19,1	18,1	18,5	17,7	-0,8
Italia	25,9	26,0	25,5	24,9	25,0	28,1	29,9	28,5	28,3	28,7	0,4
Regno Unito	23,7	22,6	23,2	22,0	23,2	22,7	24,1	24,8	24,1	23,5	-0,6

Fonte: Eurostat (ilc_peps01)

³ Istat, *La povertà in Italia, Anno 2015*, Statistiche report, 14 luglio 2016.

2. La spesa per il welfare

Come si può osservare nel grafico e nella tabella successivi, la spesa per la protezione sociale (welfare) dell'Italia nel 2013 (ultimo dato disponibile in Eurostat) come percentuale del PIL (29,8%, pari a 478 miliardi di euro) è persino superiore a quella della media dei paesi dell'Unione europea (28,6%), della Germania (29%), della Spagna (25,7%) e del Regno Unito (28,1%), mentre è nettamente inferiore a quella della Francia (33,7%) (figure 1.1, 1.2 e tavola 1.1). Considerando tutti i paesi europei, l'Italia si colloca al settimo posto per spesa calcolata come percentuale del PIL, superata anche dalla Danimarca, Olanda, Finlandia, Belgio e Svezia. Viceversa, la spesa per abitante (7.942 euro) è più bassa di quella che si registra in Germania (10.050), Francia (10.858 euro) e Regno Unito (8.962 euro), ma è allineata a quella della media dell'Unione europea (7.618 euro).

Ma l'85,6% della spesa italiana per il welfare è concentrata in sole due aree d'intervento: pensioni anche ai superstiti (57,6%) e salute (malattia e disabilità) (28%). Di conseguenza per le altre spese (esclusi i costi amministrativi), che tra l'altro hanno maggiore efficacia per la lotta contro la povertà, non rimane che il 10,5%, mentre gli altri grandi paesi dedicano a queste voci dal 20,4% del Regno Unito al 17,3% della Germania e della media europea.

Figura 2.1 - Spesa per la protezione sociale per funzione in alcuni paesi dell'Unione europea - Anno 2013 (composizione percentuale)

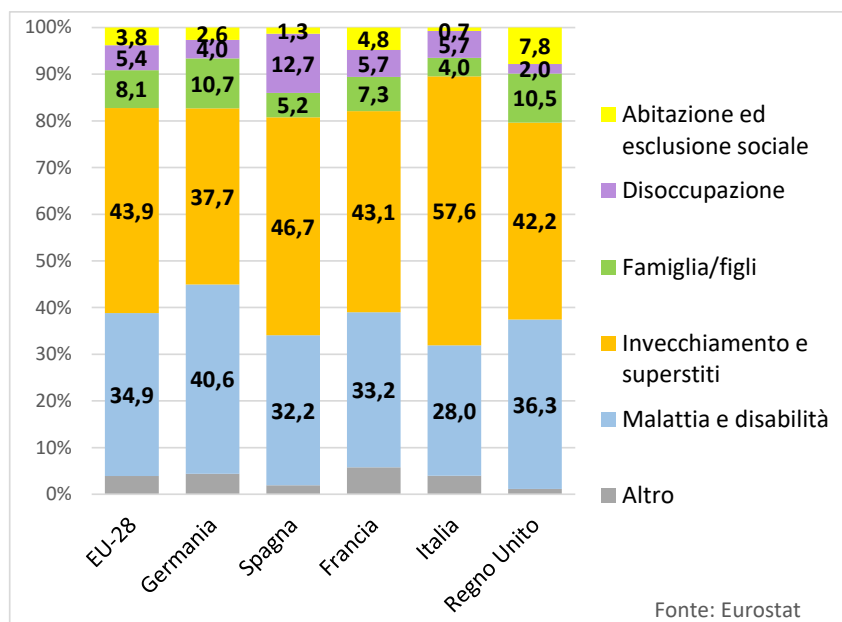


Figura 2.2 - Spesa per la protezione sociale per funzione nei paesi dell'Unione europea - Anno 2013 (percentuale del PIL)

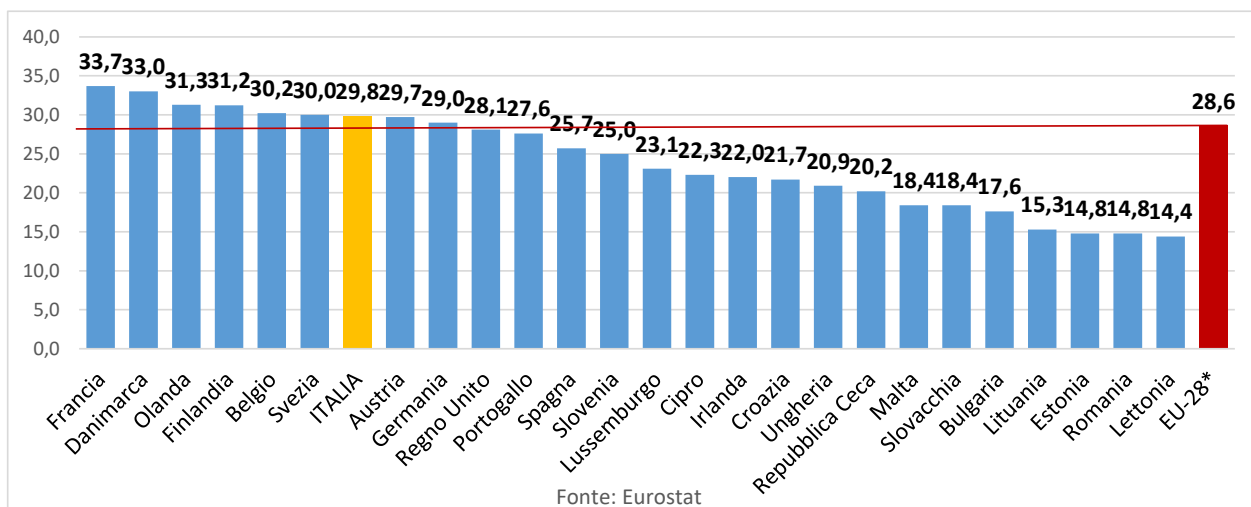


Tavola 2.1 - Spesa per la protezione sociale per funzione in alcuni paesi dell'Unione europea - Anno 2013 (valori in percentuale del PIL, milioni di euro, euro per abitante e composizione percentuale)

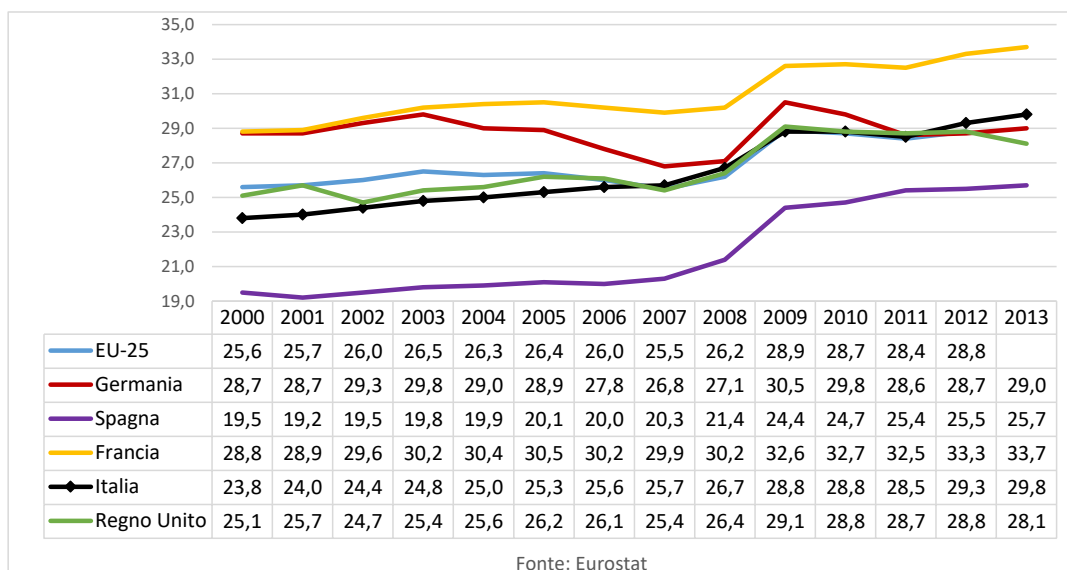
	Costi amministrativi	Altre spese	Malattia	Disabilità	Invecchiamento	Superstiti	Famiglia/bambini	Disoccupazione	Abitazione	Esclusione sociale	Totale
% del PIL											
EU-28*	0,9	0,2	8,0	2,0	11,0	1,6	2,3	1,5	0,6	0,5	28,6
Germania	1,1	0,1	9,5	2,2	9,0	1,9	3,1	1,1	0,6	0,2	29,0
Spagna	0,5	0,0	6,4	1,9	9,5	2,4	1,3	3,3	0,1	0,2	25,7
Francia	1,4	0,6	9,1	2,1	12,8	1,8	2,5	1,9	0,8	0,8	33,7
Italia	0,7	0,5	6,8	1,6	14,5	2,7	1,2	1,7	0,0	0,2	29,8
Regno Unito	0,3	0,0	8,5	1,7	11,8	0,1	3,0	0,6	1,5	0,7	28,1
Milioni di euro											
EU-28*	117.224	32.654	1.071.270	271.494	1.477.472	210.683	311.843	206.134	76.755	68.391	3.843.920
Germania	32.007	4.113	268.873	62.897	254.517	54.113	87.605	32.355	16.566	4.970	818.015
Spagna	5.028	20	66.095	19.092	98.314	25.159	13.734	33.693	1.044	2.399	264.578
Francia	28.907	12.404	192.773	43.998	269.973	37.568	52.335	40.913	17.656	16.824	713.352
Italia	10.670	8.279	108.717	25.077	232.951	42.707	19.009	27.495	441	3.052	478.398
Regno Unito	6.556	-	173.050	35.606	240.410	1.948	60.631	11.658	29.664	15.192	574.714
Euro per abitante											
EU-28*	232	65	2.123	538	2.928	418	618	409	152	136	7.618
Germania	393	51	3.303	773	3.127	665	1.076	398	204	61	10.050
Spagna	108	0	1.418	410	2.109	540	295	723	22	51	5.675
Francia	440	189	2.934	670	4.109	572	797	623	269	256	10.858
Italia	177	137	1.805	416	3.867	709	316	456	7	51	7.942
Regno Unito	102	-	2.699	555	3.749	30	945	182	463	237	8.962
Composizione percentuale di milioni di euro											
EU-28*	3,0	0,8	27,9	7,1	38,4	5,5	8,1	5,4	2,0	1,8	100,0
Germania	3,9	0,5	32,9	7,7	31,1	6,6	10,7	4,0	2,0	0,6	100,0
Spagna	1,9	0,0	25,0	7,2	37,2	9,5	5,2	12,7	0,4	0,9	100,0
Francia	4,1	1,7	27,0	6,2	37,8	5,3	7,3	5,7	2,5	2,4	100,0
Italia	2,2	1,7	22,7	5,2	48,7	8,9	4,0	5,7	0,1	0,6	100,0
Regno Unito	1,1	0,0	30,1	6,2	41,8	0,3	10,5	2,0	5,2	2,6	100,0

* EU-28: 2012

Fonte: Eurostat (Social Protection - spr_exp_sum)

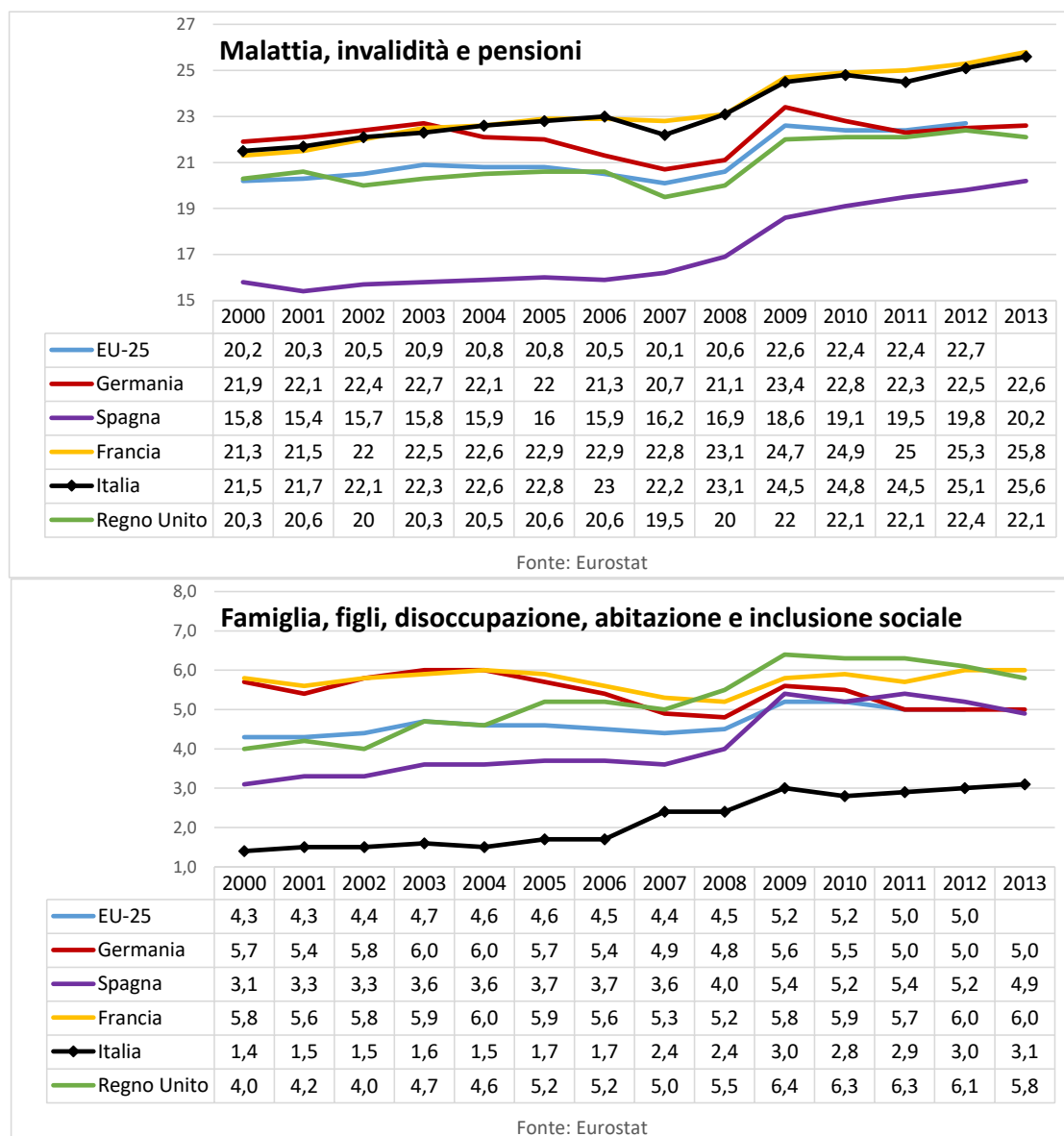
La spesa complessiva per il welfare, come percentuale del PIL, aumenta in tutti i paesi europei a causa della crisi economica dal 2008 al 2013, con la variazione più alta della Spagna (oltre 4 punti percentuali) e quella più bassa del Regno Unito (meno di 2 punti), mentre l'Italia si colloca intorno alla media europea con un aumento di circa 3 punti (figura 1.3).

Figura 2.3 - Spesa per la protezione sociale complessiva in alcuni paesi dell'Unione europea – Anni 2000-2013 (percentuale del PIL)



In Italia la spesa per la malattia, l'invalidità e le pensioni (anche quelle per i superstiti) è, nel periodo 2000-2013, la più elevata insieme a quella della Francia e aumenta di quasi tre punti percentuali durante il periodo di crisi (dal 2008 al 2013), mentre quella per la famiglia, i figli, la disoccupazione, l'abitazione e l'inclusione sociale è sempre più bassa nel confronto con gli altri grandi paesi europei e durante la crisi aumenta solo di meno di un punto percentuale (*figura 1.4*).

Figura 2.4 - Spesa per la protezione sociale per funzione in alcuni paesi dell'Unione europea – Anni 2000-2013 (percentuale del PIL)

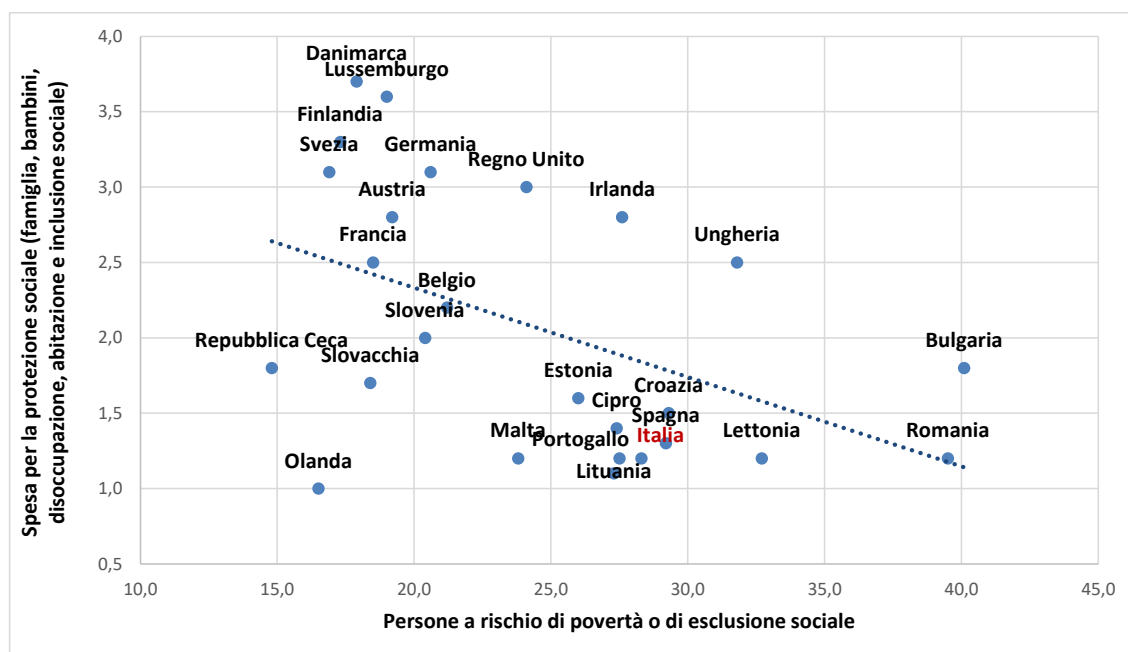


Si osserva una significativa relazione negativa⁴ tra la percentuale di popolazione a rischio di povertà o di esclusione sociale e la spesa per la protezione sociale, limitatamente alle prestazioni più attinenti al contrasto della povertà e dell'esclusione sociale (famiglia, figli, disoccupazione, abitazione ed esclusione sociale) (*figura 2.5*).

Nei paesi che spendono meno per il sostegno alla famiglia, per le politiche per il lavoro e contro la disoccupazione, contro l'esclusione sociale e per le abitazioni popolari, come la Romania, Lettonia, Italia e Spagna, più alta è la quota della popolazione a rischio di povertà o di grave deprivazione.

⁴ Indice di correlazione: -0,424251595

Figura 2.5 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale (incidenza percentuale sul totale) e spesa per la protezione sociale (solo spesa per famiglia, bambini, disoccupazione, abitazione ed esclusione sociale) in % del PIL – Anno 2013



Ma un'altra causa dell'alta percentuale di italiani a rischio di povertà o esclusione sociale è legata all'inefficienza della spesa per la protezione sociale.

La tabella successiva classifica i paesi europei secondo la maggiore o minore differenza fra il tasso di persone a rischio di povertà prima delle prestazioni sociali e dopo (escluse le pensioni) (tavola 2.3).

L'esclusione delle pensioni consente di stimare l'efficacia solo delle misure rivolte espressamente a ridurre l'esclusione sociale e la povertà. Una forte differenza fra il tasso "prima" e "dopo" segnala, di conseguenza, i paesi dove è più alta l'efficacia delle politiche contro l'esclusione sociale e la povertà, a prescindere dal livello del tasso di persone a rischio di povertà.

In Italia la riduzione del tasso delle persone a rischio di povertà dopo le prestazioni sociali è pari a poco più di 5 punti percentuali (quasi 6 punti tra gli uomini e poco meno di 5 punti tra le donne, mentre tale riduzione è pari a quasi 9 punti nella media europea e in Spagna, a quasi 13 punti nel Regno Unito dove la spesa per la protezione sociale è inferiore a quella italiana, a quasi 11 punti in Francia e a poco più di 8 punti in Germania. Queste informazioni segnalano che in Italia il problema non è l'entità di risorse che vengono destinate al welfare, ma la qualità delle misure dal momento che la loro efficacia nel ridurre l'esclusione sociale e la povertà è decisamente modesta, la peggiore che si osserva in Europa.

Figura 2.3 – Persone a rischio di povertà prima e dopo le prestazioni sociali (escluse le pensioni) e differenza in punti percentuali - Anno 2014 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)

	Prima delle prestazioni sociali (escluse le pensioni)			Dopo le prestazioni sociali (escluse le pensioni)			Differenza fra prima e dopo le prestazioni sociali (punti percentuali)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
EU-27	25,6	26,6	26,1	16,7	17,7	17,2	-8,9	-8,9	-8,9
Germania	24,1	25,8	25,0	15,9	17,4	16,7	-8,2	-8,4	-8,3
Spagna	31,3	30,8	31,1	22,4	22,1	22,2	-8,9	-8,7	-8,9
Francia	23,6	24,4	24,0	12,6	14,1	13,3	-11,0	-10,3	-10,7
Italia	24,0	25,3	24,7	18,4	20,5	19,4	-5,6	-4,8	-5,3
Regno Unito	27,9	30,9	29,4	16,0	17,6	16,8	-11,9	-13,3	-12,6

Source: Eurostat (ilc_li10 e ilc_li02)

2.1 I sussidi di disoccupazione e il reddito minimo in Europa

Il grafico successivo mostra una evidenza molto semplice: in tutti i paesi vi sono sussidi di disoccupazione che hanno un tasso di sostituzione della retribuzione precedente (*Net Replacement Rates*) alto nei primi mesi, che poi si riduce nel tempo senza mai annullarsi se il lavoratore non trova il lavoro e a determinate condizioni di reddito (normalmente nella prima fase il sussidio è legato solo allo stato di disoccupazione, mentre nella seconda al livello di reddito e sono ovviamente esclusi coloro che hanno un reddito complessivo, comprese le proprietà immobiliari, sopra un certo livello) (figura 2.6).

Il primo tipo di sussidio è una integrazione al reddito che serve per consentire al lavoratore di trovare lavoro, la seconda è finalizzata a combattere la povertà e normalmente è a tempo illimitato, finché perdura la condizione di povertà.

Il grafico si riferisce alla condizione di una single di 40 anni.

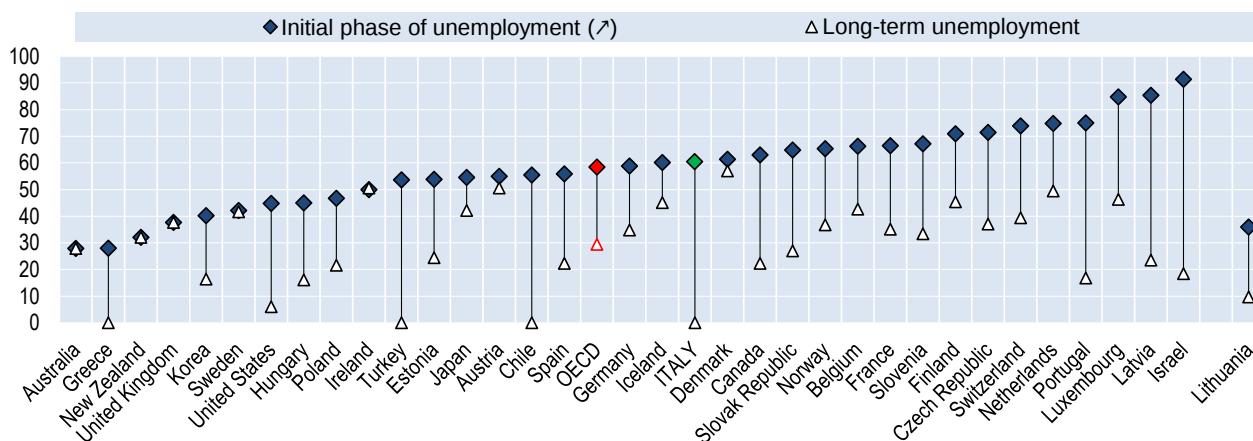
Solo in pochi paesi (Australia, Nuova Zelanda, Regno Unito, Irlanda, Austria e Danimarca) il sussidio non diminuisce nel tempo.

In Francia il sussidio di disoccupazione iniziale è pari al 66% della retribuzione, mentre quello di lunga durata scende al 35%. In Germania il tasso di sostituzione iniziale è più basso (59%), mentre quello di lunga durata scende sempre al 35%.

Solo in Italia il sussidio di disoccupazione iniziale è pari al 60% della retribuzione, mentre quello di lunga durata è pari a zero. Si trovano nella stessa situazione anche la Grecia, gli Stati Uniti (il tasso di sostituzione del sussidio di lunga durata è pari al 6%), la Turchia e il Cile.

Solo da pochi mesi in Italia il disoccupato percettore de sussidio di disoccupazione NASpI (Nuova prestazione di Assicurazione Sociale per l'Impiego) che non ha trovato un lavoro può, in via sperimentale, beneficiare dell'ASDI (assegno di disoccupazione) solo se è presente nel proprio nucleo familiare un minore di 18 anni oppure ha un'età pari o superiore a 55 anni e non ha ancora maturato i requisiti di pensione anticipata o di vecchiaia ed è in possesso di un'attestazione ISEE, in corso di validità, con un valore pari od inferiore ad euro 5.000. Se sono rispettati tutti questi requisiti, ha diritto all'assegno di disoccupazione per una durata massima di sei mesi e il suo valore è pari al 75% dell'ultimo trattamento percepito ai fini della NASpI, se non superiore alla misura mensile dell'assegno sociale (501,38 euro per il 2014).

Figura 2.6 – Overall net replacement rates: Net income while out of work in percentage of net income in work (NRR), 40 years-old single, 2014



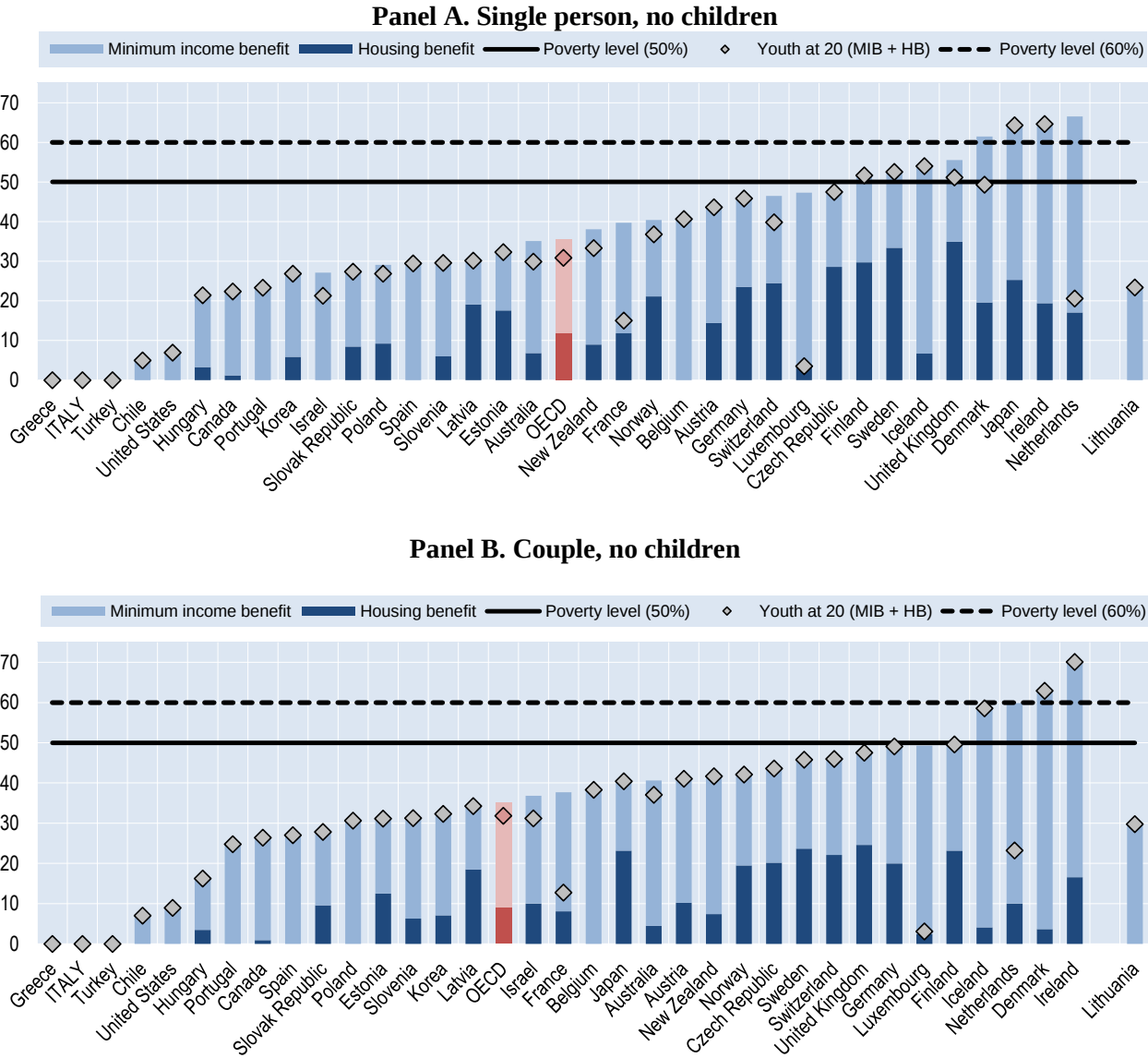
Il secondo grafico conferma proprio l'evidenza del secondo grafico dal momento che mostra che in Italia, insieme alla Grecia e alla Turchia, non esiste il reddito minimo (*minimum-income benefits*), per un single senza figli e una coppia con figli, che interviene nei confronti delle persone povere che non hanno altre forme di reddito per garantire un livello di vita accettabile (figura 2.7).

In questo caso il reddito minimo è misurato come percentuale del reddito mediano delle famiglie (*in % of median household incomes*). Di conseguenza la linea continua indicata indica la soglia di povertà al 50% del reddito e quella tratteggiata al 60% del reddito.

In tutti i paesi, ovviamente esclusa l'Italia, il reddito minimo ha un valore inferiore a quello della soglia di povertà, tranne in Irlanda, Giappone e Danimarca, per evitare atteggiamenti opportunistici. Insomma in Europa è pari a qualche centinaio di euro al mese: Germania "Arbeitslosengeld" 345 euro al mese più spese

d'affitto e riscaldamento; Francia 425 euro; Regno Unito - "*Income-based Jobseeker's Allowance*" e garantisce un reddito mensile di 300 euro a tempo illimitato.

Figura 2.7 – Net income level provided by cash minimum-income benefit (MIB), with and without housing benefit (HB), in percentage of median household income, 2014



2.2 La spesa per il sostegno alle persone non autosufficienti

Il XV rapporto annuale dell'INPS⁵ riporta la spesa per la non-autosufficienza (*Long-Term Care*, LTC) in alcuni paesi dell'Unione europea: quella dell'Italia (1,8% del PIL) è di poco superiore a quella media europea (1,6% del PIL), anche inferiore ad altri paesi come Olanda (4,1% del PIL) e Francia (2% del PIL), anche se calcolata in rapporto al numero delle persone con disabilità (633 euro) (*tavola 2.3*).

Tuttavia, la maggiore criticità riguarda il tipo di prestazioni erogate che sono in gran parte monetarie (39,9%; 7,3% in Francia) piuttosto che costituite da assistenza residenziale (6,4%; 14,7% in Francia) e domiciliare (16,5%; 18,7% in Francia).

Tavola 2.4 – La spesa per LTC in alcuni paesi europei – Anno 2013

LA SPESA PER LTC IN EUROPA. ANNO 2013						
Paesi	spesa LTC/PIL	Popolazione con disabilità*	Spesa LTC/ Popolazione disabile	Percettori (in proporzione alla popolazione non-autosufficiente)		
				assistenza residenziale	assistenza domiciliare	prestazioni monetarie
Italia	1,8%	4.566	€ 633	6,4%	16,5%	39,9%
Francia	2,0%	5.826	€ 654	14,7%	18,7%	7,3%
Germania	1,4%	7.395	€ 687	10,0%	4,7%	18,8%
GB	1,2%	5.473	€ 672	4,4%	18,6%	27,6%
Spagna	1,0%	2.452	€ 757	12,5%	28,3%	20,0%
Svezia	3,6%	620	€ 1.265	14,0%	33,2%	36,1%
Paesi Bassi	4,1%	1.241	€ 944	30,9%	43,8%	-
media UE	1,6%	-	€ 614	10,5%	16,9%	25,6%

* Per garantire la comparabilità dei dati a livello europeo si utilizza in tutti i paesi l'indagine campionaria sulle condizioni di vita European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) misurando il numero di intervistati che hanno riportato la presenza di "limitazioni gravi" alla domanda "A causa di problemi di salute, in che misura [Lei] ha delle limitazioni che durano da almeno 6 mesi nelle attività che le persone abitualmente svolgono?" (in migliaia).

Fonte: Economic Policy Committee (EPC) - European Commission (2015), The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060), European Economy 3/2015 < http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf>.

Nella tabella precedente si fa riferimento a circa 4,6 milioni di italiani con limitazioni gravi nelle attività che svolgono abitualmente, ma secondo una definizione più restrittiva adottata anche dall'Istat, sarebbero circa 3,2 milioni le persone di età superiore a 6 anni, residenti in famiglia, con almeno una limitazione funzionale grave nelle funzioni motorie, sensoriali o nelle funzioni essenziali della vita quotidiana. Oltre 2 milioni e 500 mila di questi sarebbero anziani.

In ogni caso, il costo delle prestazioni assistenziali erogate dall'INPS e da altri soggetti a favore della disabilità (circa 4 milioni di persone) è, a valori riferiti al 2014 e al 2015, pari a 35,4 miliardi che rappresenta il 2,19% del PIL, in linea con la media europea (*figura 2.8 e tavola 2.4*).

Ma come è stato già osservato, quello che distingue l'Italia rispetto agli altri paesi europei è la forte concentrazione negli interventi di tipo monetario, mentre la rete territoriale rappresenta un canale ancora poco diffuso rispetto al contesto europeo. Infatti, la rete territoriale dei servizi ha un livello di copertura piuttosto basso: 754 mila persone ricevono interventi domiciliari a un costo di 8,1 miliardi e 294 mila gli interventi residenziali ad un costo simile (8,2 miliardi) e complessivamente questi servizi coprono meno della 5% della popolazione anziana, a un costo di 16,3 miliardi.

Le "altre prestazioni per LTC" rappresenta la spesa per interventi e servizi sociali e, in misura residuale, prestazioni in denaro erogate dai Comuni singoli e associati (3,9 miliardi).

L'Indennità di Accompagnamento - IDA (12,1 miliardi) rappresenta il 34,2% della spesa totale per la disabilità e circa il 70% del totale delle prestazioni assistenziali erogate dall'INPS e si qualifica come la principale forma di supporto pubblico per disabili non autosufficienti in Italia: è fruita da poco più di 2 milioni di persone (512,34 euro mensili per 12 mensilità) e copre 6 disabili su 10 nella stima restrittiva, ma solo il 44,3% secondo la stima meno restrittiva Eurostat-EU-SILC (4.566 persone non autosufficienti) riportata nella tabella precedente.

⁵ INPS, XV Rapporto annuale, luglio 2016.

Alla spesa per la non autosufficienza concorre anche il costo legato a permessi retribuiti per i familiari dei disabili, dipendenti del settore pubblico e privato (3,1 miliardi): è in forte crescita negli ultimi anni e interessa circa 450 mila dipendenti privati e 440 mila dipendenti pubblici

Figura 2.8 – Il costo delle prestazioni per la disabilità in Italia per tipologia – Anno 2013 e 2014 (composizione percentuale)

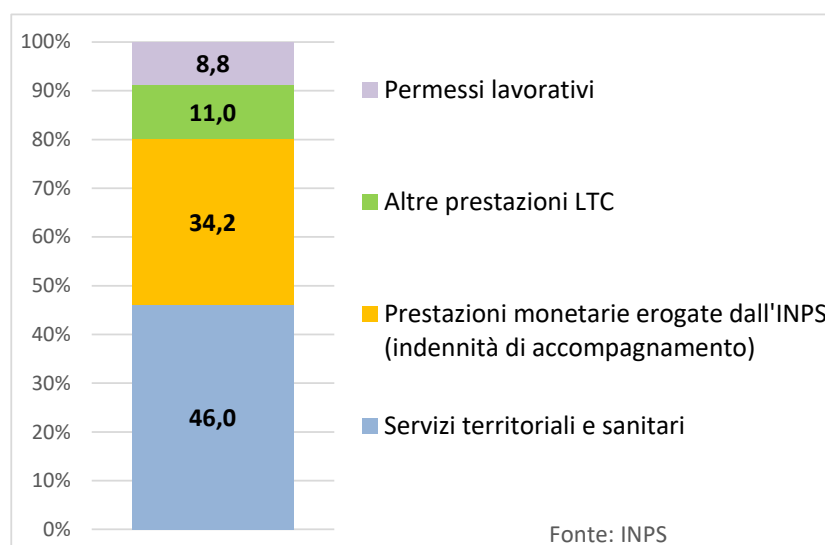


Tavola 2.5 – Il costo delle prestazioni per la disabilità in Italia per tipologia – Anno 2013 e 2014

IL COSTO DELLE PRESTAZIONI PER LA DISABILITÀ IN ITALIA PER TIPOLOGIA DI PRESTAZIONE			
Tipologia di prestazione	prestazioni (in migliaia)	Spesa o costo complessivo (in miliardi di €)	Spesa/PIL†
Servizi territoriali e sanitari^{†‡} (di cui:)	1.048	16,3	1,01%
Interventi domiciliari	754	8,1	0,50%
Gli interventi residenziali	294	8,2	0,51%
Le prestazioni monetarie[†] erogate dall'Inps*: Indennità di Accompagnamento (IDA)**	2.024	12,1	0,75%
Altre prestazioni LTC^{†***}	nd	3,9	0,24%
Permessi lavorativi (di cui:)	904	3,1	0,19%
connessi alla disabilità grave a favore di dipendenti settore privato**** (L.104/92) ^{†b}	406	0,9	0,06%
congedi straordinari per assistenza soggetti disabili (Art. 42 co.5 D.lgs. 151/01) settore privato ^{†b}	43	0,4	0,03%
connessi alla disabilità grave a favore di dipendenti settore pubblico**** (L.104/92) ^{†c}	441	1,2	0,06%
congedo straordinari per assistenza soggetti disabili (Art. 42 co.5 D.lgs. 151/01) ^{†c}	14	0,6	0,04%
Stima totale spesa per l'assistenza alla disabilità e LTC	3.976	35,4	2,19%

†-Valore riferito al 2014;

‡-Valore riferito al 2015;

* L'Inps gestisce, inoltre, 935 mila trattamenti di invalidità di natura previdenziale (PDI) per una spesa di 3,3 miliardi di euro che comprendono la pensione di inabilità, l'assegno di assistenza personale e continuativa, di invalidità e la pensione di invalidità, in essere al 31 dicembre 2015;

** Comprende le prestazioni indennitarie (esclusi arretrati) a favore di invalidi civili e ciechi assoluti, le indennità speciali, di comunicazione e di frequenza, in essere al 31 dicembre 2015 di competenza Inps. Sono escluse dalla competenza Inps le prestazioni agli invalidi residenti nelle regioni della Valle d'Aosta e Trentino-Alto Adige;

*** Sono prestazioni in natura, riconosciute in forma residenziale e semi-residenziale e, in misura residuale, prestazioni in denaro erogate principalmente da comuni singoli e associati il cui costo è stimato sulla base dei risultati dell'indagine Istat sugli "Interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati", anno 2012;

**** Includono i permessi per: genitori di minori con handicap (Art.33 co. 1, 2, 3 L.104/92); lavoratori con handicap (Art.33 co.6 L.104/92); assistenza parenti e affini entro il terzo grado (Art.33 co.2, 3 L.104/92).

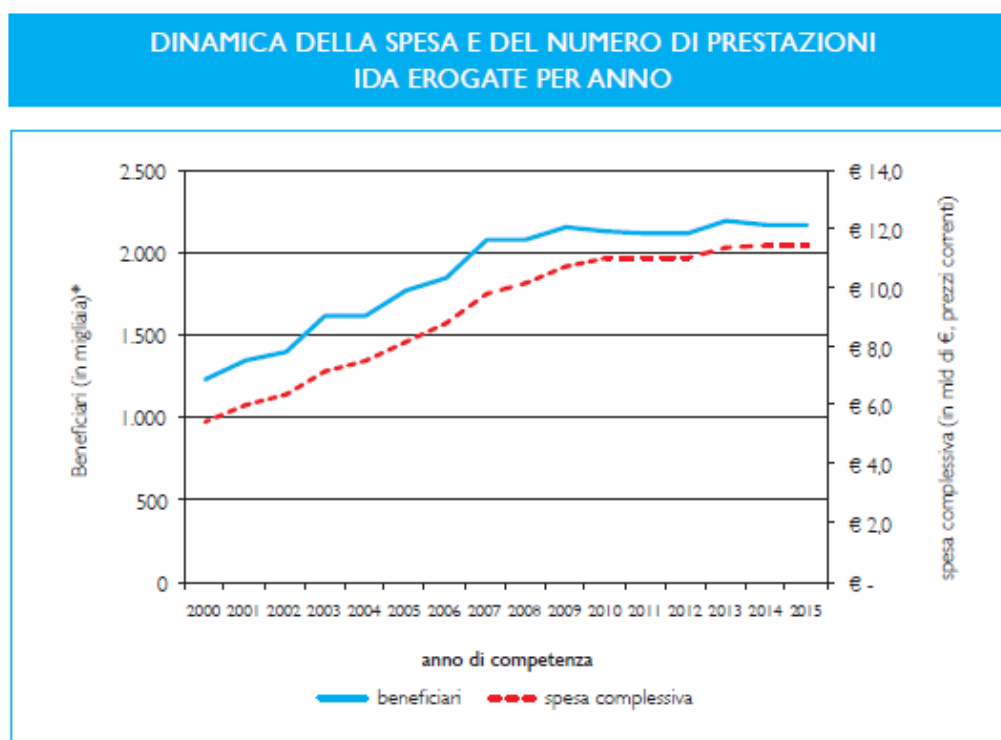
Fonti: (a) RGS (2015). (b) Inps – D.C. Bilanci e Servizi Fiscali (dati di preconsuntivo 2015); (c) valore riferito al 2014, elaborazioni su dati del Ministero del Tesoro (www.contoannuale.tesoro.it) e rilevazione sulla legge 104/92 del dipartimento della funzione pubblica per l'anno 2012.

“È importante sottolineare come il numero totale delle prestazioni erogate (tra IDA e permessi lavorativi retribuiti ex L.104/92) sia superiore al numero dei beneficiari, in quanto vi sono spesso sovrapposizioni fra questi istituti. Ad esempio, nel solo comparto dei lavoratori del settore privato, circa il 56% di permessi lavorativi (L.104/92 e d. lgs 151/01) è ottenuto per assistere non autosufficienti già beneficiari di IDA. In un Paese dove l’assistenza informale (che si traduce in una riduzione delle capacità lavorative soprattutto tra le donne) a familiari non autosufficienti è rilevante, si nota un possibile ruolo di complementarità dei permessi lavorativi retribuiti alle carenze del sistema di cura formale”⁶.

Le spese per l’indennità di accompagnamento è aumentata notevolmente da poco meno di 6 miliardi del 2000 (0,44% del PIL) a 12,1 miliardi del 2015 (0,75% del PIL) e il numero di beneficiari da circa 1,2 milioni del 2000 a circa 2,2 milioni del 2015 (figura 2.9).

Occorre osservare che a partire dal 2009 il numero dei percettori di IDA e la spesa è rimasta sostanzialmente stabile, in seguito all’attuazione di piani straordinari di verifica nei confronti dei beneficiari delle prestazioni d’invalidità e all’integrazione delle commissioni mediche SL con un medico INPS.

Figura 2.9 – Spesa e numero di prestazioni IDA erogate – Anni 2000-2015 (miliardi di euro e valori assoluti in migliaia)



* Numero beneficiari di una prestazione IDA in pagamento nel corso dell'anno solare di riferimento.

Circa 2/3 della spesa totale per l’IDA è erogata a favore di percettori di reddito di pensione inferiore a 15 mila euro, meno di 500 milioni a persone con reddito da pensione superiore a 30 mila euro: “lo stretto legame povertà-disabilità osservato sembra suggerire che le proposte di riforma che sollecitano l’introduzione della prova dei mezzi o di rendere il beneficio soggetto all’imposta sul reddito, se da un lato aumentano i costi amministrativi e l’eventuale effetto ‘stigma’ dei richiedenti, dall’altro potrebbero avere un impatto limitato sulla sostenibilità finanziaria del sistema”⁷.

Conclusioni diverse si potrebbero trarre, anche dal punto di vista finanziario, se l’erogazione monetaria fosse sostituita, in tutto o in parte, da veri servizi di accompagnamento, commisurati alla gravità dell’handicap, come accade in altri paesi, e dal voucher utilizzabile solo per l’acquisto di prestazioni assistenziali, ma che consente al disabile di sceglierle liberamente, come accade in Germania con il “budget individuale integrato”.

⁶ Ivi, p. 80.

⁷ Ivi, p. 85.

3. Le politiche contro la povertà e a sostegno delle persone non autosufficienti in Europa

In questo capitolo si fornisce un quadro sintetico sui diversi sistemi di protezione sociale vigenti in alcuni paesi europei (Germania, Francia e Italia) con la descrizione delle misure di contrasto alla povertà e di sostegno delle persone non autosufficienti.

3.1 La sicurezza sociale in Germania

Le misure di sicurezza sociale in Germania sono divise in cinque grandi settori: pensioni, maternità e sostegno alle famiglie, sicurezza sul lavoro e prevenzione degli infortuni, disoccupazione e inclusione sociale, assistenza sanitaria e riabilitazione e partecipazione delle persone disabili. La competenza è divisa tra il ministero federale per la salute e quello per il lavoro e gli affari sociali.

Il diritto all'assistenza sociale è stato oggetto di un'importante riforma nel 2003. In presenza di reddito e patrimonio insufficiente, l'assistenza sociale copre i bisogni minimi per consentire un'esistenza dignitosa nella società.

3.1.1 Assistenza sociale (*Sozialhilfe*)

L'assistenza sociale salvaguarda dalla povertà, dall'esclusione sociale e da situazioni di particolare difficoltà. Le sue prestazioni sono destinate alle persone e ai nuclei familiari che, non riuscendo a provvedere alle loro esigenze con mezzi propri, non hanno maturato diritti (sufficienti) per beneficiare dei regimi assicurativi e assistenziali primari.

Nel 2003 il quadro normativo dell'assistenza sociale è stato radicalmente riformato e integrato nel Codice di Previdenza Sociale (CPS) come Tomo XII e, con alcune eccezioni, è entrato in vigore l'1 gennaio 2005. Il presente capitolo propone una panoramica degli aspetti fondamentali della nuova legislazione e delle sue principali novità.

3.1.1.1 Obiettivi della nuova normativa e principi dell'assistenza sociale

L'assistenza sociale ha il compito di “consentire agli aventi diritto di condurre un'esistenza consona alla dignità dell'uomo” (art. 1 fr. 1 Tomo XII CPS). Quando il reddito e il patrimonio di una persona sono insufficienti, l'assistenza sociale garantisce il minimo necessario alla conduzione di una vita dignitosa e permette così un livello di vita socialmente accettabile. In caso di necessità, l'assistenza sociale cerca di compensare anche altre situazioni di difficoltà - quali la disabilità, la non-autosufficienza o situazioni sociali particolarmente problematiche - mettendo a disposizione le prestazioni di sostegno necessarie affinché le persone interessate, per quanto possibile, non vedano pregiudicata la loro partecipazione alla vita sociale. Alla separazione delle due diverse modalità di intervento dell'assistenza sociale in “sussidi per il sostentamento” e “sussidi in particolari situazioni della vita” è subentrata la differenziazione del Tomo VII del CPS, che disciplina le singole prestazioni e descrive in modo più preciso le situazioni in cui esse intervengono.

Uno degli obiettivi centrali dell'assistenza sociale consiste nel rafforzare l'iniziativa individuale: le prestazioni mirano ad “abilitare, nella misura del possibile, a vivere indipendentemente da esse; anche i beneficiari delle prestazioni sono tenuti ad adoperarsi con tutte le loro forze per realizzare questo obiettivo” (art. 1 fr. 2 Tomo XII CPS). Dai beneficiari e dagli enti dell'assistenza sociale si continua ad attendere che collaborino per il raggiungimento di tale scopo. Le caratteristiche fondamentali delle prestazioni erogate nel quadro dell'assistenza sociale sono:

- le prestazioni sono modulate in base alle esigenze individuali e in considerazione della situazione, dei desideri e delle capacità dei beneficiari (art. 9 Tomo XII CPS).
- l'assistenza sociale è viene generalmente erogata a condizione che siano state esperite tutte le altre possibilità, quali ad esempio il ricorso ai redditi e al patrimonio dei beneficiari - e, se del caso, delle persone tenute a provvedere al loro mantenimento -, la loro capacità lavorativa e i diritti da loro acquisiti nell'ambito dei regimi di sicurezza primari (art. 2 Tomo XII CPS).

- l'assistenza sociale non presuppone la presentazione di una richiesta formale, ma interviene non appena l'ente erogatore viene a conoscenza della presenza dei requisiti richiesti per il suo riconoscimento. L'unica eccezione è costituita dall'integrazione al minimo per persone anziane o a capacità lavorativa ridotta ai sensi del Tomo IV (art. 18 e art. 41 Tomo XII CPS).
- l'erogazione delle prestazioni avviene sotto forma di servizi, in contanti o in natura, riconoscendo generalmente la priorità delle prestazioni in contanti rispetto alle prestazioni in natura (art. 10 Tomo XII CPS). I trattamenti non si limitano tuttavia all'aspetto economico, ma comprendono sempre anche consulenza, attivazione e altre forme di sostegno finalizzate al raggiungimento dell'indipendenza dall'assistenza sociale (art. 11 Tomo XII CPS).
- numerose disposizioni consolidano il primato dell'assistenza ambulatoriale rispetto all'assistenza residenziale. Le prestazioni di assistenza residenziale possono ad esempio essere accordate solo previa valutazione del fabbisogno, delle eventuali alternative - in particolare possibilità di assistenza ambulatoriale - e dei costi; un altro esempio è dato dalla previsione esplicita di un'eccezione per gestanti e persone disabili o non autosufficienti dalla presunzione della copertura del fabbisogno di cui all'art. 39 Tomo XII del CPS.
- il rafforzamento e l'attivazione dell'iniziativa individuale sono stimolati da ulteriori prestazioni, quali un'ampia consulenza, informazioni approfondite o un'assistenza pratica (preparazione all'allacciamento di contatti, accompagnamento agli sportelli dei servizi sociali, possibilità di consulenze ancora più specifiche, ecc.).

Per rispondere al cambiamento delle situazioni di bisogno che richiedevano prestazioni di assistenza sociale, il legislatore da un lato ha ripetutamente riformato la Legge federale sull'assistenza sociale al fine di adeguarla alle mutate esigenze della società, d'altro lato ha emanato una serie di norme volte a scorporare dal regime di assistenza sociale prestazioni destinate a particolari categorie di persone o a difficoltà specifiche, come ad esempio i richiedenti asilo.

Alla stessa stregua dell'assistenza sociale, anche l'integrazione al minimo per le persone alla ricerca di lavoro comprende prestazioni modulate in funzione delle condizioni del beneficiario sotto forma di servizi, in contanti e in natura. In questo caso, l'obiettivo prioritario è il superamento della situazione di bisogno tramite l'integrazione nel mercato del lavoro (con il ricorso agli strumenti di promozione del lavoro) o tramite un'iniziativa occupazionale con indennizzo delle spese supplementari. Per provvedere al proprio sostentamento, le persone tra i 15 e i 64 anni abili al lavoro e bisognose di aiuto e non altrimenti tutelate percepiscono l'**indennità di disoccupazione II** (art. 19 Tomo II CPS). Le persone inabili al lavoro che vivono all'interno del loro nucleo familiare hanno inoltre diritto all'**assegno sociale** (art. 23 Tomo II CPS). Ambedue queste tipologie di prestazioni corrispondono per importo e struttura al sussidio per il sostentamento di cui al Tomo XII del CPS, ma sono erogate solo su richiesta (art. 37 Tomo II CPS).

La nuova struttura dell'assistenza sociale comprende vari settori di intervento:

- sussidi per il sostentamento (artt. 27-40),
- integrazione al minimo per persone anziane e a capacità lavorativa ridotta (artt. 41-46b),
- sussidi per l'assistenza sanitaria (artt. 47-52),
- sussidi per l'integrazione delle persone disabili (artt. 53-60),
- sussidi per l'assistenza continua (artt. 61-66),
- sussidi per il superamento di particolari difficoltà sociali (artt. 67-69),
- sussidi in altre circostanze (artt. 70 -74), nonché la consulenza e il sostegno necessari in ogni singolo caso.

3.1.1.2 Sussidi per il sostentamento (artt. 27-40)

I principali beneficiari dei sussidi per il sostentamento sono persone che vivono in nuclei familiari privati e, insieme ai partner e ai figli minorenni conviventi nello stesso nucleo familiare, sono considerate un cosiddetto nucleo economico. Ai sensi dell'art. 27a del Tomo XII del CPS, il necessario sostentamento comprende "in particolare alimentazione, alloggio, abbigliamento, igiene personale, suppellettili domestiche, riscaldamento e esigenze personali della vita quotidiana". Tra queste ultime si annoverano "in misura ragionevole anche le relazioni con l'ambiente circostante e la partecipazione alla vita culturale". Tale definizione chiarisce che l'assistenza sociale non fornisce solo il minimo necessario alla sopravvivenza fisica, ma assicura anche il minimo necessario per condurre una vita dignitosa comprensiva della partecipazione alla vita sociale.

Il sussidio per il sostentamento è erogato principalmente sotto forma di prestazione in denaro: innanzitutto si determina il fabbisogno e in seguito se ne detraggono i redditi e i valori patrimoniali (in conformità con l'undicesimo capitolo).

Il fabbisogno assistenziale per il sostentamento è determinato dalle seguenti componenti in vigore dal 1 gennaio 2016:

- Fabbisogno di base di categoria 1 (RBS 1, 404 euro):

per singoli adulti aventi diritto che, da soli o con i figli che allevano da soli, costituiscono un nucleo familiare indipendente; tale categoria si applica anche se nello stesso nucleo familiare vivono uno o più adulti che rientrano nel fabbisogno di base di categoria 3.

- Fabbisogno di base di categoria 2 (RBS 2, 364 euro):

per ognuno dei due componenti di una coppia di beneficiari - coniugi, partner conviventi o partner in regimi assimilabili al matrimonio o all'unione civile - che costituiscono insieme un nucleo familiare.

- Fabbisogno di base di categoria 3 (RBS 3, 324 euro):

per singoli adulti aventi diritto che non costituiscono nucleo familiare indipendente né da soli, né con il loro coniuge, partner convivente o partner in regimi assimilabili al matrimonio o all'unione civile.

- Fabbisogno di base di categoria 4 (RBS 4, 306 euro):

per giovani aventi diritto, dall'inizio del quindicesimo anno d'età al completamento del diciottesimo.

- Fabbisogno di base di categoria 5 (RBS 5, 270 euro):

per bambini aventi diritto, dall'inizio del settimo anno d'età al completamento del quattordicesimo.

- Fabbisogno di base di categoria 6 (RBS 6, 237 euro): per bambini aventi diritto, fino al completamento del sesto anno d'età.

- Fabbisogno per la formazione e la partecipazione dei bambini e dei giovani assicura loro e agli scolari e studenti di scuola superiore la copertura di un fabbisogno esistenziale dignitoso nel quadro della partecipazione alla vita sociale. Per realizzare una migliore integrazione sociale dei bambini e dei giovani bisognosi tramite prestazioni mirate, questo tipo di fabbisogno è riconosciuto come fabbisogno indipendente accanto al fabbisogno di base.

- Spese di alloggio per un importo equivalente a costi di locazione congrui. Qualora i costi di locazione siano considerati non congrui perché elevati, il loro corrispettivo è versato fino a che non sia possibile o accettabile il trasloco in un'altra abitazione, di norma fino ad un massimo di 6 mesi (art. 35).

- Spese di riscaldamento pari ai costi effettivamente sostenuti, a condizione che essi siano congrui. Si abbandona il forfait per l'acqua calda, precedentemente detratto dal fabbisogno di base, e si riconoscono le spese per il riscaldamento centrale dell'acqua effettivamente sostenuti. Quando l'acqua è riscaldata da dispositivi installati nell'abitazione (riscaldamento dell'acqua decentrato, ad es. boiler) è invece riconosciuto un fabbisogno supplementare (art. 30 par. 7). Al fine di evitare emergenze abitative, l'assistenza sociale si fa carico anche degli arretrati d'affitto (art. 36). A determinate condizioni gli enti erogatori dell'assistenza sociale possono forfettizzare gli importi destinati alle spese di alloggio e di riscaldamento. Le spese aggiuntive non coperte dal fabbisogno di base (fabbisogno supplementare) sono assunte dall'assistenza sociale in circostanze particolari e in determinate situazioni della vita, a condizione che si soddisfino i requisiti personali. Prestazioni una-tantum erogate per le prime suppellettili domestiche, i primi indumenti (considerando anche esigenze straordinarie in caso di gravidanza e di parto), per l'acquisto e la riparazione di calzature ortopediche, la riparazione di dispositivi e apparecchiature terapeutiche e la locazione di dispositivi terapeutici (art. 31). Il fabbisogno supplementare già compreso nel fabbisogno di base, ma innegabilmente necessario in casi specifici, è erogato sotto forma di credito (art. 37).

- I contributi all'assicurazione contro le malattie e contro l'infermità possono continuare ad essere sostenuti dall'assistenza sociale, così come i contributi previdenziali (artt. 32 e 33).

I fabbisogni di base e le prestazioni per esigenze straordinarie sono concepiti come prestazioni forfettarie, mentre le altre componenti sono a carico dell'assistenza sociale solo nella misura delle spese effettivamente sostenute. L'ulteriore fabbisogno straordinario compreso nel fabbisogno di base, ma innegabilmente necessario in singoli casi, non può più essere coperto con prestazioni una tantum, ma è erogabile solo sotto forma di credito che deve essere restituito già durante il percepimento di sussidi per il sostentamento.

Un sussidio per il sostentamento è accordato anche a chi risiede in strutture residenziali.

3.1.1.3 Integrazione al minimo per persone anziane e a capacità lavorativa ridotta (artt. 41-46a)

Se bisognose e abitualmente residenti nella Repubblica Federale Tedesca, le persone che hanno raggiunto il limite di età e le persone maggiorenni le cui capacità lavorative risultano interamente pregiudicate a titolo permanente per motivi esclusivamente di salute hanno diritto a prestazioni di integrazione al minimo. Tali prestazioni sono calcolate in base alle stesse quote di riferimento del sussidio per il sostentamento al di fuori di strutture residenziali, ma – a differenza da quest’ultimo – devono essere richieste e sono generalmente riconosciute per la durata di un anno. Dall’importo versato dall’assistenza sociale si detraggono i redditi, ad esempio le pensioni, o il patrimonio dei beneficiari, dei loro coniugi, dei partner conviventi e dei partner in regimi assimilabili al matrimonio o all’unione civile, si rinuncia però al regresso nei confronti di genitori e figli tenuti al sostentamento che dispongono di un reddito inferiore ai 100.000 euro.

Non si applica neppure la presunzione per cui il beneficiario che condivide l’abitazione con parenti o affini riceverebbe da questi ultimi anche prestazioni per il sostentamento. Le prestazioni effettivamente percepite vanno tuttavia detratte, come avviene nel caso del sussidio per il sostentamento.

3.1.1.4 Sussidi per l’assistenza sanitaria (artt. 47-52)

Le prestazioni per l’assistenza sanitaria sono equivalenti alle prestazioni dell’assicurazione obbligatoria contro la malattia in quanto i beneficiari dell’assistenza sociale non assicurati contro la malattia godono delle stesse prestazioni sanitarie dei mutuatati. Di norma, le assicurazioni sanitarie pubbliche si fanno inizialmente carico dei trattamenti dei beneficiari dell’assistenza sociale non assicurati contro la malattia, per cui sono rimborsate in un secondo momento. I beneficiari scelgono un’assicurazione contro la malattia della regione di competenza dell’ente che eroga l’assistenza sociale. Questa assicurazione fornisce loro la tessera sanitaria richiesta per usufruire dell’assistenza sanitaria necessaria. Pur non essendo effettivamente assicurati, gli interessati possono così presentarsi ai medici e agli altri erogatori di servizi sanitari come se lo fossero.

Nel quadro dei sussidi per l’assistenza sanitaria, l’assistenza sociale rimborsa le spese sostenute dall’assicurazione sanitaria pubblica per le prestazioni sanitarie erogate. Essendo equiparati agli assicurati presso le mutue pubbliche, anche i beneficiari dell’assistenza sociale devono versare i ticket previsti dalla normativa vigente, nei limiti della soglia di sostenibilità.

3.1.1.5 Sussidi per l’integrazione delle persone disabili (artt. 53-60)

Le prestazioni dei sussidi per l’integrazione sono parzialmente erogate in modo indipendente. I dettagli sono disciplinati dall’art. 92. Su richiesta degli aventi diritto le prestazioni per l’integrazione possono essere erogate sotto forma di prestazioni del “budget individuale”. Oltre alle forme di erogazione abituali le prestazioni dei sussidi per l’integrazione possono essere percepite sotto forma di quota di un “budget individuale integrato” messo a disposizione da tutti gli enti erogatori di prestazioni competenti (art. 57 Tomo XII CPS). Il budget individuale consente alle persone disabili e bisognose di assistenza continua di scegliere autonomamente le prestazioni di cui avvalersi, le modalità di fruizione e gli enti erogatori.

3.1.1.6 Sussidi per l’assistenza continua (artt. 61-66)

L’assistenza sociale fornisce un sostegno anche alle persone non autosufficienti, facendosi interamente o parzialmente carico dei costi dell’assistenza continua. L’introduzione dell’assicurazione contro l’infermità ha però ridotto sensibilmente gli oneri sostenuti dall’assistenza sociale per l’assistenza a persone non autosufficienti: questo nuovo regime primario di assistenza sociale eroga prestazioni per l’assistenza ambulatoriale, parzialmente residenziale o temporanea dall’aprile 1995 e prestazioni per l’assistenza residenziale dal giugno 1996.

Dopo l’introduzione dell’assicurazione contro l’infermità, le competenze dell’assistenza sociale risultano essenzialmente circoscritte alle persone non autosufficienti che non soddisfano il criterio del “notevole bisogno di assistenza” (primo livello ai sensi dell’art. 15 Tomo XI CPS), ai casi di assistenza (estremamente intensiva) particolarmente costosa che non può essere totalmente coperta dalle prestazioni limitate dell’assicurazione contro l’infermità, al finanziamento delle spese di vitto e alloggio non assunte dall’assicurazione contro l’infermità, agli investimenti necessari all’assistenza residenziale, nonché alle persone non assicurate contro l’infermità.

Le norme che disciplinano i sussidi per l'assistenza continua sono o sono state sostanzialmente riprese dalla Legge federale sull'assistenza sociale. Anche in questo contesto si è indicata la possibilità di percepire le prestazioni sotto forma di “budget individuale integrato” messo a disposizione da tutti gli enti erogatori di prestazioni.

3.1.1.7 Sussidio per il superamento di particolari difficoltà sociali (artt. 67-69)

Il sussidio per il superamento di particolari difficoltà sociali è destinato alle persone che vivono in una situazione particolarmente gravosa connessa a difficoltà di natura sociale. Tra i beneficiari di questa prestazione si annoverano in particolare i senzatetto che versano anche in altre situazioni di disagio legate al loro stato.

3.1.1.8 Sussidi in altre circostanze (artt. 70-74)

Il nono capitolo comprende vari tipi di prestazioni: sussidi per continuare la conduzione della casa (art. 70), sussidi agli anziani (art. 71), sussidi per non vedenti (art. 72), costi di sepoltura (art. 74) e, come norma residuale, sussidi in altre circostanze (art. 73).

3.1.2 Riabilitazione e partecipazione delle persone disabili (*Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*)⁸

In Germania hanno diritto a beneficiare degli aiuti i disabili fisici, mentali psichici e le persone minacciate da questo tipo di disabilità. Tali aiuti possono risultare necessari per prevenire, eliminare o mitigare una disabilità, oppure per prevenire un aggravamento della disabilità o per alleviarne le conseguenze indipendentemente dalla causa che l'ha determinata⁹. Gli aiuti mirano ad assicurare ai disabili un posto adeguato all'interno della società e, in particolare, a consentire una partecipazione alla vita lavorativa confacente alle loro inclinazioni e capacità.

3.1.2.1 Prestazioni per la riabilitazione medica

Le prestazioni per la riabilitazione medica comprendono in particolare

- trattamento medico e dentistico,
- medicinali e materiale di medicazione,
- rimedi, ortofonia e ergoterapia incluse,
- presidi terapeutici, incluse le modifiche, riparazioni e forniture di pezzi di ricambio necessarie, nonché l'addestramento al loro utilizzo,
- prove di carico ed ergoterapia.

Gli interventi ambulatoriali o residenziali di riabilitazione medica sono effettuati in strutture di riabilitazione o da servizi specializzati e comprendono all'occorrenza anche il vitto e l'alloggio.

3.1.2.2 Le prestazioni per la partecipazione alla vita lavorativa

Includono in particolare:

- aiuti per il mantenimento o l'ottenimento di un posto di lavoro, inclusi servizi di consulenza e di supporto al collocamento, corsi di addestramento e aiuti alla mobilità;
- preparazione professionale, inclusa la formazione di base resa necessaria dalla disabilità (ad esempio per i non vedenti);
- periodi di prova, formazione e aggiornamento professionali, incluso il conseguimento del diploma scolastico necessario per accedere a corsi di aggiornamento;
- ulteriori incentivi alla promozione della partecipazione alla vita lavorativa che consentono ai disabili

⁸ v. Tomo IX del Codice di Previdenza Sociale (CPS), intitolato “Riabilitazione e partecipazione delle persone disabili” e entrato in vigore l'1 luglio del 2001.

⁹ Sintesi tratta da una pubblicazione del Ministero federale del lavoro e degli affari sociali tedesco: http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a982-soziale-sicherung-gesamt.pdf?__blob=publicationFile

di esercitare e conservare un'attività dipendente adeguata e appropriata o una professione autonoma.

Nella selezione delle prestazioni che permettono la partecipazione alla vita lavorativa si devono considerare non solo l'idoneità, le inclinazioni e l'attività esercitata fino a quel momento dal disabile, ma anche la situazione e l'evoluzione del mercato del lavoro. Le prestazioni erogate comprendono le spese di vitto e alloggio quando i disabili sono costretti a soggiornare in un luogo diverso dalla propria residenza o da quella dei loro genitori per poter partecipare a una misura. Questo può rendersi necessario a causa del tipo e della gravità della disabilità o costituire un presupposto decisivo per il buon esito delle prestazioni.

Esiste inoltre una rete di centri di formazione professionale e cioè strutture interaziendali e interregionali che offrono ai giovani disabili percorsi di preparazione alla professione o di formazione professionale. I giovani che necessitano di assistenza particolare sono seguiti da operatori competenti e da servizi di sostegno (ad esempio servizi medici, psicologici e pedagogici) che li accompagnano nella loro crescita personale e professionale.

3.1.3 Prestazioni per la partecipazione alla vita sociale

Esse comprendono ad esempio le prestazioni di pedagogia terapeutica per bambini in età prescolare, aiuti volti a promuovere la comunicazione con l'ambiente circostante, a consentire una vita indipendente in alloggi assistiti e a permettere la partecipazione alla vita sociale e culturale

3.1.4 Prestazioni per assicurare il sostentamento e altre prestazioni integrative

Per assicurare il sostentamento durante gli interventi di riabilitazione medica si riceve generalmente un'indennità che può essere di malattia, assistenziale di malattia, per persone lese o di transizione, a seconda dell'ente che eroga le prestazioni. L'indennità di malattia ammonta al 70 per cento della retribuzione o del reddito da lavoro considerato ai fini contributivi, ma non può superare il 90 per cento della retribuzione lavorativa netta. L'assicurazione di invalidità e vecchiaia, invece, versa un'indennità di transizione che ammonta di norma al 75 o al 68 per cento dell'ultima retribuzione netta, in funzione della situazione familiare del beneficiario.

Invece delle singole prestazioni in natura, per permettere alle persone disabili e bisognose di assistenza di condurre una vita possibilmente autosufficiente e autonoma, su richiesta possono essere erogate, regolarmente o una tantum, anche prestazioni pecuniarie o essere forniti buoni equivalenti con cui organizzare autonomamente e pagare i servizi necessari. Il budget individuale può essere corrisposto anche sotto forma di budget complessivo, per un importo pari al totale delle prestazioni di tutti gli enti competenti. Dopo una fase sperimentale in cui gli enti erogatori delle prestazioni decidevano a loro discrezione se approvare i budget individuali, dall'1 gennaio 2008 sussiste un diritto esigibile a beneficiarne.

3.1.5 Regimi particolari per disabili gravi

Le persone a cui è stato riconosciuto un grado di disabilità superiore al 50 per cento (generalmente accertato dall'ufficio di assistenza) hanno diritto ad una particolare tutela nel contesto del rapporto lavorativo. La tutela particolare riguarda innanzitutto il licenziamento da parte del datore di lavoro. Come disabili gravi, beneficiano inoltre di giornate supplementari di ferie retribuite (di regola cinque giorni lavorativi).

Tutti i datori di lavoro pubblici e privati con più di venti posti di lavoro devono riservare ai disabili gravi il cinque per cento dei posti disponibili. Presso alcuni datori di lavoro pubblici che fanno capo alla Federazione la quota minima obbligatoria di posti riservati è del sei per cento. I posti di apprendistato non si considerano ai fini del conteggio del numero di posti di lavoro riservati. Un apprendista gravemente disabile equivale a due posti riservati. L'Agenzia del lavoro può inoltre equiparare ad un massimo di tre posti riservati un disabile grave la cui integrazione nella vita lavorativa risulta particolarmente difficile.

Per ogni posto obbligatoriamente riservato a disabili gravi, ma non occupato da queste persone deve essere riscosso un prelievo compensatorio progressivo pari a

- 125 euro mensili per quote di attuazione tra il 3 per cento e il 5 per cento,
- 220 euro mensili per quote di attuazione tra il 2 per cento e il 3 per cento,

- 320 euro mensili per quote di attuazione inferiori al 2 per cento.

Nelle aziende e nelle amministrazioni pubbliche che occupano in via non solo provvisoria almeno cinque disabili gravi, questi eleggono una loro rappresentanza (portavoci dei disabili) incaricata di promuovere l'inserimento in azienda o nel luogo di servizio e di difenderne gli interessi.

I disabili gravi possono inoltre chiedere prestazioni compensative della loro penalizzazione, che sono tuttavia subordinate alla presenza di particolari condizioni di salute. Tra le prestazioni compensative rientrano ad esempio:

- agevolazioni fiscali (in modo particolare la detrazione forfettaria di disabilità),
- trasporto gratuito sui mezzi pubblici
- riduzione della tassa di circolazione
- agevolazioni nei parcheggi
- riduzione dell'abbonamento radiotelevisivo.

3.1.6 Uffici di assistenza e uffici di integrazione

I compiti indicati dal Tomo IX del CPS sono svolti, tra gli altri, dagli uffici di assistenza nelle strutture amministrative generali o nei comuni (secondo l'organizzazione consentita dall'assetto giuridico del rispettivo Land), dall'amministrazione del lavoro e dagli uffici di integrazione. Gli uffici di assistenza accertano la disabilità, il suo grado e la presenza degli eventuali requisiti sanitari richiesti per aver diritto alle prestazioni compensative della situazione di svantaggio e rilasciano inoltre le tessere di riconoscimento ai disabili gravi. L'Agenzia federale del lavoro promuove l'assunzione di disabili gravi e vigila sul rispetto dell'obbligo di occupazione. Gli uffici di integrazione, infine, si preoccupano della tutela specifica contro i licenziamenti, dei sostegni per la vita lavorativa e professionale e della riscossione del prelievo compensatorio.

Con il versamento dei contributi l'assicurato acquisisce il diritto di beneficiare delle prestazioni di assistenza in caso di perdita dell'autosufficienza, indipendentemente dalle proprie condizioni economiche.

3.1.7 Definizione di "bisogno di assistenza"

La legge fornisce una definizione precisa: si considera persona bisognosa di assistenza chi, a causa di una malattia fisica, intellettuale o psichica o a causa di una disabilità, necessita di aiuto in misura consistente o ancora maggiore nello svolgimento dei compiti abituali e ricorrenti del vivere quotidiano, prevedibilmente per almeno sei mesi.

Le prestazioni di assistenza possono consistere nell'aiutare una persona nelle operazioni della vita quotidiana, nell'espletarle integralmente o parzialmente in sua vece o nel controllare e nel guidare la persona mentre le svolge. L'assistenza è però un aiuto mirato all'attivazione, è cioè volta a consentire nella misura del possibile che l'assistito svolga queste operazioni in modo autonomo.

Le necessità di assistenza delle persone non autosufficienti sono classificate secondo tre livelli (I, II e III). Esiste anche il cosiddetto livello di assistenza 0. L'entità delle prestazioni erogate dipende dal livello di cui necessita il beneficiario. In caso di necessità di assistenza eccezionalmente elevata nel quadro del terzo livello possono presentarsi anche casi critici.

- Il cosiddetto livello di assistenza 0: la capacità di affrontare la vita quotidiana di persone di tutte le età che presentano disturbi delle funzioni mentali dovuti a una forma di demenza, a una disabilità intellettuale o a una patologia psichica può risultare notevolmente limitata anche quando le loro necessità di assistenza di base o di aiuto nella conduzione domestica non raggiungono il primo livello di assistenza continua.
- Livello 1 – notevole bisogno di assistenza: presentano un notevole bisogno di assistenza le persone che necessitano di aiuto almeno una volta al giorno per svolgere almeno due operazioni rientranti in uno o più settori dell'assistenza di base (igiene personale, alimentazione o mobilità) e abbisognano inoltre di aiuto nella conduzione domestica più volte alla settimana. Il tempo medio richiesto settimanalmente deve essere di almeno 90 minuti al giorno, di cui oltre 45 devono essere dedicati all'assistenza di base.
- Livello 2 – grave bisogno di assistenza: presentano un grave bisogno di assistenza le persone che necessitano di aiuto almeno tre volte al giorno e in diversi momenti della giornata nelle operazioni dell'as-

sistenza di base (igiene personale, alimentazione o mobilità) e abbisognano inoltre di aiuto nella conduzione domestica più volte alla settimana. Il tempo medio richiesto settimanalmente deve essere di almeno tre ore al giorno, di cui almeno due devono essere dedicate all'assistenza di base.

- Livello 3 - bisogno di assistenza estremo: presentano un bisogno di assistenza estremo le persone che necessitano di aiuto giorno e notte (24 ore al giorno) nelle operazioni dell'assistenza di base e abbisognano inoltre di aiuto nella conduzione domestica più volte alla settimana. Il tempo medio richiesto settimanalmente deve essere di almeno cinque ore al giorno, di cui almeno quattro devono essere dedicate all'assistenza di base (igiene personale, alimentazione o mobilità).

3.1.7.1 Casi critici

Le persone che presentano i requisiti per il terzo livello di assistenza e una necessità di assistenza eccezionalmente elevata possono avvalersi delle prestazioni più ampie accordate dalle disposizioni specifiche per casi critici. A questo scopo, la sussistenza di una necessità di assistenza eccezionalmente elevata può essere riconosciuta a condizione

- che l'assistenza di base (igiene personale, alimentazione o mobilità) sia necessaria almeno sei ore al giorno comprendenti almeno tre interventi durante la notte; se l'assistenza continua è prestata in strutture residenziali di assistenza si deve tener conto anche dei trattamenti medico assistenziali costanti; oppure
- che l'assistenza di base possa essere prestata solo da più di un operatore (contemporaneamente), anche durante la notte. Almeno una seconda persona non dipendente di un servizio di assistenza (ad esempio un familiare) deve affiancare un operatore professionista per almeno un'operazione durante il giorno e una durante la notte. Con questa copresenza si mira ad evitare l'intervento contemporaneo di più operatori del servizio di assistenza.

La cassa contro l'infermità chiede al Servizio ispezioni mediche dell'assicurazione sanitaria o, nel caso di assicurati presso la Knappschaft, al Servizio ispezioni medico-sociali di svolgere una perizia per accertare il fabbisogno assistenziale del richiedente. Generalmente ciò avviene nel quadro di una visita a domicilio (preannunciata) da parte di un perito (specialista in assistenza continua o medico). Il perito accerta il bisogno di assistenza nel quadro dell'assistenza di base (igiene personale, alimentazione e mobilità) e dell'assistenza nella conduzione domestica. Gli affiliati delle assicurazioni private presentano la domanda al loro ente assicurativo privato, che incarica della perizia il Servizio ispettivo MEDICPROOF.

L'accertamento del bisogno di assistenza di minorenni è generalmente svolto da periti del Servizio ispezioni mediche con una particolare formazione e qualificazione di infermieri specializzati nell'assistenza sanitaria infantile o di pediatri. Lo stato del minorenne è confrontato con quello di un coetaneo sano. Ai fini della valutazione del bisogno di assistenza di neonati e bambini in età prescolare non è determinante la necessità di assistenza dovuta alla tenera età, bensì il bisogno di assistenza supplementare.

3.1.8 Assistenza a domicilio o in una struttura residenziale

Le prestazioni dell'assicurazione contro l'infermità dipendono dai livelli di bisogno sopra illustrati e dal fatto che l'assistenza debba essere prestata a domicilio o in un istituto residenziale. Le prestazioni obbediscono a due principi fondamentali: "prevenire e riabilitare (ovvero intervenire in tutti i modi possibili sia per contribuire a superare e/o a ridurre lo stato di bisogno, sia per impedirne un aggravamento) anziché assistere" e "assistere a domicilio anziché in una struttura esterna".

3.1.8.1 Assistenza domiciliare

La maggior parte delle persone non autosufficienti che vivono in casa sono assistite dai familiari. Questo è positivo perché, generalmente, le persone non autosufficienti desiderano continuare a vivere il più a lungo possibile nel loro ambiente domestico e insieme alla famiglia. L'assistenza domiciliare va dunque privilegiata rispetto a quella in strutture residenziali. È questo il motivo per cui la legge attribuisce particolare importanza alle prestazioni che migliorano le condizioni dell'assistenza domestica e facilitano il compito di chi se ne fa carico.

L'entità delle prestazioni per l'assistenza domiciliare dipende dal livello di fabbisogno assistenziale delle persone non autosufficienti. Esse hanno il diritto di scegliere tra prestazioni in natura (prestazioni assistenziali fornite da operatori convenzionati con la cassa contro l'infermità, ad esempio centri assistenziali o servizi di assistenza domiciliare) e prestazioni in denaro (con cui le persone non autosufficienti possono provvedere da sole ad assicurare in modo adeguato l'assistenza necessaria, a.e. tramite i familiari).

Nel quadro del diritto a prestazioni in natura l'assistenza domiciliare può inoltre essere prestata da persone singole (operatori individuali). Laddove non vi siano motivi ostativi concreti, le casse contro l'infermità sono tenute a stipulare accordi con operatori individuali idonei. Il ricorso a tali operatori può aiutare le persone bisognose di assistenza continua a condurre una vita possibilmente autonoma e autodeterminata o consentire, ad esempio, di soddisfare in modo migliore i loro desideri particolari quanto all'organizzazione dell'assistenza.

Nel quadro del cosiddetto livello di assistenza 0, dall'1 gennaio 2013 possono ricevere prestazioni in natura o in denaro anche persone con una capacità di affrontare la vita quotidiana notevolmente limitata. È inoltre possibile combinare gli aiuti in natura e in denaro in modo da soddisfare in modo mirato le necessità specifiche delle singole persone non autosufficienti. In particolare, nel quadro di nuovi modelli abitativi è prevista anche la possibilità che più aventi diritto mettano in comune i loro diritti a prestazioni

3.1.8.2 Altre prestazioni

Presidi per l'assistenza (ad esempio letti per lungodegenti) e sussidi fino a 4.000 euro per interventi di ristrutturazione dell'abitazione determinati da bisogni assistenziali nel caso in cui non esistano altre possibilità di finanziamento. Possono beneficiarne anche gli assicurati con una capacità di affrontare la vita quotidiana notevolmente limitata che rientrano nel cosiddetto livello di assistenza 0. Questo sussidio può ammontare fino a quattro volte 4.000 euro - vale a dire a un importo massimo di 16.000 euro - in caso di convivenza di più persone bisognose di assistenza continua o con capacità di affrontare la vita quotidiana notevolmente limitata.

Gli affiliati all'assicurazione contro l'infermità aventi diritto a sussidi statali o all'assistenza sanitaria in forza delle prescrizioni della funzione pubblica e dei principi dello statuto dei funzionari percepiscono solo la metà delle prestazioni riconosciute. Per questo motivo i loro contributi sono dimezzati. Le assicurazioni private presso cui sono obbligatoriamente assicurati i funzionari pubblici erogano loro tutte le prestazioni sopra elencate proporzionalmente al sussidio statale a cui hanno diritto.

Oltre alle altre prestazioni, le persone non autosufficienti che ricevono prestazioni di assistenza continua in natura o in denaro e/o ulteriori prestazioni di accompagnamento o di sgravio in alloggi condivisi seguiti con prestazioni a domicilio possono percepire su richiesta anche un importo forfettario pari a 205 euro al mese, la cosiddetta maggiorazione per alloggi condivisi. Dall'1 gennaio 2015 possono beneficiare di questa maggiorazione anche gli assicurati con capacità notevolmente limitata di affrontare la vita quotidiana che rientrano nel cosiddetto livello di assistenza 0. Per ricevere la prestazione è necessario:

- che l'interessato viva con almeno due e al massimo undici altre persone in un'abitazione condivisa allo scopo di ricevere un accudimento tramite prestazioni di assistenza continua organizzate congiuntamente e che almeno altre due di queste persone siano bisognose di assistenza continua o presentino una capacità notevolmente limitata di affrontare la vita quotidiana ufficialmente constatata (livello di assistenza 0).
- che chi condivide l'alloggio abbia incaricato una persona (operatore presente) di svolgere attività generali di natura organizzativa, amministrativa, assistenziale o di promozione della vita comunitaria.
- che l'ente gestore dell'alloggio condiviso o terzi non offrano alcuna forma di accudimento che possa fornire alle persone non autosufficienti prestazioni di assistenza ampiamente coincidenti con la gamma di prestazioni concordate per l'assistenza residenziale.

3.1.8.3 Assistenza sostitutiva

Le persone non autosufficienti hanno diritto ad un'assistenza sostitutiva della durata massima di sei settimane per un controvalore complessivo di 1.612 euro quando chi le assiste in casa è in vacanza o è impossibilitato per altri motivi. Se l'assistenza sostitutiva è prestata da parenti, anche acquisiti, fino al secondo grado o da chi convive con i non autosufficienti nello stesso nucleo familiare, si presuppone che queste persone non operino a scopo di lucro e l'esborso comprovato della cassa contro l'infermità non può pertanto superare il 150 per cento del l'importo erogato per il fabbisogno di assistenza accertato. A tale importo possono però andare ad

aggiungersi le spese necessarie comprovabili (ad es. mancato guadagno o spese di viaggio) sostenute per assicurare l'assistenza sostitutiva dalla persona che se ne fa carico. L'esborso complessivo della cassa contro l'invalidità non può tuttavia superare i 1.612 euro. Possono beneficiare di prestazioni dell'assistenza sostitutiva anche gli assicurati con capacità notevolmente limitata di affrontare la vita quotidiana che rientrano nel cosiddetto livello di assistenza 0. Durante l'assistenza sostitutiva si continua a ricevere la metà dell'indennità di assistenza normalmente percepita per un massimo di sei settimane all'anno.

Oltre a questo importo specificamente destinato all'assistenza sostitutiva, dall'1 gennaio 2015 si può utilizzare a questo scopo fino al 50 percento dell'importo destinato all'assistenza temporanea (cioè fino a 806 euro all'anno). La maggiorazione per l'assistenza sostitutiva di cui ci si avvale è detratta dalle prestazioni per l'assistenza temporanea. Per l'assistenza sostitutiva si può così disporre di un massimo di 2.418 euro all'anno.

3.1.8.4 Assistenza diurna e notturna semiresidenziale

Si definisce assistenza semiresidenziale l'accudimento temporaneo in una struttura nel corso della giornata. L'assistenza semiresidenziale può essere concepita sotto forma di assistenza diurna o notturna. In questo contesto l'assicurazione per l'assistenza continua si fa carico dei costi dell'assistenza di base, dell'accompagnamento sociale e dei trattamenti medico-assistenziali costanti, le spese per il vitto sono invece a carico dei pazienti. L'assistenza semiresidenziale è riconosciuta solo se necessaria nel caso specifico – ad esempio perché l'assistenza domestica non può essere assicurata in misura sufficiente.

L'importo mensile delle prestazioni può raggiungere 468 euro per il livello di assistenza 1, 1.144 euro per il livello di assistenza 2 e 1.612 euro per il livello di assistenza 3. L'assistenza semiresidenziale comprende anche il trasporto necessario della persona non autosufficiente dalla sua abitazione alla struttura di assistenza diurna o notturna e viceversa.

Dall'1 gennaio 2015 possono richiedere prestazioni di assistenza diurna e notturna fino ad un importo mensile di 231 euro anche gli assicurati rientranti nel cosiddetto livello di assistenza 0 con capacità notevolmente limitata di affrontare la vita quotidiana. Inoltre gli importi delle prestazioni destinate agli assicurati con livello di assistenza 1 e 2 con capacità notevolmente limitata di affrontare la vita quotidiana sono integrati e possono raggiungere 689 euro mensili per il livello di assistenza 1 e 1.298 euro mensili per il livello di assistenza 2.

Insieme all'assistenza diurna e notturna ci si può avvalere anche delle prestazioni assistenziali domiciliari in natura e/o in denaro nella loro interezza, senza decurtazioni.

3.1.8.5 Assistenza temporanea

Molte persone non autosufficienti necessitano di assistenza continua residenziale solo per un periodo limitato, in particolare fino al superamento di situazioni di crisi nell'assistenza domestica o per un periodo transitorio dopo una degenza ospedaliera. Per queste persone è stata concepita l'assistenza temporanea in strutture residenziali adeguate. L'importo delle prestazioni può raggiungere 1.612 euro per un periodo massimo di otto settimane all'anno. Dall'1 gennaio 2015 possono richiedere prestazioni di assistenza temporanea anche gli assicurati con capacità notevolmente limitata di affrontare la vita quotidiana rientranti nel cosiddetto livello di assistenza 0.

Dal 1 gennaio 2015 l'importo delle prestazioni può essere aumentato a 3.224 euro grazie a una maggiorazione attinta alle risorse inutilizzate dell'assistenza sostitutiva, che può raggiungere 1.612 euro. La maggiorazione per l'assistenza temporanea di cui si è beneficiato è detratta dalle prestazioni per l'assistenza sostitutiva.

Durante l'assistenza temporanea la metà delle prestazioni in denaro per l'assistenza continua precedentemente percepite è erogata ancora per un massimo di otto settimane all'anno. In singoli casi giustificati è possibile avvalersi dell'assistenza temporanea anche in altre strutture adeguate non legate alle assicurazioni per l'assistenza continua da una convenzione di accudimento, ad esempio strutture di aiuto per persone disabili o altri centri di accudimento altrettanto idonei.

3.1.8.6 Prestazioni supplementari di accompagnamento e di sgravio

Gli assicurati assistiti a domicilio che presentano una capacità notevolmente limitata di affrontare la vita quotidiana (persone con patologie psichiche, disabili mentali o affette da demenza) hanno il diritto a percepire un'indennità supplementare di accompagnamento e di sgravio che può raggiungere i 104 euro (importo di base) o i 208 euro (importo maggiorato) al mese per un totale di 1.248 euro o 2.496 euro annui.

Possono beneficiare di tale indennità supplementare anche gli assicurati che rientrano nel cosiddetto livello di assistenza 0. Ogni sei mesi questa categoria di persone può inoltre avvalersi di una visita di consulenza che può essere svolta anche in centri autorizzati. Per ottenere l'autorizzazione non è necessario comprovare alcuna competenza specifica nel settore dell'assistenza continua.

Dall'1 gennaio 2015 ricevono un'indennità supplementare di accompagnamento e di sgravio dell'importo massimo di 104 euro mensili anche le persone non autosufficienti che rientrano nei livelli di assistenza da 1 a 3, ma non presentano una capacità notevolmente limitata di affrontare la vita quotidiana o presentano limitazioni di natura esclusivamente o principalmente fisica, ad es. a seguito di un ictus cerebrale.

3.8.7 Non autosufficienti in strutture residenziali di aiuto ai disabili

Tutte le prestazioni descritte sono accessibili senza restrizioni anche ai giovani disabili non autosufficienti. L'assicurazione contro l'infermità partecipa inoltre con un contributo forfettario alle spese correnti delle strutture residenziali dedite non tanto all'assistenza quanto piuttosto all'inserimento dei disabili. Le persone non autosufficienti generalmente residenti in strutture di aiuto ai disabili hanno il diritto a percepire l'importo integrale dell'indennità di assistenza continua per i giorni in cui sono assistiti nel loro ambiente domestico.

3.1.9 Finanziamento

Le prestazioni dell'assicurazione sociale contro l'infermità sono finanziate tramite contributi il cui importo è correlato al reddito. Anche in questo caso si applica il massimale contributivo dell'assicurazione sanitaria, che nel 2016 ammonta a 4.237,50 euro mensili sia nei Länder occidentali, sia in quelli orientali.

Dall'1 gennaio 2015 l'aliquota contributiva ammonta al 2,35 per cento dei redditi assoggettati all'obbligo contributivo. L'aliquota applicata agli assicurati senza figli è del 2,6 per cento.

Il versamento dei contributi avviene come per l'assicurazione sanitaria: il datore di lavoro li trattiene direttamente dallo stipendio e li accredita all'assicurazione contro le malattie applicando il principio della contribuzione paritetica, vale a dire che il lavoratore e il datore di lavoro versano rispettivamente l'1,175 per cento dell'aliquota totale del 2,35 per cento. Per compensare gli oneri derivanti dalla contribuzione dei datori di lavoro all'assicurazione contro l'infermità, in tutti i Länder federali eccetto la Sassonia è stata soppressa la festività della giornata di penitenza e di preghiera. In Sassonia, dove invece non è stata soppressa alcuna festività, la quota del lavoratore ammonta all'1,675 per cento, mentre il datore di lavoro versa lo 0,675 per cento.

Gli assicurati che non hanno figli – a prescindere dal motivo per cui si trovano in questa situazione – dall'1 gennaio 2005 devono versare un contributo aggiuntivo pari a 0,25 punti contributivi. La quota contributiva a carico di un lavoratore senza figli passa cioè dall'1,175 all'1,425 per cento. In tal modo si è dato corso alla richiesta della Corte Costituzionale Federale di introdurre una differenziazione tra i contributi di assicurati con figli e senza figli aventi lo stesso reddito. Dal versamento di questo supplemento sono esentati gli assicurati senza figli nati prima dell'1 gennaio 1940 e i bambini e i giovani che non hanno completato il ventitreesimo anno d'età. Beneficia dell'esenzione anche chi percepisce un'indennità di disoccupazione I e II o presta servizio militare o civile.

I contributi dei pensionati, calcolati in base alle prestazioni pensionistiche, alle prestazioni assistenziali durante la terza età e al reddito da lavoro, sono interamente a carico degli assicurati. I lavoratori dipendenti assicurati a titolo volontario presso l'assicurazione sanitaria pubblica ricevono dal datore di lavoro un sussidio contributivo pari alla metà del contributo totale all'assicurazione contro l'infermità detratto dalla propria retribuzione. Anche i dipendenti assicurati a titolo obbligatorio presso un'assicurazione privata contro l'infermità ricevono un sussidio contributivo di pari importo, che non può però superare la metà del premio da versare. I contributi dei titolari di indennità di disoccupazione o di sostentamento sono versati dall'Agenzia federale del lavoro; i contributi dei beneficiari dell'indennità di disoccupazione II sono corrisposti dall'Agenzia federale del lavoro o dall'ente comunale abilitato ad erogare queste prestazioni; gli enti di riabilitazione versano i contributi di chi riceve cure riabilitative; gli enti che gestiscono strutture residenziali per disabili si fanno carico dei contributi dei loro assistiti e gli enti erogatori di prestazioni sociali corrispondono i contributi di tutti coloro che percepiscono prestazioni per il sostentamento di altra natura.

3.2 Il regime francese di protezione sociale¹⁰

Il regime generale riposa su una gerarchia di enti locali, regionali e nazionali, strutturati a seconda della natura del rischio, gestiti pariteticamente e posti sotto il controllo dei Ministeri incaricati della sicurezza sociale (Ministero degli affari sociali, della salute e dei diritti delle donne e Ministero delle finanze e dei conti pubblici). Già dagli anni Ottanta, in Francia sono stati previsti strumenti di sostegno del reddito per i soggetti non coperti dai dispositivi ordinari, di tipo assicurativo, affiancando strumenti dedicati (finanziati dalla fiscalità generale) per il contrasto della povertà.

Il regime generale di sicurezza sociale è finanziato principalmente da contributi sulle retribuzioni, che rappresentano l'80% del finanziamento del regime generale. I contributi sono calcolati in base ad aliquote fissate a livello nazionale e sono in parte a carico del datore di lavoro, in parte del lavoratore. La contribuzione sociale generalizzata (CSG) e la contribuzione per il rimborso del debito sociale (CRDS) sono a carico del lavoratore.

La CSG e la CRDS sono prelevate su redditi da lavoro, redditi sostitutivi, redditi patrimoniali, prodotti d'investimento e dei giochi. Le persone con domicilio fiscale in Francia e a carico, a qualunque titolo, di un regime francese obbligatorio di assicurazione malattia sono sottoposte, sui redditi provenienti dalla loro attività e sui redditi sostitutivi, alla CSG: (7,5 %¹¹ sui redditi da lavoro, 6,2% sui redditi sostitutivi) e alla CRDS allo 0,5 %. Tuttavia, le persone iscritte ad un regime obbligatorio di assicurazione malattia che non risiedano fiscalmente in Francia sono soggette ai contributi salariali di assicurazione malattia all'aliquota applicabile prima del 1° gennaio 1998, ovvero ad un contributo salariale di assicurazione malattia al 5,5% sui redditi da lavoro.

Per i pensionati non domiciliati fiscalmente in Francia che appartengano ad un regime obbligatorio d'assicurazione malattia, l'aliquota della ritenuta da applicare alla pensione del regime generale di sicurezza sociale è fissata al 3,20% sulla pensione di base e al 4,20% sulle pensioni complementari, obbligatorie e non.

Il regime generale copre i dipendenti del settore privato dell'industria, del commercio e dei servizi. Si divide nei seguenti settori:

- malattia, maternità, paternità, invalidità, decesso e infortuni sul lavoro e malattie professionali, gestito separatamente dalla Cassa nazionale di assicurazione malattia dei lavoratori dipendenti (CNAMTS)
- vecchiaia, gestito dalla Cassa nazionale di assicurazione vecchiaia (CNAV),
- famiglia, gestito dalla Cassa nazionale per gli assegni familiari (CNAF)
- contributi e riscossione, gestito dall'Agenzia centrale degli enti di sicurezza sociale (ACOSS), che riunisce le Unioni di riscossione contributi sicurezza sociale e assegni familiari (URSSAF) che riscuotono l'insieme dei contributi e delle patronali.

Per l'iscrizione obbligatoria al regime generale devono essere soddisfatte due condizioni: erogazione di una retribuzione, di qualunque forma essa sia, che dia luogo al versamento di contributi; esistenza di un legame di subordinazione tra il lavoratore e uno o più datori di lavoro. Esiste, peraltro, un regime di assicurazione contro la disoccupazione che copre tutti i dipendenti del regime generale e del regime agricolo.

Quando assume un dipendente, il datore di lavoro deve fare una dichiarazione preventiva all'assunzione presso l'Unione di riscossione dei contributi assicurativi e degli assegni familiari (URSSAF) dalla quale dipende. La dichiarazione consente, fra l'altro, di richiedere sia l'immatricolazione alla Sécurité Sociale francese, se l'interessato non ha il numero d'immatricolazione, sia l'iscrizione all'assicurazione per disoccupazione. Per quanto riguarda le pensioni integrative, il lavoratore è iscritto alla cassa pensioni integrative cui aderisce il suo datore di lavoro, a seconda dell'attività dell'impresa o del luogo d'ubicazione dell'impresa. I contributi e le contribuzioni vengono riscossi e distribuiti dalle Urssaf e finanziano il rimborso delle cure mediche, le

¹⁰ Sintesi disponibile sul sito del *Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale*: http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/it_0.html

¹¹ I titolari di pensione di un regime francese, con residenza fiscale in Francia, sono soggetti alla CSG al 6,6% o all'aliquota ridotta del 3,8% in caso di reddito fiscale di riferimento inferiore a euro 13 956. Peraltro, i pensionati che versano la CSG ad aliquota piena (6,6%) devono inoltre versare un contributo per la Casa (Contribuzione di solidarietà per l'autonomia) allo 0,3% (eccetto i titolari di assegno supplementare, di assegno di solidarietà agli anziani o di assegno di vedovanza). Sulle pensioni complementari, obbligatorie e non, viene inoltre prelevata una trattenuta contributiva pari all'1%.

indennità di malattia, di maternità o di infortunio sul lavoro oltre che l'erogazione delle pensioni di base e degli assegni familiari ai beneficiari del regime generale della *Sécurité Sociale*.

3.2.1 Prestazioni in caso di fragilità sociale

Diverse tipologie di prestazioni di tipo economico e interventi in natura che si rivolgono ai cittadini che versano in condizioni di fragilità, anche temporanea, sono gestite, a livello locale, principalmente, tramite l'*Aide* e l'*Action Sociale*. Il primo racchiude la maggior parte degli interventi e delle risorse dell'assistenza sociale ed è caratterizzato da prestazioni che i dipartimenti devono, per legge, erogare a favore dei cittadini richiedenti. Al contrario, *Action sociale* racchiude quegli interventi di assistenza sociale facoltativi erogati, per lo più, dai comuni e solitamente non sottoposti ad alcuna regia da parte di un livello di governo sovraordinato¹². Gli interventi finanziati a titolo di *Aide Sociale* sono rivolti a quattro grandi aree di utenza: anziani, disabili, minori e povertà/esclusione sociale. Guardando alla distribuzione della spesa pro capite per *Aide* e *Action Sociale* nei diversi dipartimenti, il valore della mediana (cioè il valore centrale della distribuzione se si ordinassero in modo crescente i singoli valori di spesa pro capite per dipartimento) è di 397 euro pro capite (quindi metà dei territori francesi registra una spesa inferiore e l'altra metà superiore a 397 euro pro capite) all'interno di un *range* che varia da un minimo di 290 euro pro capite a un massimo di 608 euro pro capite.

Il sussidio di solidarietà agli **anziani** (*allocation de solidarité aux personnes âgées*, ASPA) e l'assegno integrativo di invalidità (*allocation supplémentaire d'invalidité*, ASI) vanno a integrare le prestazioni di previdenza sociale rivolte agli anziani o alle persone disabili che non possiedono una posizione assicurativa (sufficiente). Le persone che hanno raggiunto l'età pensionabile possono usufruire dell'ASPA, erogato ai cittadini di almeno sessant'anni che rispondono a determinati requisiti di non autosufficienza, con l'obiettivo di sostenere e compensare le spese per l'acquisto di prestazioni di cura e assistenza, sia a domicilio che in struttura, mentre le persone invalide che non soddisfano i requisiti previsti per poter richiedere la pensione di vecchiaia possono beneficiare dell'ASI.

Quanto agli importi medi mensili, l'ASPA è di circa 800 euro, l'ASI di 403,76 euro. I servizi in natura sono gestiti a livello locale e possono essere raggruppati nelle seguenti categorie:

- i servizi di cura domiciliare per l'assistenza sociale e il sostegno nelle attività della vita quotidiana;
- i servizi di cura domiciliare (*Aide soignante* e altri) per le cure sanitarie di tipo medico o infermieristico;
- i servizi residenziali «leggeri», come i centri diurni o forme di residenzialità innovative, come, per esempio, i *Foyers Logement* o le *Résidences avec services*, simili a gruppi di appartamenti o piccole comunità per soggetti lievemente non autosufficienti, provvisti di servizi di assistenza per i residenti;
- i servizi residenziali con una connotazione marcatamente sanitaria, come, per esempio, le *Unités de soins*.

Nonostante la grande disponibilità di strutture e servizi residenziali, nel sistema francese il 90 per cento degli anziani ultrasessantenni vive a casa, dove riceve assistenza e cura; di questi, il 50 per cento riceve assistenza solamente da un *caregiver* informale, un familiare o un amico. Il sistema di cura informale si compone di circa 3.5 milioni di *caregiver*, di cui almeno 300.000 prestano assistenza a tempo pieno a persone gravemente non autosufficienti. Di questi l'8,5 per cento sono familiari e il 66 per cento donne (figlie o mogli) e hanno in media 70 anni (se coniuge) o 51 anni (se figlia o figlio).

Questa normativa prevede che venga erogata un'integrazione per l'assistenza personale (*majoration pour aide d'une tierce personne*) in caso di:

- una pensione di invalidità (*pension d'invalidité*);
- una pensione di vecchiaia (*pension de vieillesse*) (soggetta a determinate condizioni)
- una pensione di infortunio sul lavoro (*rente d'accident de travail*).

¹² *Il Welfare e la Long Term Care in Europa*, a cura di Giovanni Fosti ed Elisabetta Notarnicola, Milano, Egea, 2014.

I destinatari della misura non devono avere raggiunto l'età che consente loro di beneficiare di una pensione ad aliquota piena al momento dell'esame della richiesta e devono avere necessità dell'assistenza di una terza persona per compiere la maggior parte delle attività basilari della vita quotidiana.

Per quanto riguarda le **persone disabili**, esse possono beneficiare di un sussidio di base detto *Allocation pour adulte handicapé* (AAH), se raggiungono un certo «tasso di incapacità», cioè se la commissione medica stabilisce un'invalidità grave, media o parziale. Inoltre, è previsto un assegno integrativo di disabilità (*prestation de compensation du handicap*, PCH) destinato alle persone disabili con più di 20 anni e meno di 60 anni con un livello minimo di risorse, residenti in Francia e la cui disabilità soddisfa determinati criteri.

L'indennità per adulti disabili (AAH) è di € 800,45 al mese, indipendentemente dalla composizione del nucleo familiare, con la possibilità di somme aggiuntive in alcuni casi particolari, ed è concessa per un periodo limitato (rinnovabile), in base al grado di disabilità.

La PCH contribuisce al sostegno finanziario a talune spese relative alla disabilità. Come dispositivo di compensazione, è complementare ad altri sussidi ed è concepito come un aiuto personalizzato, flessibile secondo le esigenze di ciascun beneficiario. Le prestazioni previste coprono: l'aiuto umano, per pagare *caregiver* familiari che forniscono sostegno alle attività essenziali della vita quotidiana); l'acquisto di alcuni ausili tecnici, di veicoli particolari o spese per il trasporto; le spese relative all'adattamento della abitazione o di un veicolo; spese specifiche o eccezionali; spese per il mantenimento di un cane guida.

Tra le prestazioni familiari è previsto l'assegno per l'educazione del figlio disabile (AEEH). L'assegno per l'educazione del figlio disabile non è subordinato a condizioni di reddito ed è erogato per ogni figlio d'età inferiore ai 20 anni, indipendentemente dall'ordine di nascita, affetto da un'incapacità permanente di grado almeno pari all'80%, o compreso fra il 50 e l'80% se il figlio usufruisce di una collocazione in istituto per educazione speciale o di cure a domicilio. Il figlio non deve essere collocato in un istituto finanziato integralmente dall'assicurazione malattia, dallo Stato o dall'assistenza sociale.

L'importo dell'assegno ammonta a € 129,99 al mese. I figli affetti da un'incapacità di almeno l'80% permettono di accedere ad un'integrazione di assegno, il cui importo varia a seconda del bisogno o del grado di handicap. Per determinare l'importo dell'integrazione, la Commissione dei diritti e dell'autonomia delle persone disabili (CDAPH) situa il figlio in una delle sei categorie esistenti, in base a una tabella di valutazione che tiene conto della necessità di cure del bambino, del costo delle cure e delle conseguenze economiche causate dall'handicap e/o del fatto che uno dei genitori riduce o interrompe la propria attività lavorativa per occuparsi del figlio e, infine, del ricorso all'assistenza di terzi, retribuita.

Gli importi mensili delle integrazioni sono i seguenti:

- prima categoria: € 97,49;
- seconda categoria: € 264,04;
- terza categoria: € 373,71;
- quarta categoria: € 579,13;
- quinta categoria: € 740,16;
- sesta ed ultima categoria: importo della maggiorazione per l'aiuto di terzi, pari a € 1.103,08.

Si può scegliere tra l'assegno supplementare per l'educazione del figlio disabile e la prestazione compensatoria dell'handicap (PCH), erogata dal consiglio generale e intesa a finanziare i bisogni connessi alla perdita di autonomia delle persone disabili. Peraltro, l'assegno supplementare AEEH è cumulabile con il 3° elemento della prestazione compensatoria dell'handicap (PCH), volto a coprire le spese supplementari per rendere agibile l'abitazione, il veicolo o i trasporti.

Il genitore solo che cessa o riduca la propria attività o assuma una persona per l'assistenza di terzi ha diritto ad una maggiorazione dell'integrazione dalla 2a alla 6a categoria (2a categoria: € 52,81, 3a categoria: € 73,12, 4a categoria: € 231,54, 5a categoria: € 296,53, 6a categoria: 434,64 €).

3.2.2 Il reddito di solidarietà attiva (RSA) e sussidio temporaneo di attesa (ATA)

Alle persone che non dispongono di risorse sufficienti e sono senza impiego, viene erogato il [Revenu de solidarité active](#) (RSA) reddito minimo sociale elargito dalla CAF, *Caisse d'allocations familiales*. Si tratta di un sistema di sostegno e di accompagnamento sociale e professionale per agevolare l'accesso al lavoro o consolidare le competenze professionali di coloro che sono senza lavoro o che dispongono di risorse limitate.

Ne possono beneficiare:

- gli adulti di più di 25 anni
- i giovani di meno di 25 anni con figli a carico o che abbiano svolto un lavoro per due anni nel corso degli ultimi tre anni (in quest'ultimo caso si parla di [« RSA jeunes actifs »](#))

L'ammontare del reddito di solidarietà attiva (RSA) prevede un importo mensile forfettario stabilito ogni anno per decreto e che differisce in base alla composizione del nucleo familiare.

Nel caso la persona disoccupata trovi un'occupazione e il reddito percepito resta comunque inferiore a 1.500 € mensili viene attivata un'altra misura di sostegno rivolta ai lavoratori a basso reddito, *la Prime d'activité*. Entrata in vigore dal 1 gennaio 2016, la *Prime d'activité* è un sussidio che integra i redditi derivanti da stipendio o attività autonoma (*revenus d'activité professionnelle*) se al di sotto di una certa soglia (1.500€ se soli e senza figli). Per averne diritto dovete essere maggiorenni, esercitare un'attività (subordinata o autonoma), e risiedere in Francia da almeno 3 mesi. Possono ricevere il sussidio anche studenti, stagisti, apprendisti i cui redditi da attività professionale siano superiori a 898,83 € mensili o che hanno figli a carico. L'ammontare del sussidio viene calcolato sulla base della composizione del nucleo familiare e degli eventuali *altri sostegni* percepiti.

Per quanto riguarda l'RSA, questi gli importi percepiti mensilmente dai beneficiari:

- Single: € 513,88
- Famiglia monoparentale con 1 bambino: € 770,82
- Coppia con 2 bambini: € 1,079.14
- Coppia con 3 bambini: € 1,284.69

Il reddito di solidarietà attiva è concesso per periodi della durata di 3 mesi che possono essere rinnovati. L'importo della prestazione varia in base alla situazione familiare.

Il sussidio temporaneo di attesa (*allocation temporaire d'attente*, ATA), invece, fornisce un reddito temporaneo a quelle persone in cerca di lavoro (persone in attesa di reintegrazione, i richiedenti asilo, alcuni stranieri) che non hanno diritto alle prestazioni dell'assicurazione contro la disoccupazione. I beneficiari devono intraprendere azioni positive finalizzate al recupero dell'attività lavorativa. Può essere rinnovato con scadenza mensile oppure versato per un periodo massimo di 12 mesi, a seconda della condizione del beneficiario.

Infine, è previsto un sussidio di solidarietà specifico (*allocation de solidarité spécifique*, ASS) che garantisce un reddito minimo alle persone che sono in grado di lavorare ma che non soddisfano i requisiti necessari a percepire una pensione ad aliquota piena. I beneficiari devono intraprendere azioni positive finalizzate al recupero dell'attività lavorativa. L'indennità è di € 16,25 al giorno.

3.3 Il regime italiano di protezione sociale

Il sistema di welfare italiano è tradizionalmente rappresentato come composto da tre pilastri principali: la sanità, la previdenza e l'assistenza. Sebbene per alcune tipologie di interventi il confine tra le tre diverse aree sia ben identificabile, non sempre è possibile identificare una netta separazione tra loro. È il caso del già citato settore «socio-sanitario», che si pone inevitabilmente nell'intersezione tra l'area sanitaria e quella assistenziale. Inoltre, una peculiarità del sistema italiano è la frammentazione degli interventi. A titolo esemplificativo, è possibile trovare interventi per la non autosufficienza e l'invalidità in ciascuno dei tre diversi pilastri, a seconda del diverso contenuto della prestazione e del soggetto che eroga il trasferimento monetario o il servizio in questione.

3.3.1 Contrasto alla povertà

Il sistema di protezione sociale italiano è stato finora privo di uno strumento universale di contrasto alla povertà, che nel nostro Paese da molto tempo è significativamente più diffusa e accentuata che negli altri principali paesi europei. Le misure esistenti appaiono poco efficaci e scarsamente mirate, sia nel caso dei trasferimenti monetari sia nel caso dei servizi; risentono inoltre della mancanza di una logica unitaria. L'urgenza di superare tali criticità è stata accresciuta dalla crisi, che ha raddoppiato l'incidenza della povertà assoluta¹³.

Il welfare italiano risulta nel suo complesso poco redistributivo nel confronto internazionale: sulla base dei dati dell'Eurostat risulta che la riduzione del rischio di povertà ed esclusione sociale dovuta ai trasferimenti sociali (pensioni incluse) è in Italia molto minore di quella media degli altri paesi europei e di quella dei principali paesi dell'area dell'euro. Tale peculiarità è particolarmente accentuata nel caso dei minori. Per loro, i trasferimenti aiutano a ridurre il rischio di povertà ed esclusione di 10 punti percentuali in Italia, contro valori pari a 16 e 18 punti in Germania e in Francia, rispettivamente. Ciò riflette sia la composizione della spesa sia limiti nel disegno delle singole misure.

Ne risulta complessivamente un quadro in cui i diversi strumenti di contrasto alla povertà operano privi di una logica unitaria, risultando caratterizzati da requisiti di accesso diversi. Prevale, nella definizione della prova dei mezzi, l'assenza di considerazioni relative al patrimonio e ai redditi dell'intero nucleo familiare. L'Italia si è peraltro nel frattempo dotata di uno strumento atto a misurare la condizione economica della famiglia, combinando elementi reddituali e patrimoniali. Nella sua formulazione più recente, l'ISEE adopera in larga parte informazioni amministrative già disponibili, il che contiene l'onere burocratico per gli interessati e limita i possibili abusi. Esso include tra gli elementi positivi del reddito anche vari trattamenti previdenziali e assistenziali, prevedendo di converso una serie di franchigie per tenere conto delle difficoltà familiari connesse con le prestazioni lavorative, nonché con la presenza di minori e di disabili.

Al di là del disegno dei diversi strumenti di trasferimento del reddito, il contrasto delle situazioni di disagio sociale dipende anche dalla capacità di fornire servizi e aiuto nell'affrontare difficoltà che vanno spesso al di là della scarsità di mezzi reddituali. La spesa in servizi sociali è in Italia tradizionalmente contenuta e molto differenziata sul territorio e si va dai 160 euro pro capite spesi in media dai Comuni del Nord-ovest ai 50 euro nei Comuni del Sud. Spesso si riscontra un insufficiente coordinamento tra gli interventi dei diversi soggetti istituzionali, con moltiplicazione dei costi amministrativi.

Attualmente è in discussione a Senato, dopo essere stato approvato dalla Camera il 14 luglio 2016, il disegno di legge A.C. [3594](#), recante una delega al Governo in tema di norme relative al contrasto alla povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali, collegato alla manovra di finanza pubblica per il 2016, finalizzato a contrastare la povertà e l'esclusione sociale, ampliare le protezioni fornite dal sistema delle politiche sociali per renderlo più adeguato rispetto ai bisogni emergenti e più equo e omogeneo nell'accesso alle prestazioni, in attuazione dell'articolo 3 della Costituzione e nel rispetto dei principi della Carta fondamentale dei diritti dell'Unione europea.

Il disegno di legge delega del Governo ha come antifatto alcune norme della legge di stabilità per il 2016, con le quali il Governo ha stanziato 600 milioni per il 2016 per potenziare la nuova social card e per introdurre un assegno di disoccupazione (AsDi) per i lavoratori ancora disoccupati alla fine della fruizione

¹³ Si riporta una sintesi dell'audizione di Paolo Sestito, Capo del Servizio Struttura economica della Banca d'Italia tenutasi il 4 aprile 2016 alla Camera dei deputati sulla delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali (collegato alla legge di stabilità 2016)

della nuova assicurazione sociale per l'impiego (Naspi). Tali fondi si sommano a quelli che già erano stati resi disponibili per i due strumenti citati, per un ammontare complessivo di quasi 1,4 miliardi nel 2016.

Il disegno di legge delega al Governo il compito di: (a) introdurre una misura nazionale per il contrasto alla povertà; (b) razionalizzare le prestazioni di natura assistenziale, nonché altre prestazioni anche di natura previdenziale, sottoposte alla prova dei mezzi (escludendo però le prestazioni legate alla condizione di disabilità e di invalidità del beneficiario); (c) riordinare la normativa in materia di servizi sociali.

La delega stabilisce alcuni principi generali a cui il Governo dovrà attenersi nel disegno del nuovo strumento. Tra questi, il principio dell'“inclusione attiva” (per ciascun beneficiario si definirà un progetto personalizzato di inclusione sociale e/o lavorativa sostenuto dall'offerta di servizi alla persona) e il principio dell'universalismo selettivo, nell'accesso alle prestazioni, sulla base dell'ISEE. In merito alla razionalizzazione degli strumenti esistenti, la delega specifica che le nuove regole verranno applicate solo a coloro che richiedono le prestazioni dopo la data di entrata in vigore dei decreti legislativi; le eventuali economie derivanti dalla razionalizzazione dovranno comunque essere destinate alla lotta alla povertà. Per quanto riguarda la riorganizzazione del sistema dei servizi sociali, i decreti delegati dovranno assegnare al Ministero del lavoro e delle politiche sociali poteri di coordinamento più forti, oltre che compiti di vigilanza sul rispetto dei livelli essenziali. Verrà rafforzata la gestione associata dei Comuni per l'erogazione dei servizi. Verranno promossi accordi territoriali tra i servizi sociali e gli altri servizi competenti per l'inserimento lavorativo, la salute, l'istruzione e la formazione, evitando la frammentarietà degli interventi. Si valorizzeranno le organizzazioni del terzo settore e del privato sociale. Si rafforzerà infine il sistema informativo dei servizi sociali, e in particolare il Casellario dell'assistenza, attualmente in via di costruzione.

Il costo del nuovo regime di trasferimenti dipenderà dall'ampiezza della platea di soggetti interessati e dall'importo dei trasferimenti unitari. Le analisi condotte dal gruppo di lavoro sul reddito minimo istituito dal Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali nel 2013, basate su modelli di microsimulazione, stimano in 7-8 miliardi i trasferimenti necessari per innalzare i redditi di ciascuna famiglia sino alla soglia di povertà assoluta. Il costo necessario per portare a un livello di reddito pari a metà della soglia di povertà assoluta tutte le famiglie che attualmente non raggiungono tale livello sarebbe invece di circa 1,5 miliardi. Tali stime assumono che sia possibile individuare senza margini di errore le famiglie aventi diritto al beneficio e che la presenza del trasferimento non riduca l'offerta di lavoro. Tutte le criticità operative prima discusse inevitabilmente si rifletterebbero sul costo aggregato della misura.

3.3.2 Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA)

Da settembre 2016 è possibile in tutta Italia per una parte delle famiglie in povertà chiedere di poter beneficiare della nuova misura introdotta dal Governo: il Sostegno all'Inclusione Attiva o SIA. Si tratta di un sussidio economico che viene elargito per un anno alle famiglie in situazioni particolarmente disagiate insieme a un progetto personalizzato di attivazione sociale e lavorativa per i suoi componenti¹⁴.

L'idea di introdurre su tutto il territorio nazionale una misura di contrasto alla povertà viene da lontano. Già le sperimentazioni sul Reddito Minimo d'Inserimento della fine degli anni '90 avevano un analogo obiettivo, ma fallirono nel loro intento. Con il sopraggiungere della crisi economica, e in particolare con il drammatico aumento delle famiglie in povertà assoluta, è risultato chiaro che l'unica misura di contrasto alla povertà presente allora su tutto il territorio nazionale, la Social Card (o Carta acquisti), fosse del tutto inadeguata a fronteggiare il problema, sia per la forte carenza del sostegno economico rispetto ai bisogni delle famiglie indigenti, sia per la ristretta platea degli aventi diritto, che, tra l'altro, in parte non risultavano neppure essere le persone maggiormente in difficoltà. A partire dal 2012 l'idea di introdurre un nuovo e più efficace strumento ha cominciato a prendere corpo e una serie di fondi provenienti dall'Europa e da stanziamenti previsti con le successive Leggi di Stabilità² è stata veicolata allo scopo. Di fatto i primi fondi stanziati, 50 milioni di euro, hanno visto un effettivo impiego solo a cavallo tra il 2014 e il 2015, quando la Nuova Social Card, poi denominata SIA, è stata sperimentata per un anno nelle 12 città principali.

¹⁴ sintesi tratta da "Non fermiamo la riforma. Rapporto 2016 sulle politiche contro la povertà in Italia" della Caritas, ottobre 2016, pp. 12 e ss.

Per accedere al Sostegno per l’Inclusione Attiva occorre che un componente del nucleo familiare ne faccia richiesta direttamente al Comune, o ad un CAF se convenzionato con lo stesso, compilando il relativo modulo e dichiarando contestualmente i requisiti necessari.

I richiedenti devono innanzitutto essere cittadini italiani o comunitari o stranieri con determinati permessi e residenti in Italia da almeno due anni. Bisogna che nel nucleo familiare vi sia almeno un minore, o un figlio disabile o una donna in stato di gravidanza accertata (entro quattro mesi dalla data presunta del parto). Occorre avere un ISEE non superiore a 3.000 euro; eventuali trattamenti previdenziali, indennitari o assistenziali complessivamente inferiori a 600 euro mensili; non essere titolari della NASPI o dell’ASDI o di altri sussidi di disoccupazione; non essere in possesso di autoveicoli immatricolati nell’ultimo anno e neppure di autoveicoli o motoveicoli di cilindrata elevata.

L’importo accreditato varia esclusivamente in proporzione al numero dei componenti del nucleo familiare: 80 euro al mese a componente per un massimo di 400 euro. Questo vuol dire che una donna in stato di gravidanza accertata riceverà l’importo minimo, un nucleo con due componenti riceverà 160 euro, mentre una famiglia composta da due coniugi e tre o più figli riceverà 400 euro.

Le risorse necessarie a coprire il sostegno monetario, 750 milioni di euro, derivano da una serie di provvedimenti: 380 milioni dall’ultima Legge di Stabilità, 120 dalla Legge di Stabilità 2014; 167 dal DL 76/2013, originariamente destinati all’estensione della sperimentazione delle Regioni del Mezzogiorno¹⁰; 70 dai risparmi del biennio 2015-2016 e 13 milioni rimanenti perché non impiegati nel SIA per le grandi città.

C’è un plafond regionale per coprire il trasferimento monetario ai beneficiari, sulla base della distribuzione della povertà assoluta, della grave deprivazione materiale e delle famiglie senza lavoro. Per ogni singola Regione si considera la quota di persone in povertà assoluta rispetto all’Italia, quella in grave deprivazione materiale e quella in famiglie a bassa intensità di lavoro (in tutti e tre i casi calcolata come media triennale 2012-2014); quindi le risorse vengono assegnate ad ogni Regione sulla base di una media ponderata tra questi tre valori. Nelle stime governative la nuova misura, date anche le risorse stanziare e tenendo conto delle dichiarazioni ISEE 2015, dovrebbe interessare tra le 180 mila e le 220 mila famiglie.

L’implementazione dei servizi necessari alla presa in carico delle persone in condizione di bisogno verrà finanziata con risorse del primo Programma Operativo Nazionale per l’inclusione sociale (PON Inclusione) cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo. Si tratterà di oltre un miliardo di euro che verrà assegnato a Comuni e ambiti attraverso “avvisi non competitivi” definiti dall’Autorità di gestione in collaborazione con le Regioni. Ciascuna di queste potrà in autonomia aggiungere risorse per realizzare interventi complementari anche utilizzando i Programmi Operativi Regionali (POR).

Secondo la Caritas il SIA dovrebbe essere, come annunciato, una misura “ponte” verso uno strumento unico, organico e universale di lotta alla povertà. Nel prospetto finale di seguito riportato si mette a confronto il SIA con l’attuale testo del disegno di legge delega del Governo e con proposta dell’Alleanza contro la povertà in Italia, composta da 35 organismi e promotrice della proposta di un Piano nazionale contro la povertà fondato sulla necessità di integrare un intervento di sostegno al reddito con un’adeguata politica dei servizi (lavoro, istruzione, salute, integrazione, etc.)¹⁵.

¹⁵ <http://www.redditoinclusione.it/>; <http://www.caritasitaliana.it/caritasitaliana/allegati/6237/Nota%20a%20Ddl%20Delega.pdf>