



La povertà e il welfare in Europa

BOZZA DI LAVORO

Gennaio 2017

La povertà e il welfare in Europa

Indice

Sintesi	5
Introduzione	11
1. La povertà	12
1.1 I lavoratori con contratti non standard	21
1.2 I lavoratori a bassa retribuzione	24
1.3 L'aggiornamento al 2015	29
1.3.1 <i>La povertà infantile</i>	31
1.3.2 <i>La povertà tra gli immigrati</i>	32
2. La spesa per il welfare	34
2.1 I sussidi di disoccupazione e il reddito minimo in Europa	40
2.2 La spesa per il sostegno alle persone non autosufficienti	42
2.2.1 <i>Le persone non autosufficienti</i>	45
2.3 I fondi europei per il rafforzamento delle politiche per l'inclusione	47
3. Le politiche contro la povertà e a sostegno delle persone non autosufficienti in Europa	49
3.1 La sicurezza sociale in Germania	49
3.1.2 <i>Riabilitazione e partecipazione delle persone disabili (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen)</i>	52
3.2 Il regime francese di protezione sociale	59
3.2.1 <i>Prestazioni in caso di fragilità sociale</i>	60
3.2.2 <i>Il reddito di solidarietà attiva (RSA) e sussidio temporaneo di attesa (ATA)</i>	62
3.3 Il regime spagnolo di protezione sociale	63
3.4 Il regime italiano di protezione sociale	65
3.4.1 <i>Contrasto alla povertà</i>	65
3.4.2 <i>Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA)</i>	66
4. Le proposte di riforma del welfare	68
4.1 Le proposte di ARS	68
4.2 Le proposte della Caritas	73
4.3 Le proposte di Easy Care	75
4.4 Le proposte di Radicali italiani	78
Bibliografia	79

Autori del documento: Roberto Cicciomessere* (capitoli 1, 2 e 4) e Vitaliana Curigliano (capitolo 3)

Versione 1.3 del 9 gennaio 2017

* www.robortocicciomessere.eu

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

La povertà e il welfare in Europa

ABSTRACT

L'obiettivo della strategia Europa 2020 di ridurre di 20 milioni le persone a rischio di povertà o di esclusione sociale negli Stati membri è stato completamente mancato in Italia, dove il problema coinvolge oltre 17 milioni di persone e in modo particolare i giovani, gli stranieri, le persone con bassa istruzione, gli abitanti del Mezzogiorno, i lavoratori con contratti non standard e quelli dei settori meno sindacalizzati.

La spesa per il welfare in Italia, ancorché superiore alla media dei paesi dell'Unione, è concentrata su pensioni e salute, per cui rimane ben poco per altre misure contro la povertà. Inoltre non esiste un sussidio di disoccupazione di lunga durata né il reddito minimo e l'unica forma di sostegno ai disoccupati è la Naspi (con durata massima due anni), ma manca una vera misura per chi, dopo aver percepito questo sussidio, non riesce a trovare un lavoro, che è presente in tutti gli altri paesi: in genere corrisponde al salario minimo, è condizionata dalla prova dei mezzi (diversamente dal sussidio di disoccupazione) e dura per tutto il tempo in cui la persona si trova in uno stato di povertà. Sul fronte delle persone non autosufficienti la spesa è allineata alla media europea, ma le prestazioni erogate sono in gran parte monetarie piuttosto che costituite da assistenza residenziale e domiciliare: in particolare, la principale forma di supporto pubblico per disabili non autosufficienti in Italia è l'Indennità di Accompagnamento, il cui costo è raddoppiato negli ultimi 15 anni.

Facendo un confronto delle politiche contro la povertà e a sostegno delle persone non autosufficienti nei principali Paesi europei, emergono alcune principali caratteristiche: in Germania l'obiettivo centrale dell'assistenza sociale è il rafforzamento dell'autonomia e dell'iniziativa individuale, perseguito attraverso i sussidi per il sostentamento, l'integrazione al minimo per persone anziane e a capacità lavorativa ridotta, i sussidi per l'assistenza sanitaria, i sussidi per l'integrazione delle persone disabili (erogati sotto forma di "budget individuale" e mirati a consentire la partecipazione alla vita lavorativa), i sussidi per l'assistenza continua, il sussidio per il superamento di particolari difficoltà sociali e altri tipi residuali di prestazioni; in Francia le prestazioni in caso di fragilità sociale sono rivolte a quattro grandi aree di utenza: anziani (sussidio di solidarietà agli anziani), disabili (sussidio per le persone disabili, assegno integrativo di disabilità), minori (assegno per l'educazione del figlio disabile) e povertà/esclusione sociale (reddito di solidarietà attiva per agevolare l'accesso al lavoro, sussidio temporaneo di attesa subordinato ad azioni positive per il recupero dell'attività lavorativa, e sussidio di solidarietà specifico); in Spagna i disoccupati hanno diritto a un'indennità sociale di disoccupazione e al reddito di integrazione, integrati da altre forme di "reddito minimo" gestite a livello locale, mentre la pensione di invalidità e di vecchiaia non contributiva è riservata alle persone sotto i 65 anni con disabilità superiore al 65%, quella contributiva agli ultrasessantacinquenni residenti da almeno 10 anni, e le prestazioni per l'assistenza a lungo termine sono concesse a persone prive di autonomia, alternativamente in natura o in denaro.

In Italia il sistema di protezione sociale è stato finora privo di uno strumento universale di contrasto alla povertà, e solo attualmente è in discussione un disegno di legge per introdurre una misura nazionale per razionalizzare le prestazioni assistenziali e previdenziali sottoposte alla prova dei mezzi (fatta eccezione per disabili e invalidi), e per riordinare la normativa in materia di servizi sociali; nel contempo, sono stati introdotti in via provvisoria l'assegno di disoccupazione e il Sostegno all'Inclusione Attiva, che tuttavia interesserà un massimo di appena 220mila persone.

Attualmente esistono tre proposte di riforma strutturate avanzate da altrettante organizzazioni.

La proposta dell'ARS, che comporta un costo aggiuntivo del 10% sulla spesa assistenziale del 2014 e del 6% su quella del 2017, è finalizzata al contrasto della povertà assoluta attraverso il Reddito Minimo di Inserimento pari alla differenza tra la soglia di povertà assoluta e il reddito della famiglia, al sostegno delle famiglie con figli, mediante un assegno ai nuclei con minori fino a 25 anni impegnati nello studio e condizionato dalla prova dei mezzi, che sostituisca le detrazioni fiscali per figli a carico e gli assegni familiari, al sostegno delle persone con disabilità, attraverso la sostituzione dell'indennità di accompagnamento con una "Dote di Cura" in voucher non vincolata alla prova dei mezzi ma parametrata su tre livelli di gravità e bisogno assistenziale, al riassorbimento delle pensioni di invalidità nella Pensione unificata per invalidi civili, introducendo come strumento di selezione l'ISEE familiare, e a una maggiore autonomia delle persone con disabilità attraverso il Budget per l'Inclusione. La proposta dell'ARS,

a differenza delle altre, è sostanzialmente autofinanziata (costa solo 4 miliardi in più rispetto agli attuali 72), perché a fronte dell'introduzione del reddito minimo prevede una modifica delle altre misure di protezione sociale per concentrarle sui più poveri con costi più bassi.

La proposta della Caritas si basa sull'estensione del Reddito di Inclusione al fine di trasformarlo in una misura universalistica, atteso che attualmente i divari territoriali nello sviluppo dei servizi precludono tale obiettivo: prevede inoltre di considerare in misura pari all'80% i redditi derivanti da un'occupazione avviata durante il periodo di fruizione della misura, che altrimenti risulterebbe disincentivante, e di rafforzare la copertura finanziaria per avviare un piano pluriennale di lotta alla povertà.

Secondo la Fondazione Easy Care è necessario sostituire l'attuale Indennità di Accompagnamento con una Dote di Cura consistente nell'accesso a un pacchetto di servizi, attraverso l'intermediazione di un "care manager", e di declinare una visione di sussidiarietà variabile, in cui alla copertura totale da parte del pubblico per taluni soggetti si affianchino coperture miste per le categorie a minore debolezza.

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.

1. LA POVERTÀ IN EUROPA: FALLITO L'OBIETTIVO DI RIDURRE LE PERSONE A RISCHIO DI POVERTÀ O DI ESCLUSIONE SOCIALE, IN PARTICOLARE IN ITALIA (28,7% DEL TOTALE) DOVE AUMENTANO DI 2 MILIONI

L'obiettivo della strategia Europa 2020 di ridurre di 20 milioni le persone a rischio di povertà o di esclusione sociale negli Stati membri è stato completamente mancato, in particolare in Italia dove questo fenomeno è particolarmente grave e coinvolge nel 2015 oltre 17 milioni di persone (il 28,7% del totale), in crescita di 2 milioni di unità rispetto al 2008.

Le persone a maggior rischio di povertà sono i giovani, i disoccupati, gli stranieri e le persone poco istruite

In Italia le persone maggiormente esposte al rischio di povertà sono i giovani e gli adulti mentre gli anziani e gli over 65 sono meno esposti perché maggiormente sostenuti dalle spese sociali per il sistema pensionistico e per la non autosufficienza. Infatti, i meno vulnerabili rispetto alla povertà in Italia sono i nuclei costituiti da due adulti, uno dei quali ha 65 anni o oltre (probabilmente con pensione). I disoccupati sono maggiormente esposti al rischio di povertà o di esclusione sociale, tuttavia in Italia anche il 16,2% degli occupati si trova in questa condizione, valore superiore di oltre 3 punti percentuali rispetto alla media dei paesi europei: il basso livello delle retribuzioni italiane determina il fenomeno del *in-work at-risk-of-poverty*. In tutti i paesi europei gli stranieri sono le persone a maggiore rischio di povertà, anche se in Italia questo gap è minore. Il rischio di esclusione sociale di chi ha conseguito al massimo la licenza media è pari al doppio di chi si è laureato.

Quasi la metà della popolazione del Mezzogiorno a rischio di povertà

Quasi metà della popolazione del Mezzogiorno è a rischio di povertà o di esclusione sociale a fronte del 16% nel Nord-Est: i più vulnerabili risiedono in Sicilia (54,4%), i meno nella provincia di Bolzano (9,7%).

I lavoratori con contratti non standard: poco più di un terzo (7,9 milioni, pari al 35,8%)

Al fine di circoscrivere le persone *in-work at-risk-of-poverty*, si sono segmentati gli occupati sulla base di due

tipologie di contratti: i lavoratori standard, che comprendono i dipendenti assunti con un contratto a tempo indeterminato, compresi i part-time volontari, e i lavoratori non standard che sono costituiti da coloro che hanno un contratto di lavoro dipendente sempre a tempo indeterminato, ma in part-time involontario, i dipendenti a termine, i collaboratori e gli autonomi. Su circa 22 milioni di occupati nel 2015, poco meno di due terzi sono lavoratori con contratti standard (14 milioni, pari al 64,2% del totale) e conseguentemente poco più di un terzo sono lavoratori non standard (7,9 milioni, pari al 35,8%): i lavori standard sono più diffusi nelle regioni del Nord e meno in quelle del Centro e del Mezzogiorno. La quota più elevata degli occupati assunti con contratti non standard si registra nella provincia di Ragusa (54,3%), quella più bassa a Gorizia (27,8%), con una differenza di oltre 26 punti percentuali. Nell'Unione europea poco meno di un terzo è costituito da lavoratori con un contratto non standard (32,4%) e il restante 67,6% con contratto standard: la quota di lavoratori non standard in Italia si colloca nettamente al di sopra della media europea di quasi 6 punti percentuali.

I lavoratori a bassa retribuzione: quote minori nei settori più sindacalizzati con minimi contrattuali più elevati

La percentuale dei lavoratori a bassa retribuzione (*low-wage earners*: i lavoratori le cui retribuzioni sono pari o inferiori alla soglia dei due terzi delle retribuzioni orarie lorde mediane) è pari al 17,2% nella media europea, con i valori più elevati in Lettonia (25,5%) e più bassi in Svezia (2,6%), mentre l'Italia (9,4%) si colloca a quasi 8 punti percentuali al di sotto del valore medio. Questo dato positivo per l'Italia si spiega, almeno in parte, sulla base dell'esclusione dall'analisi di quasi la metà dei lavoratori delle micro-imprese (fonte: Eurostat). Come è atteso, la quota maggiore di *low-wage earners* si registra tra i giovani con meno di 30 anni (19,9%), i lavoratori con la sola licenza media (16,6%) e gli assunti con contratto a termine. Se si comprendono anche le micro-imprese (fonte: Istat), la quota di lavoratori a bassa retribuzione sale al 18,6% (860 euro). La quota minore di dipendenti a bassa retribuzione si registra nel settore metalmeccanico, nella pubblica amministrazione e istruzione, nelle altre industrie e nelle utilities: i dipendenti dei settori economici più sindacalizzati, dove vengono negoziati minimi contrattuali abbastanza elevati, sono meno esposti al rischio di percepire salari molto bassi, vicini alla soglia di povertà, mentre i lavoratori del turismo e spettacolo con tutele contrattuali molto basse sono maggiormente esposti a questo rischio.

2015: solo in Italia aumentano le persone a rischio di povertà o di esclusione sociale rispetto al 2014

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, mentre si registra una flessione sia nella media dei 27 paesi dell'Unione, sia in Germania, Spagna, Francia e Regno Unito. Le persone più vulnerabili sono i giovani da 18 a 24 anni, mentre sono meno esposti alla povertà gli over 65.

Povertà infantile: interessa un terzo dei bambini italiani ed è in aumento

In Italia nel 2015 un terzo dei bambini con meno di 16 anni è a rischio di povertà o di esclusione sociale (33,4%, pari a 3,1 milioni), valore superiore di quasi 7 punti percentuali a quello della media dell'Unione europea (26,6%): il tasso di povertà infantile in Italia aumenta di un punto e mezzo rispetto al 2014 e di oltre 5 punti nei confronti del 2008.

Il tasso di povertà degli immigrati superiore di 18 punti rispetto a quello dei nativi

La differenza tra il tasso di povertà degli stranieri e quello degli autoctoni misura indirettamente l'efficacia delle politiche d'integrazione: è pari al 17,8 punti percentuali nella media europea, con valori più elevati in Svezia, Spagna, Francia e Italia e più bassi nel Regno Unito, grazie all'alta quota di stranieri altamente qualificati e istruiti, e in Germania, per il maggiore benessere degli immigrati provenienti dai paesi europei.

2. LA SPESA PER IL WELFARE: IN ITALIA IL PROBLEMA NON È L'ENTITÀ DI RISORSE CHE VENGO NO DESTINATE ALLA PROTEZIONE SOCIALE, MA LA QUALITÀ DELLE MISURE DAL MOMENTO CHE LA LORO EFFICACIA NEL RIDURRE L'ESCLUSI ONE SOCIALE E LA POVERTÀ È MODESTA, LA PEGGIORE CHE SI OSSERVA IN EUROPA

La spesa per la protezione sociale (welfare) dell'Italia nel 2013 come percentuale del PIL (29,8%, pari a 478 miliardi di euro) è 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%). Anche la spesa per abitante (7.942 euro) è di poco superiore 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 di reversibilità (57,6%) e salute (malattia e disabilità) (28%). Di conseguenza per le altre spese, 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. Si osserva una significativa relazione negativa 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). Ma un'altra causa dell'alta percentuale di italiani a rischio di povertà o esclusione sociale è legata all'inefficacia della spesa per la protezione sociale: 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, 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. La maggioranza dei paesi del Centro-Nord Europa predilige le prestazioni in natura ad accesso universalistico, mentre i paesi mediterranei si caratterizzano, oltre che per una spesa pro capite molto più bassa, per una maggiore propensione alla selettività d'accesso attraverso la prova dei mezzi.

Solo in Italia e in pochi altri paesi non c'è un sussidio di disoccupazione di lunga durata per le persone povere

In Italia, dove il sussidio di disoccupazione iniziale è pari al 60% della retribuzione, quello di lunga durata è pari a zero. Si trovano nella stessa situazione anche la Grecia, la Turchia e il Cile. Sempre solo in Italia, insieme alla Grecia e alla Turchia, non esiste il reddito minimo (*minimum-income benefits*) che interviene nei confronti delle persone povere che non hanno altre forme di reddito, per garantire un livello di vita accettabile. Da pochi mesi in Italia il disoccupato percettore del sussidio di disoccupazione che non ha trovato un lavoro può, in via sperimentale, beneficiare per un breve periodo dell'ASDI (assegno di disoccupazione per una durata massima di soli sei mesi).

La spesa per sostegno alle persone non autosufficienti è allineata a quella europea, ma è costituita in prevalenza da prestazione monetaria piuttosto che da servizi

La spesa per la non autosufficienza (*Long-Term Care*) in Italia (1,8% del PIL) è allineata a quella della media europea (1,6% del PIL): 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). In ogni caso, il costo annuo delle prestazioni assistenziali erogate dall'INPS e da altri soggetti a favore della disabilità (circa 4 milioni di persone) è pari a 35,4 miliardi che rappresenta il 2,19% del PIL: l'Indennità di Accompagnamento (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, è la principale forma di supporto pubblico per disabili non autosufficienti in Italia e copre 6 disabili su 10. 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.

La percentuale di persone non autosufficienti in Italia (29%) è superiore a quella della media europea (25,3%)

La percentuale di persone non autosufficienti in Italia (29%) è superiore di quasi 4 punti percentuali rispetto alla media europea (25,3%): la quota delle donne (31,6%) è superiore di oltre 5 punti a quella degli uomini (26,2%). La non autosufficienza è correlata solo in misura minore allo stato di povertà.

I fondi europei per l'inclusione sociale: 1,2 miliardi di euro (2014-2020)

La programmazione 2014-2020 dei fondi strutturali europei ha stabilito di destinare non meno del 23,1% del Fondo sociale europeo (FSE) alle politiche d'inclusione sociale: 1,2 miliardi di euro. Oltre l'80% delle risorse dei programmi operativi nazionali (PON-Inclusione) è destinato ad accompagnare l'introduzione del Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA) e in particolare della sua componente attiva (tirocini, corsi di formazione, servizi conciliazione vita-lavoro, ecc.). La componente passiva del SIA viene finanziata con fondi nazionali che ammontano per il 2016 a 750 milioni di euro (dal 2017 il finanziamento previsto è di un miliardo di euro annuo) e prevede trasferimenti monetari proporzionati al numero dei minori presenti nel nucleo familiare.

3. LE POLITICHE CONTRO LA POVERTÀ E A SOSTEGNO DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI IN GERMANIA, FRANCIA, SPAGNA E ITALIA

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

Il regime tedesco: le prestazioni mirano ad aiutare le persone a vivere autonomamente

Uno degli obiettivi centrali dell'assistenza sociale in Germania è il rafforzamento dell'iniziativa individuale: le prestazioni mirano ad abilitare, nella misura del possibile, e a vivere indipendentemente da esse. La nuova struttura dell'assistenza sociale comprende 7 settori d'intervento:

1. **sussidi per il sostentamento.** Garantiscono il necessario alla sopravvivenza e per condurre una vita dignitosa. Il sussidio è erogato in denaro ed è calcolato sottraendo al fabbisogno assistenziale per il sostentamento individuale (diverso per sei tipologie di nucleo familiare) i redditi e i valori patrimoniali;
2. **integrazione al minimo per persone anziane e a capacità lavorativa ridotta.** Questa prestazione è calcolata come il sussidio di sostentamento, ma è riconosciuta per la durata di un anno;

3. **sussidi per l'assistenza sanitaria.** Sono equivalenti alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria contro la malattia ma si fanno carico delle persone non assicurate;
4. **sussidi per l'integrazione delle persone disabili.** Le prestazioni, commisurate al fabbisogno assistenziale del disabile, possono essere erogate sotto forma di "budget individuale": consente di scegliere autonomamente le prestazioni di cui avvalersi, le modalità di fruizione e gli enti erogatori. 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 (aiuti per il mantenimento o la ricerca di un posto di lavoro, formazione professionale, periodi di prova e aggiornamento professionale): 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. La maggior parte delle persone non autosufficienti che vivono in casa sono assistite dai familiari e beneficiano, di conseguenza, dell'assistenza domiciliare. L'entità delle prestazioni per l'assistenza domiciliare dipende dal livello di fabbisogno assistenziale delle persone non autosufficienti. 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. Le prestazioni dell'assicurazione sociale contro l'infermità sono finanziate tramite contributi il cui importo è correlato al reddito;
5. **sussidi per l'assistenza continua.** Sono rivolte alle persone che hanno bisogno di assistenza continuativa a domicilio;
6. **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 (per esempio i senza-tetto);
7. **sussidi in altre circostanze.** Comprendono vari tipi di prestazioni, ad esempio per continuare la conduzione della casa, per gli anziani e i non vedenti.

Il regime francese: il 90% degli anziani non autosufficienti vive a casa

In Francia le prestazioni in caso di fragilità sociale sono rivolte a quattro grandi aree di utenza: anziani, disabili, minori e povertà/esclusione sociale.

Il **sussidio di solidarietà agli anziani (ASP)** e l'**assegno integrativo di invalidità (ASI)** integrano le prestazioni di previdenza sociale agli anziani e alle persone disabili che non possiedono una posizione assicurativa sufficiente. Le persone che hanno raggiunto l'età pensionabile possono usufruire dell'ASP, 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. 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.

Il **sussidio per le persone disabili** (AAH) è rivolto alle persone che hanno un'invalità grave, media o parziale, l'**assegno integrativo di disabilità** (PCH) è destinato alle persone disabili con più di 20 anni e meno di 60 anni, mentre l'**assegno per l'educazione del figlio disabile** (AEEH) è erogato per ogni figlio d'età inferiore ai 20 anni.

Alle persone che non dispongono di risorse sufficienti e sono senza impiego, viene erogato il **reddito di solidarietà attiva** (RSA) per agevolare l'accesso al lavoro. 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** (ATA) 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.

Infine è previsto un **sussidio di solidarietà specifico** (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

Il regime spagnolo: prestazioni nazionali integrate da forme di "reddito" minimo erogate dalle *Comunidades Autónomas*

I disoccupati che risiedono legalmente in Spagna possono avere diritto alle prestazioni sociali di disoccupazione sotto forma di **indennità sociale di disoccupazione** e di **reddito di integrazione attiva**. La prima può essere corrisposta a coloro che non hanno diritto a una prestazione contributiva poiché non hanno versato contributi per un periodo sufficiente e ai beneficiari dell'indennità contributiva che risultano ancora disoccupati al termine del periodo di erogazione previsto, mentre il reddito di integrazione attiva è erogato ai disoccupati di lunga durata di età superiore ai 45 anni (ma inferiore ai 65 anni), ma anche ai lavoratori emigranti che rientrano, ai disabili e alle vittime di violenza domestica o di genere. Questa prestazione, erogata su base nazionale, è integrata da altre forme di **"reddito minimo"** le quali vengono gestite a livello locale dalle diverse *Comunidades Autónomas*. È stata introdotta un'ulteriore prestazione - **"Plan PREPARA"** - riservata ai disoccupati che abbiano esaurito una prestazione ovvero un sussidio di disoccupazione. La **pensione d'invalità e di vecchiaia** non contributiva è riservata alle persone tra 18 e 65 anni

residenti in Spagna da almeno cinque anni con una disabilità pari ad almeno il 65%; quella contributiva alle persone con almeno 65 anni residenti in Spagna da almeno 10 anni. Le prestazioni per l'**assistenza a lungo termine** possono essere concesse a persone prive di autonomia fisica, mentale, intellettuale o sensoriale che necessitano dell'aiuto di terzi per compiere gli atti quotidiani della vita. Possono essere erogate prestazioni in natura o in denaro: tuttavia, non è possibile scegliere liberamente tra le due forme di prestazioni.

Il regime italiano: in discussione al Senato la prima misura universale per contrastare la povertà

Il sistema di welfare italiano è composto da tre pilastri principali - la sanità, la previdenza e l'assistenza - ma non sempre è possibile identificare una netta separazione tra le tre aree. Il sistema di protezione sociale italiano è stato finora privo di uno strumento universale di contrasto alla povertà e solo attualmente è in discussione al Senato, dopo essere stato approvato dalla Camera, il disegno di legge *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*, finalizzato a contrastare la povertà e l'esclusione sociale. 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, sulla base di principi generali tra i quali l'"inclusione attiva" (per ciascun beneficiario si definirà un progetto personalizzato di inclusione sociale e/o lavorativa sostenuto dall'offerta di servizi alla persona) e l'universalismo selettivo nell'accesso alle prestazioni, sulla base dell'ISEE. Il costo della nuova misura dipenderà dall'ampiezza della platea di soggetti interessati e dall'importo dei trasferimenti: per innalzare il reddito delle famiglie sopra la soglia di povertà assoluta sono necessari trasferimenti annui pari a circa 7-8 miliardi, mentre il costo necessario per portare a un livello di reddito pari a metà della soglia di povertà assoluta tutte le famiglie che attualmente non lo raggiungono sarebbe invece di circa 1,5 miliardi.

È stato anche introdotto in via provvisoria l'**assegno di disoccupazione (ASDI)** per i lavoratori ancora disoccupati alla fine della fruizione della nuova assicurazione sociale per l'impiego (Naspi). Da settembre 2016 è possibile per una parte minima delle famiglie in povertà chiedere di poter beneficiare della nuova misura - il **Sostegno all'Inclusione Attiva o SIA** - a condizione che nel nucleo familiare vi sia almeno un minore o un figlio disabile o una donna in stato di gravidanza accertata, che l'ISEE non sia superiore a 3.000 euro e non si percepisca la NASPI o l'ASDI. Di conseguenza le persone interessate dalla nuova misura saranno al massimo 220 mila.

4. LE PROPOSTE DI RIFORMA DEL WELFARE

Sono analizzate le principali e strutturate proposte di riforma del welfare italiano avanzate da tre organizzazioni (ARS, Caritas e Fondazione Easy Care) e da radicali italiani.

ARS: una riforma complessiva per redistribuire le risorse del welfare esistenti a favore delle fasce più povere, attraverso una riduzione di quelle rivolte alle fasce più abbienti

L'Associazione per la ricerca sociale (ARS) esprime una valutazione nettamente negativa del nostro welfare sociale che presenta forti e perduranti limiti: non è equo, non è efficace nel contrastare le situazioni di maggiore fragilità, manca di una misura nazionale di contrasto della povertà, non rapporta gli interventi ai bisogni e alla loro intensità, ha risorse troppo scarse sui territori per i sistemi di servizi. Tuttavia, la proposta di legge delega per il contrasto della povertà rappresenta un'opportunità per avviare una seria riforma del welfare sociale, "per renderlo più adeguato rispetto ai bisogni emergenti e più equo e omogeneo sull'accesso alle prestazioni, secondo i principi dell'universalismo selettivo".

Le principali criticità esistenti:

- per fronteggiare la povertà assoluta e relativa l'Italia ha impegnato nel 2014 oltre 72 miliardi di euro, pari a 4,5 punti di PIL: è un livello di spesa in linea con la media europea, che non è tuttavia allocato in modo da massimizzare l'efficacia e l'equità. Ad esempio il 49% delle famiglie in povertà assoluta non riceve alcun sostegno monetario, così come il 28% di quelle in povertà relativa e il 31% del primo decile ISEE;
- a causa dei criteri di selezione dei beneficiari, quasi 13 miliardi di euro, pari al 25% dei 56 miliardi di trasferimenti monetari nazionali, va alle famiglie dei 4 decili superiori, quelle che hanno l'ISEE più elevato: sono famiglie abbienti o addirittura ricche;
- i trasferimenti più sbilanciati a favore dei quattro decili superiori sono le detrazioni per familiari a carico, l'integrazione al minimo delle pensioni, la quattordicesima mensilità delle pensioni, tutti quelli contro il rischio di povertà e soprattutto, per il suo importo assoluto, l'indennità di accompagnamento.

A partire da queste premesse, l'ARS ritiene che per riformare le attuali politiche e misure socio-assistenziali, da tutti ritenute parcellizzate e incoerenti, occorra assumere un approccio sistemico, elaborare cioè una visione complessiva dei problemi che con esse si vogliono trattare, disegnare almeno a grandi linee un nuovo insieme di politiche e misure che meglio risponda a esigenze di valore e di funzionalità,

stimare le risorse già disponibili e riutilizzabili e quelle aggiuntive che occorrono, delineare una strategia a più tappe per confermare, riconfigurare gli interventi in atto, o sostituirli con nuove misure, con i seguenti 5 obiettivi:

1. **contrasto della povertà assoluta**, con una integrazione economica che aiuti l'inserimento sociale per assicurare una opportunità di vita dignitosa a tutte le famiglie;
2. **sostegno alle famiglie non abbienti con figli minori** o con età inferiore a 25 anni se impegnati in percorsi educativi;
3. **sostegno alle persone non autosufficienti e con disabilità**, rapportato alla entità e caratteristica del loro bisogno di assistenza, cui si aggiungano opportunità di inserimento sociale attivo;
4. **sostegno economico alle famiglie non abbienti con all'interno del nucleo persone con disabilità e non autosufficienza**;
5. **risorse aggiuntive per lo sviluppo di reti di servizi** che consentano una gestione appropriata, integrata e efficace delle nuove misure, ove opportuno su progetti personalizzati.

A fronte di questi 5 obiettivi l'ARS avanza 5 proposte di riforma:

- 1) per il contrasto alla povertà si propone un **Reddito minimo d'inserimento** (RMI) che assicuri alle famiglie con un reddito sotto la soglia di povertà assoluta un contributo economico, accompagnato da misure d'integrazione e promozione sociale, pari alla differenza tra la soglia di povertà assoluta definita dall'Istat e il reddito della famiglia, al netto di tutti i trasferimenti nazionali percepiti (costo: 15 miliardi);
- 2) per il sostegno alle famiglie con figli si propone l'**Assegno a minori e figli** che sostituisce le detrazioni fiscali per figli a carico e gli assegni al nucleo familiare, concentrato sui nuclei con minori fino a 25 anni impegnati nello studio e condizionato dalla prova dei mezzi (ISEE) (costo: 16 miliardi);
- 3) per il sostegno e la promozione delle persone con disabilità e non autosufficienza si propone di sostituire l'indennità di accompagnamento con una nuova misura, la **Dote di cura** (voucher per l'acquisto di prestazioni o servizi), non vincolata alla prova dei mezzi, ma parametrata su tre livelli di gravità e bisogno assistenziale, con contributi rispettivamente di 300, 600 e 800 euro al mese (costo: 15,5 miliardi);
- 4) la **Pensione unificata per invalidi civili** riasorbe le attuali pensioni per invalidità, ciechi e sordomuti e introduce l'ISEE familiare quale strumento per realizzare la selettività a favore dei disabili in condizioni di fragilità socioeconomica

fino al settimo decile di ISEE (costo: 4,6 miliardi);

- 5) il **Budget per l'inclusione** è la nuova misura per la presa in carico per un percorso di maggiore autonomia per le persone con disabilità fino a 64 anni: è complementare alle due misure precedenti per promuovere e sostenere una vita indipendente.

Il ruolo di “regia” e la gestione delle misure in tutte le loro varie fasi e dimensioni locali sarà in mano ai Comuni. La proposta di riforma costa circa 80 miliardi e comporta un costo aggiuntivo del 10% sulla spesa assistenziale del 2014 e del 6% su quella del 2017: ai 75 miliardi già previsti per il 2017 si prevede l'aggiunta di altri 4 miliardi da effettuare progressivamente nell'arco di più anni. In estrema sintesi, si effettua una redistribuzione delle risorse del welfare esistenti a favore delle fasce più povere, attraverso una riduzione di quelle rivolte alle fasce più abbienti. Gli effetti sociali della riforma: eliminazione di gran parte delle famiglie in povertà assoluta, riduzione della povertà relativa delle famiglie con figli (dal 26% al 23%), trasferimento del 33% della spesa assistenziale alle famiglie con basso valore ISEE (attualmente solo il 13%).

Caritas: senza una adeguata infrastruttura locale, nessuna misura di contrasto alla povertà potrà risultare efficace

La Caritas ritiene che Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA) e il previsto Reddito di Inclusione (REI) non potranno essere efficaci senza una adeguata infrastruttura locale, in un paese come il nostro, caratterizzato da profondi divari territoriali nello sviluppo dei servizi.

In particolare:

- il REI non è una misura universalistica, in ragione del fatto che non è prevista una sua estensione nel tempo e non sono stati introdotti meccanismi in grado di garantire il raggiungimento di tutti i poveri assoluti: affinché la misura possa essere estesa e diventare universalistica la copertura finanziaria finora prevista necessita non solo

di essere confermata, ma anche ulteriormente rafforzata affinché si possa procedere all'avvio di un piano organico e pluriennale di lotta alla povertà;

- particolare attenzione dovrebbe essere attribuita allo sviluppo dei servizi e quindi alla parte attiva della misura;
- gli utenti del REI non hanno alcun incentivo a cercare un'occupazione poiché se percepiscono un reddito perdono il sussidio: si propone di considerare in misura pari all'80%, piuttosto che al 100%, i redditi derivanti da un'occupazione avviata durante il periodo di fruizione della misura.

Fondazione Easy Care: sostituire l'indennità di accompagnamento con la dote di cura nell'ambito di welfare universalistico a sussidiarietà variabile

La Fondazione Easy Care propone di sostituire l'attuale indennità di accompagnamento con la **Dote di cura**. In grande sintesi, Easy Care propone la trasformazione dell'erogazione monetaria dell'indennità di accompagnamento in accesso ad un pacchetto di servizi. La differenza tra la dote di cura proposta dalla Fondazione Easy Care e quella di ARS risiede sostanzialmente nelle modalità del suo utilizzo: nel primo caso la famiglia ed il cittadino intestatario del diritto dovranno obbligatoriamente rivolgersi ad un *care manager*, mentre nel secondo viene data la possibilità di scegliere tra una somma di denaro (versione cash) e il corrispettivo di un voucher utilizzabile per fruire di servizi domiciliari (versione care). La proposta di Easy Care s'inserisce in una visione di “welfare universalistico a sussidiarietà variabile”, “che integra il presidio delle categorie di cittadini caratterizzati da una situazione socio economica che ha bisogno, in modo ineludibile, della copertura totale pubblica, con il presidio a copertura mista per le categorie a minore debolezza, fragilità e vulnerabilità, nonché con una capacità di reddito che permetta di integrare il costo dei servizi di welfare sociale offerti”.

Radicali italiani:

Bla, bla ...

Introduzione

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.

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 (dati OCSE): l'Italia è uno dei pochi paesi, insieme a 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 riuscite 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 capitolo si analizzano le politiche contro la povertà e a sostegno delle persone non autosufficienti in Germania, Francia, Spagna e Italia.

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 Spagna i disoccupati hanno diritto alle prestazioni sociali sotto forma di indennità sociale di disoccupazione e di reddito di integrazione attiva. Quest'ultima prestazione, erogata su base nazionale, è integrata da altre forme di "reddito minimo" le quali vengono gestite a livello locale dalle diverse comunità autonome. Esistono poi prestazioni per l'assistenza a lungo termine e possono essere erogate prestazioni in natura o in denaro.

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.

Nel quarto capitolo si esaminano le proposte di riforma del welfare italiano avanzate da alcune organizzazioni e si propongono quelle di Radicali italiani.

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 alla 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)

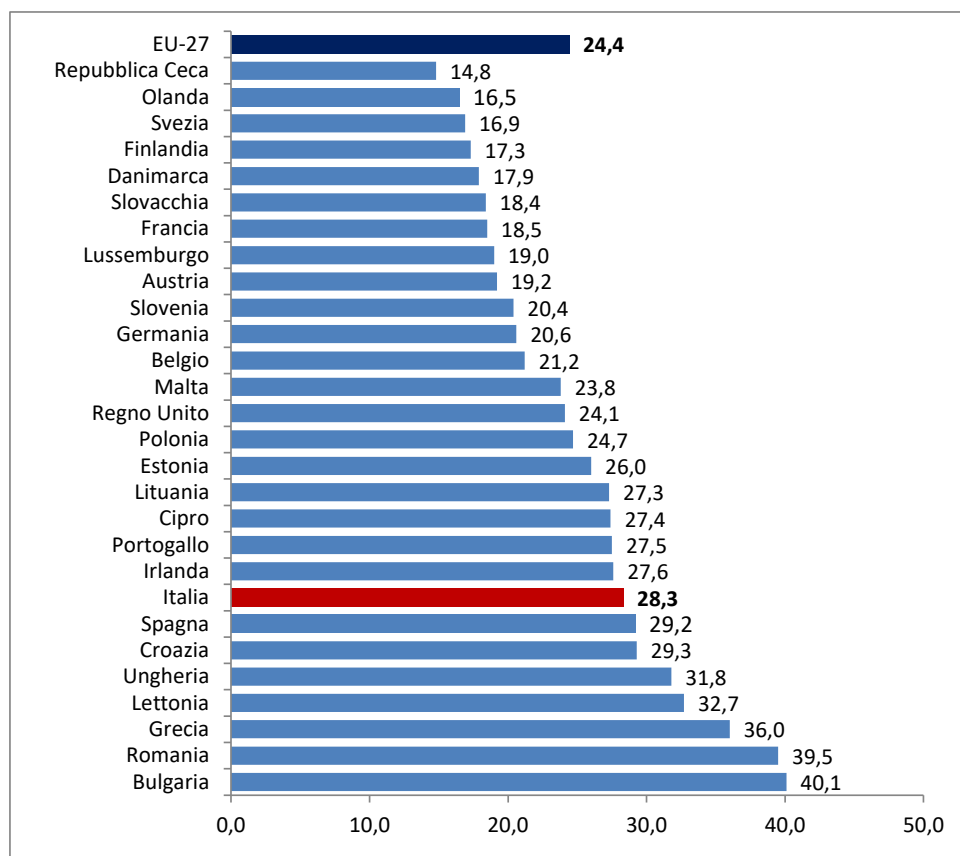


Tavola 1.1 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale in alcuni paesi dell'Unione europea – Anni 2005-2014 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

	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

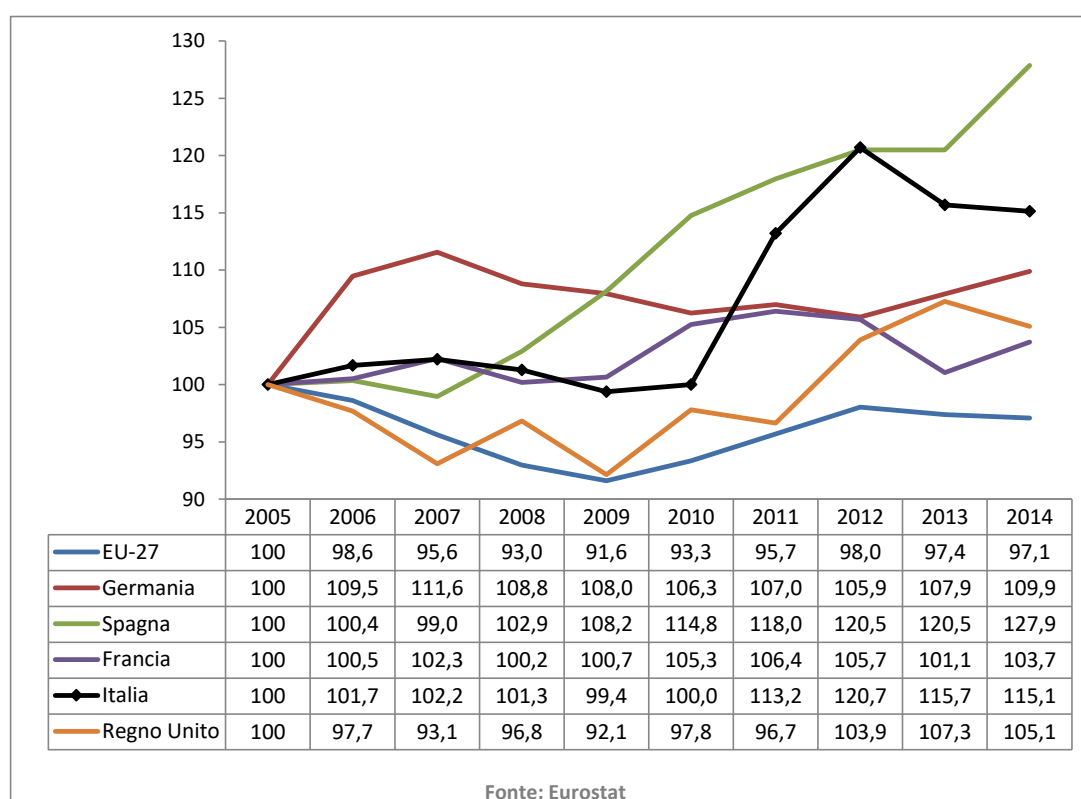
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Variazione 2014/2008
Germania	18,4	20,2	20,6	20,1	20,0	19,7	19,9	19,6	20,3	20,6	0,5
Spagna	24,3	24,0	23,3	23,8	24,7	26,1	26,7	27,2	27,3	29,2	5,4
Francia	18,9	18,8	19,0	18,5	18,5	19,2	19,3	19,1	18,1	18,5	0,0
Italia	25,6	25,9	26,0	25,5	24,9	25,0	28,1	29,9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

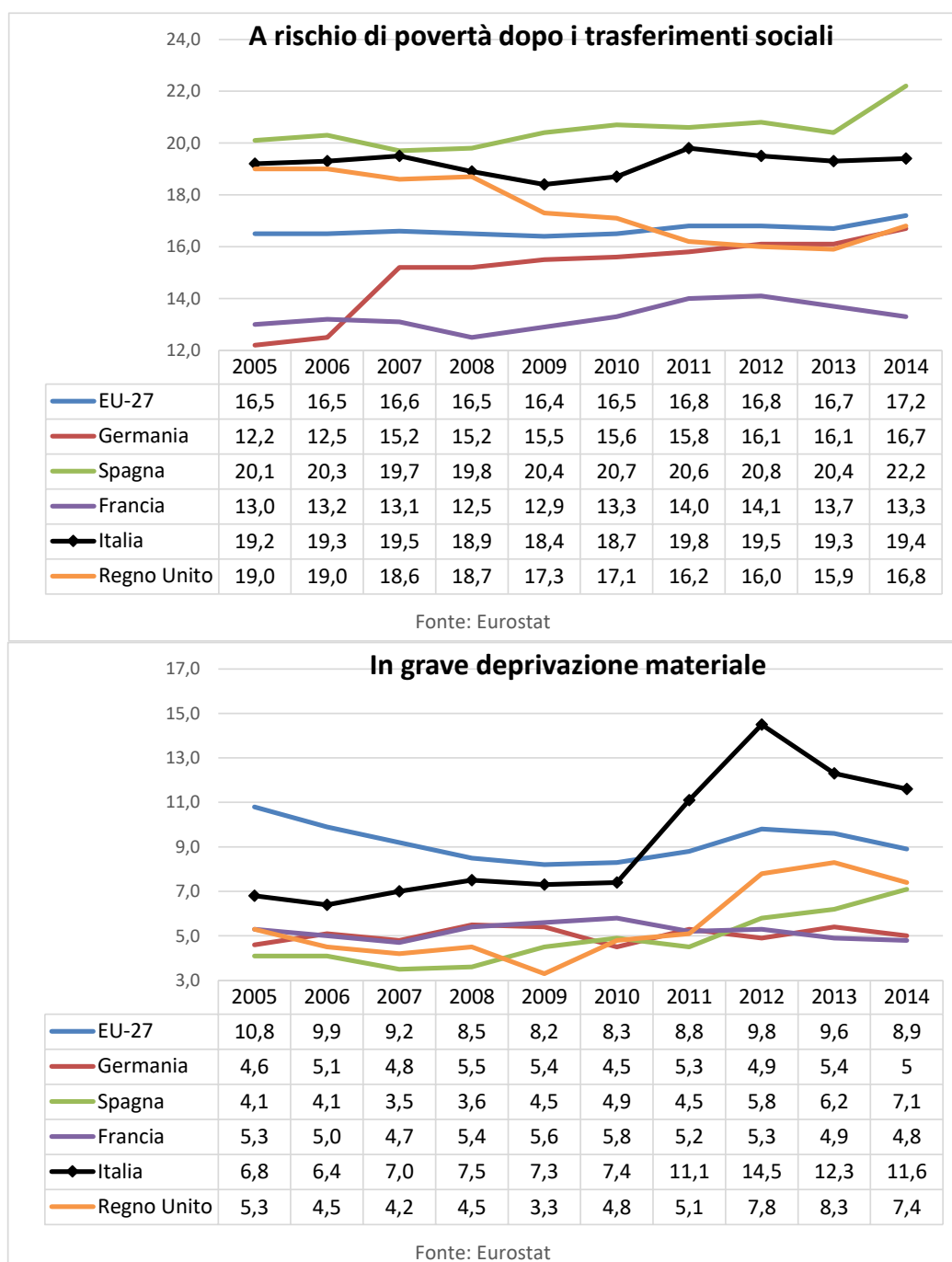
¹ Il reddito equivalente è calcolato dividendo il reddito disponibile per il coefficiente della scala di equivalenza (scala OCSE modificata). Il reddito disponibile per una famiglia è l'insieme delle entrate di cui si può disporre dopo la trattenuta o il versamento dei trasferimenti sociali.

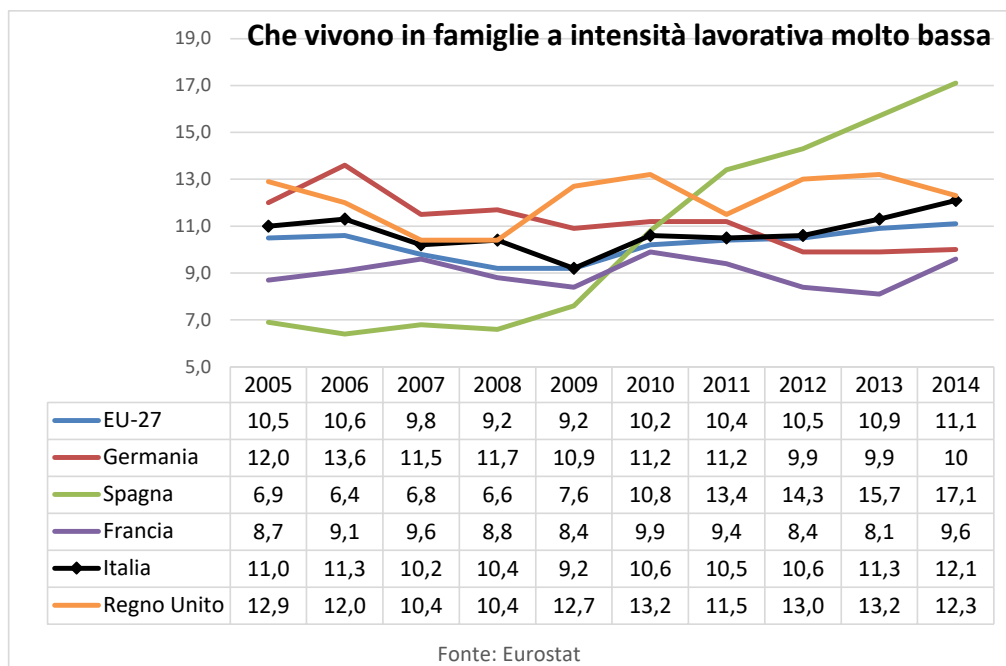
l'abitazione; 6) non potersi permettere una lavatrice; 7) un televisore a colori; 8) un telefono; 9) un'automobile;

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)

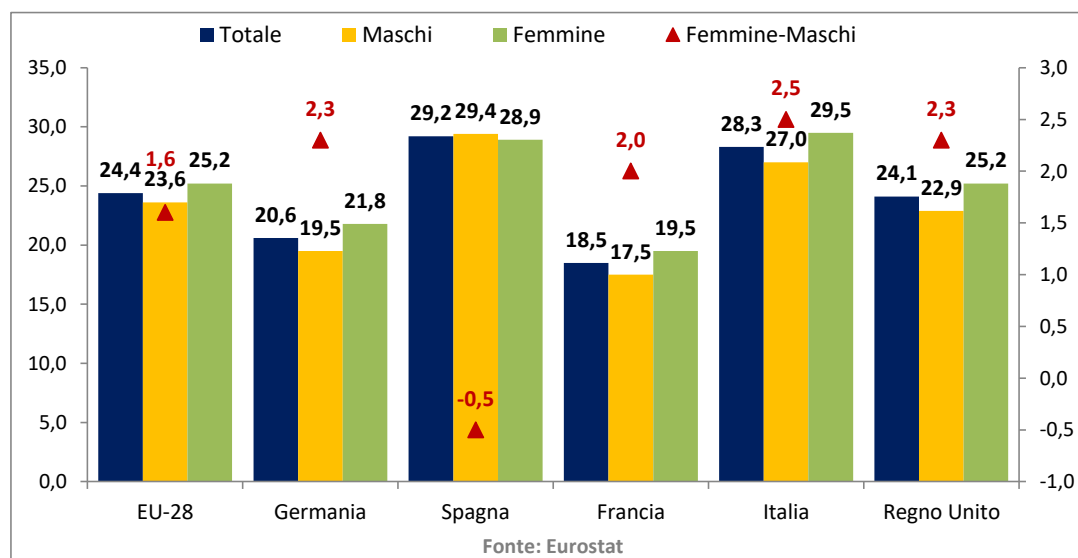


Tavola 1.2 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per sesso in alcuni paesi dell'Unione europea - Anno 2014 (valori assoluti in migliaia e incidenza percentuale sul totale della popolazione)

	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 danneggiato 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 alla professione e più in generale subiscono maggiormente gli effetti del peggioramento delle condizioni del mercato del lavoro e della precarietà.

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)

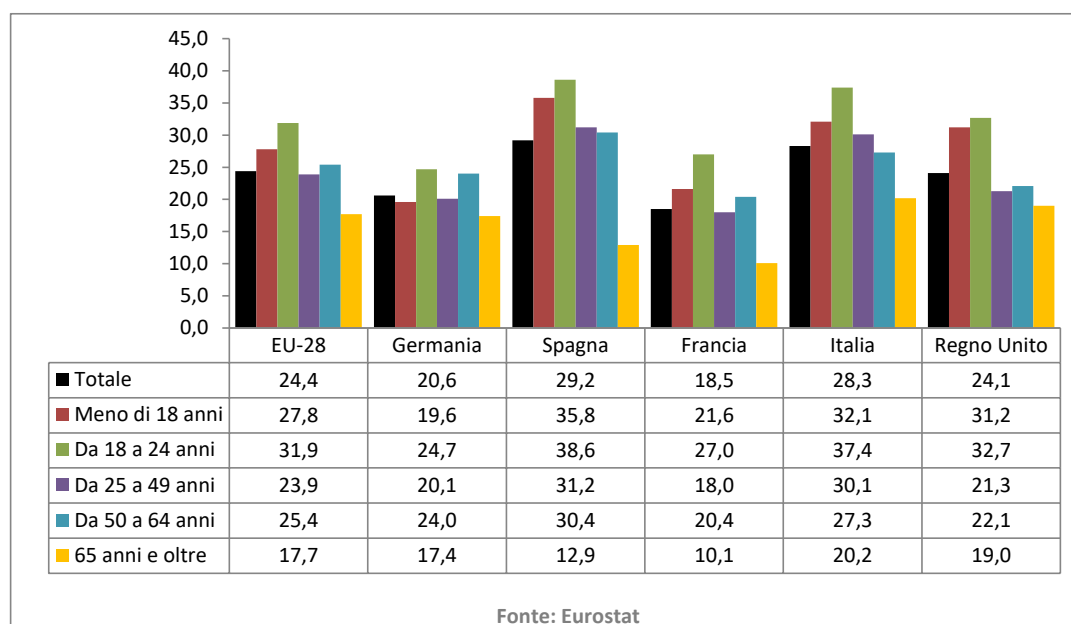


Tavola 1.3 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per classi d'età e sesso in alcuni paesi dell'Unione europea - Anno 2014 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)

	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

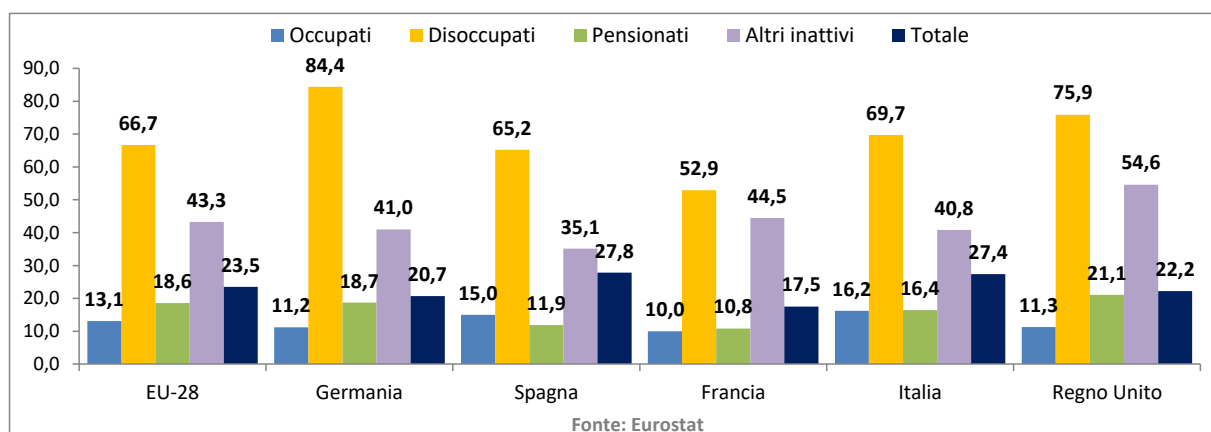
Fonte: Eurostat (ilc_peps01)

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
A1 Persona singola	33,6	37,8	27,1	25,4	31,5	34,7
A1_LT65 Adulto più giovane di 65 anni	38,9	42,0	40,2	32,5	33,2	41,0
A1_GE65 Adulto di 65 anni e oltre	26,3	29,3	9,3	15,5	29,6	27,4
A1_DCH Monogenitore con figli a carico	48,4	39,7	53,3	45,8	43,7	60,4
A1F Donna single	33,4	37,5	22,6	25,1	34,2	34,4
A1M Uomo single	33,9	38,1	32,3	25,9	27,8	35,0
A2 Due adulti	17,3	14,6	22,5	11,7	20,7	15,2
A2_2LT65 Due adulti più giovani di 65 anni	19,3	16,2	26,0	14,7	25,2	15,1
A2_GE1_GE65 Due adulti uno dei quali ha 65 anni o oltre	15,1	12,7	18,8	8,2	17,8	15,4
A2_1DCH Due adulti con un figlio a carico	19,0	15,5	27,0	15,9	21,7	17,2
A2_2DCH Due adulti con due figli a carico	19,0	13,2	29,2	11,0	28,5	18,0
A2_GE3DCH Due adulti con tre o più figli a carico	32,2	18,2	45,3	24,5	39,4	38,1
A_GE2_NDCH Due o più adulti senza figli a carico	18,7	14,6	23,6	12,0	23,5	15,9
A_GE2_DCH Due o più adulti con figli a carico	23,6	14,5	32,6	16,5	30,0	22,4
A_GE3 Tre o più adulti	21,7	14,8	25,1	13,3	26,9	17,6
A_GE3_DCH Tre o più adulti	30,5	10,0	38,6	25,1	38,4	24,0
HH_NDCH Famiglia senza figli a carico	22,8	22,7	24,3	16,5	25,6	20,4
HH_DCH 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%).

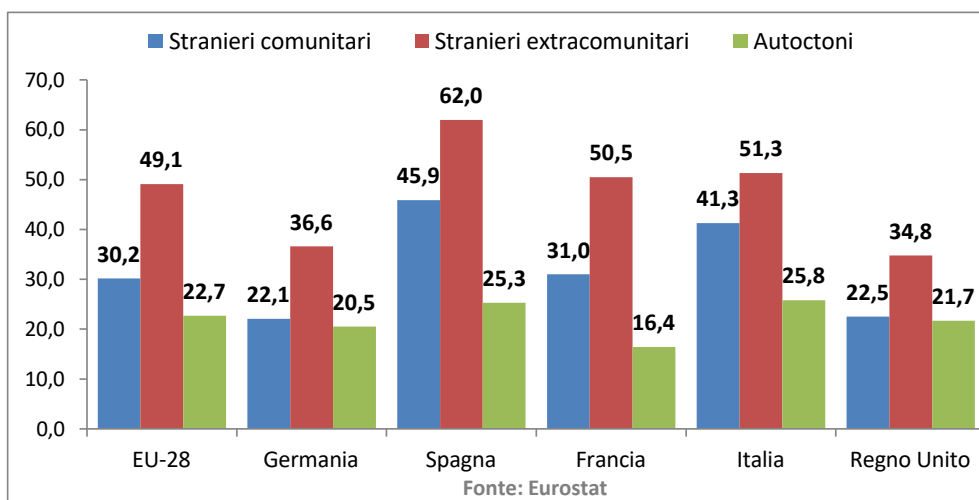
Il terzo valore più elevato della quota di persone a rischio di povertà nella media europea si registra tra gli uomini single (33,9%), così pure in Germania (38,1%) e in Francia (25,9%), mentre si colloca al terzo posto in Spagna il single con meno di 65 anni (40,2%), in Italia il nucleo familiare costituito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

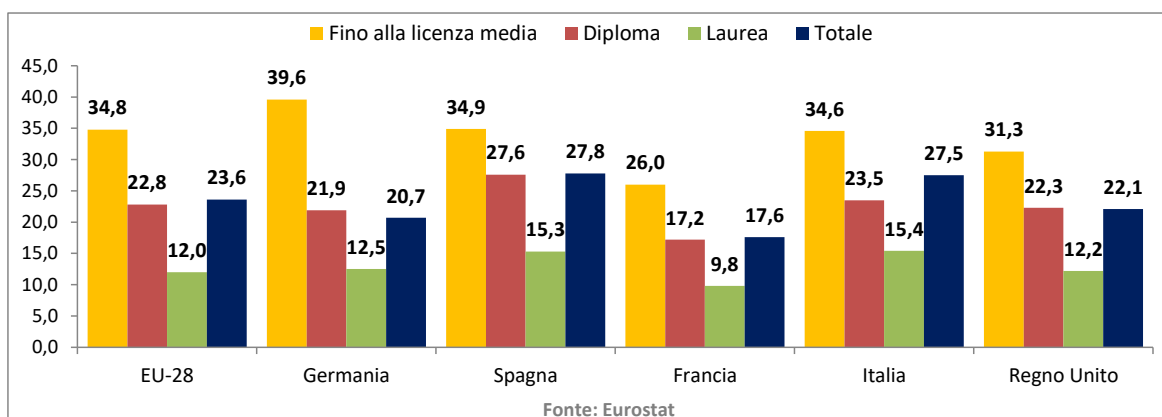


È ancora atteso che le persone con il livello d'istruzione più basso, che probabilmente svolgono lavori scarsamente retribuiti, siano più vulnerabili rispetto alla povertà: nella media europea, il rischio di esclusione sociale di chi ha conseguito al massimo la licenza media (34,8%) è pari a quasi il 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 il

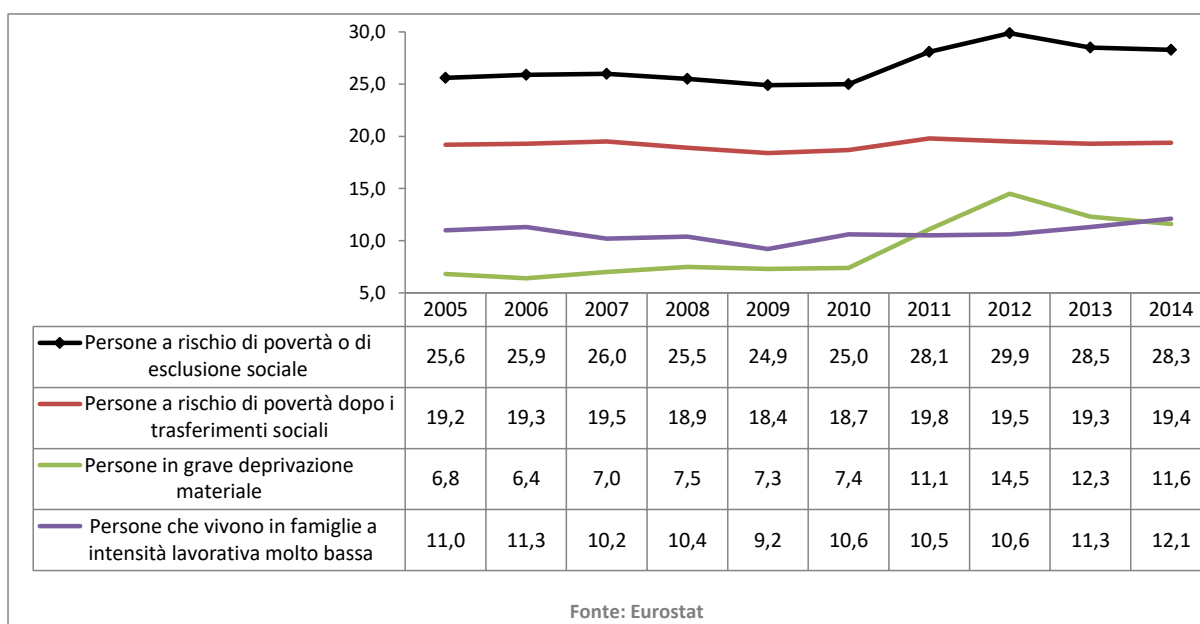
rendimento addizionale dell'istruzione terziaria per quanto riguarda le retribuzioni è più basso rispetto ai principali paesi avanzati, soprattutto nelle fasi iniziali della carriera lavorativa.²

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)

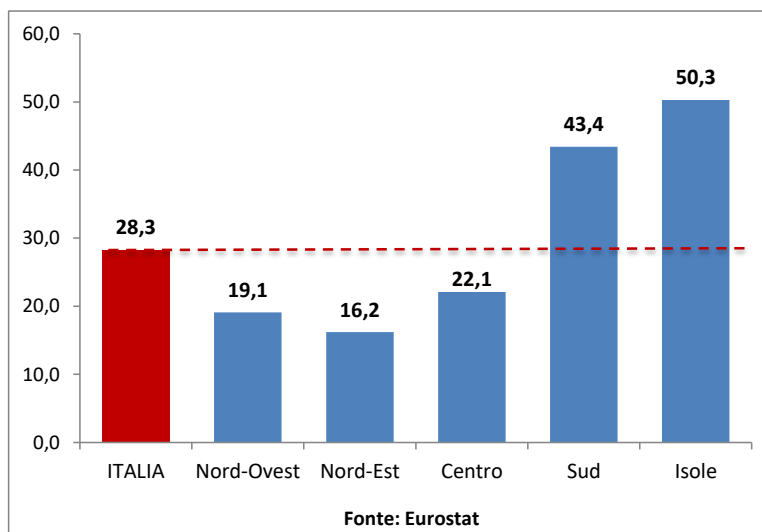


La quota di persone a rischio di povertà o di esclusione sociale è molto differenziata nel territorio italiano, con valori molto più elevati rispetto alla media nazionale nel Mezzogiorno, dove quasi la metà della popolazione si trova in questa condizione) e più bassi nel Nord: nel 2014 il tasso di povertà 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 OECD, *Education at a Glance 2016*, OECD Indicators, 2016. Per un laureato nell'area Ocse, a confronto con un diplomato, nell'arco della vita lavorativa ha un ritorno finanziario netto di 258.400 dollari, con un tasso interno di rendimento del 14% (16% nella media EU-22), mentre in Italia il tasso di rendimento è pari al 9% (tavola A7.3a, p. 149). Per un diplomato, a confronto con chi ha un livello d'istruzione inferiore, la media Ocse risulta di un ritorno finanziario netto di 112.400 dollari con un *internal rate of return* del 12% (11% nella media EU-22): anche in questo caso l'Italia è su livelli inferiori con un tasso di rendimento interno del 7% (tavola A7.1a, p. 145).

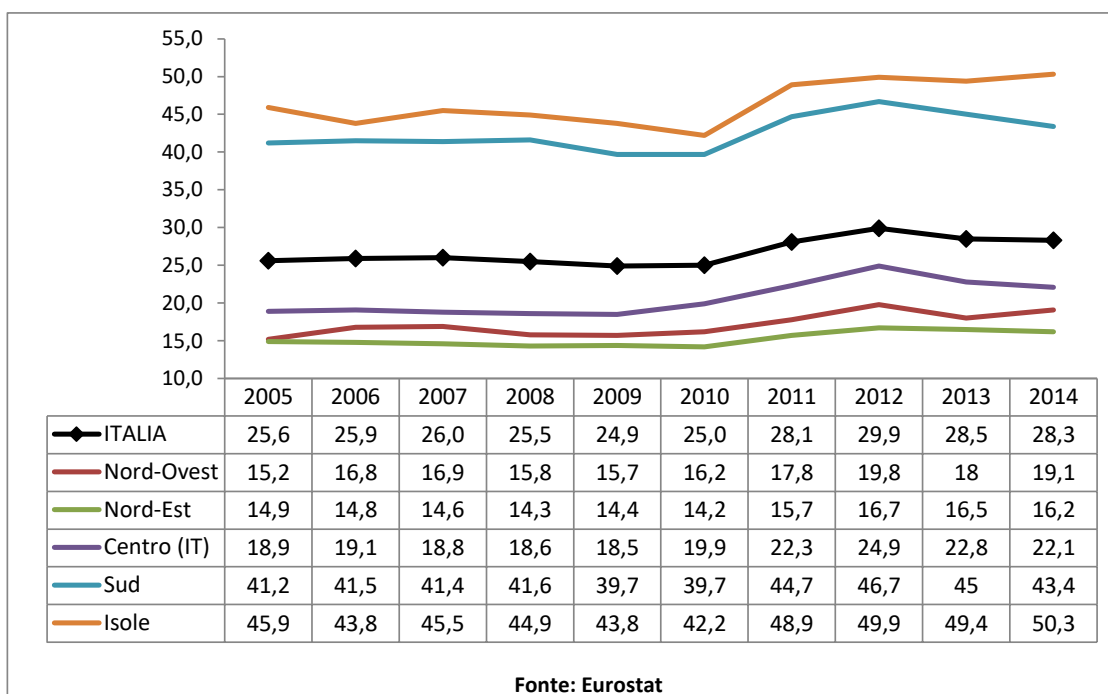
persone povere nel Nord-Est (16,2%) è inferiore al valore italiano di 12 punti, quella del Nord-Ovest (19,1%) di 9 punti e quella del Centro di 6 punti (figura 1.10).

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



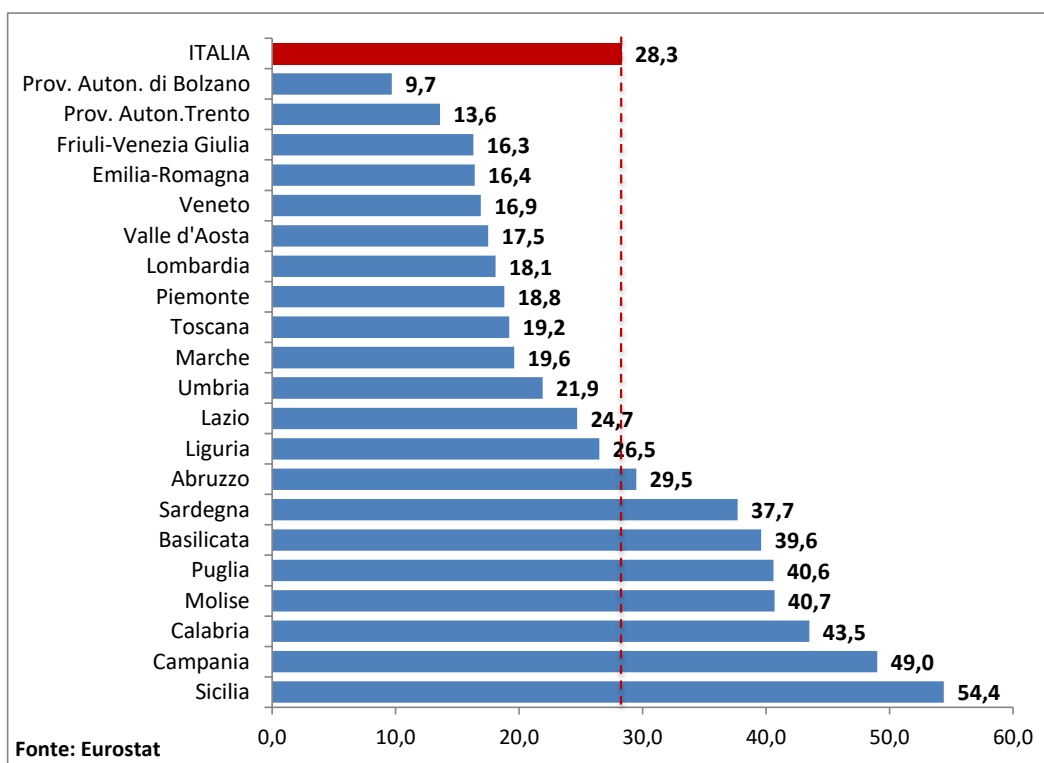
La quota di persone a rischio di povertà o di esclusione sociale in Italia è aumentata di quasi 3 punti percentuali dal 2005 al 2014, con una lieve flessione negli ultimi due anni, e la crescita più elevata si osserva nella media delle regioni insulari (oltre 4 punti), seguita da quella della media del 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 I lavoratori con contratti non standard

Nel paragrafo precedente è emerso che 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%) (vedi figura 1.6). Al fine di circoscrivere le persone *in-work at-risk-of-poverty*, si segmentano gli occupati sulla base di due tipologie di contratti: i lavoratori standard, che comprendono i dipendenti assunti con un contratto a tempo indeterminato, compresi i part-time volontari, e i lavoratori non standard che sono costituiti da coloro che hanno un contratto di lavoro dipendente sempre a tempo indeterminato, ma in part-time involontario (i sottoccupati part-time³), i dipendenti a termine, i collaboratori e gli autonomi.

È molto probabile che una parte significativa dei lavoratori non standard percepisca retribuzioni sensibilmente inferiori a quelle degli occupati standard, anche a causa degli orari ridotti e della discontinuità contrattuale: alcuni di questi lavoratori potrebbero appartenere alla categoria dei *working poors*, cioè coloro che, pur avendo un'occupazione, si trovano a rischio di povertà e di esclusione sociale a causa del livello troppo basso del loro reddito, dell'incertezza sul lavoro, della scarsa crescita reale del livello retributivo e dell'incapacità di risparmio.

Su circa 22 milioni di occupati nel 2015, poco meno di due terzi sono lavoratori con contratti standard (14 milioni, pari al 64,2% del totale) e conseguentemente poco più di un terzo sono lavoratori non standard (7,9 milioni, pari al 35,8%) (figura 1.13 e tavole 1.5, 1.6).

È più elevata di quasi 6 punti percentuali la quota di uomini con contratti non standard (38,2%, a fronte del 32,6% tra le donne) e i lavori standard sono più diffusi nelle regioni del Nord (66,9%; 33,1% non standard) e meno in quelle del Centro (63,9%; 36,1% non standard) e del Mezzogiorno (59%; 41% non standard).

Il numero dei lavoratori standard aumenta dal 2014 al 2015 di 81 mila unità (+1%), soprattutto nel Mezzogiorno (+1,8%; +0,9% nel Nord e +0,2% nel Centro).

³ I sottoccupati part-time sono persone occupate a tempo parziale che desiderano lavorare un numero maggiore di ore e che sono disponibili a farlo subito o entro le due settimane successive all'intervista.

Figura 1.13 – Occupati (15-64 anni) con contratti standard e non standard per ripartizione – Anno 2015 (composizione percentuale)

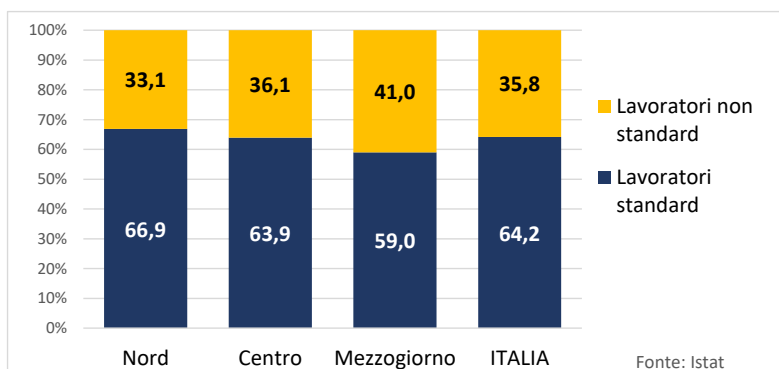


Tavola 1.5 – Occupati (15-64 anni) con contratti standard e non standard per ripartizione – Anno 2015 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

	Lavoratori standard	Lavoratori non standard	Totale	Lavoratori standard	Lavoratori non standard	Totale
	Valori assoluti in migliaia			Composizione percentuale		
Nord	7.623	3.773	11.396	66,9	33,1	100,0
Centro	3.023	1.705	4.728	63,9	36,1	100,0
Mezzogiorno	3.451	2.397	5.848	59,0	41,0	100,0
ITALIA	14.097	7.875	21.973	64,2	35,8	100,0

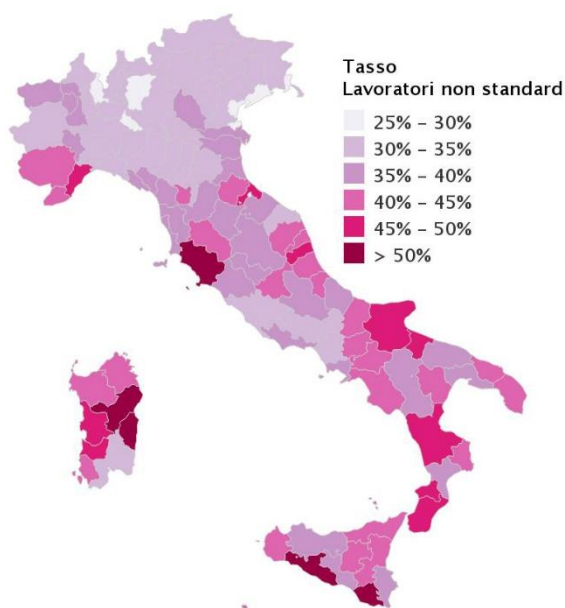
Fonte: elaborazione su microdati ISTAT (Forze di lavoro)

Tavola 1.6 – Occupati (15-64 anni) con contratti standard e non standard per sesso – Anno 2015 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

	Lavoratori standard	Lavoratori non standard	Totale	Lavoratori standard	Lavoratori non standard	Totale
	Valori assoluti in migliaia			Composizione percentuale		
Femmine	6.237	3.018	9.255	67,4	32,6	100,0
Maschi	7.860	4.857	12.718	61,8	38,2	100,0
Totale	14.097	7.875	21.973	64,2	35,8	100,0

Fonte: elaborazione su microdati ISTAT (Forze di lavoro)

Figura 1.15 – Occupati (15-64 anni) con contratti non standard per provincia – Anno 2015 (incidenza percentuale sul totale)



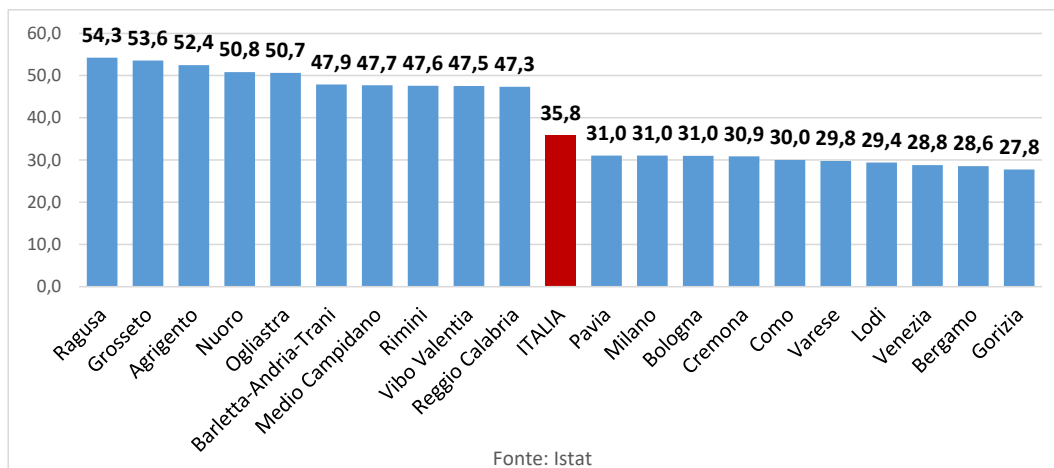
Le differenze provinciali della quota di lavoratori non standard sono molto più elevate di quelle rilevate precedentemente tra le ripartizioni e il valore di questo indicatore varia a macchia di leopardo nel territorio, come si può osservare nel cartogramma accanto: la quota più elevata degli occupati assunti con contratti non standard si registra nella provincia di Ragusa dove si trovano in questa condizione oltre la metà dei lavoratori (54,3%), quella più bassa a Gorizia (27,8%), con una differenza di oltre 26 punti percentuali (figure 1.15, 1.16).

Le altre province con le quote di lavoratori non standard superiori al 50% interessano le più diverse regioni, in particolare la Sardegna: Grosseto (53,6%), Agrigento (52,6%), Nuoro (50,8%) e Ogliastra (50,5%). Osservando che, oltre all'altra provincia sarda di Medio-Campidano (47,7%), anche a Rimini si registra una elevata quota di occupati assunti con contratti non standard (47,6), è possibile ritenere che questo fenomeno sia in qualche modo legato al turismo che utilizza maggiormente lavoratori stagionali.

gato al turismo che utilizza maggiormente lavoratori stagionali.

Quote molto basse di lavoratori non standard si registrano anche nelle province prevalentemente del Nord: Bergamo (28,6%), Venezia (28,8%), Lodi (29,4%), Varese (29,8%), ma anche nelle due grandi province di Bologna (31%) e di Milano (31%).

Figura 1.16 – Occupati (15-64 anni) con contratti non standard per provincia (prime e ultime 10) – Anno 2015 (incidenza percentuale sul totale)



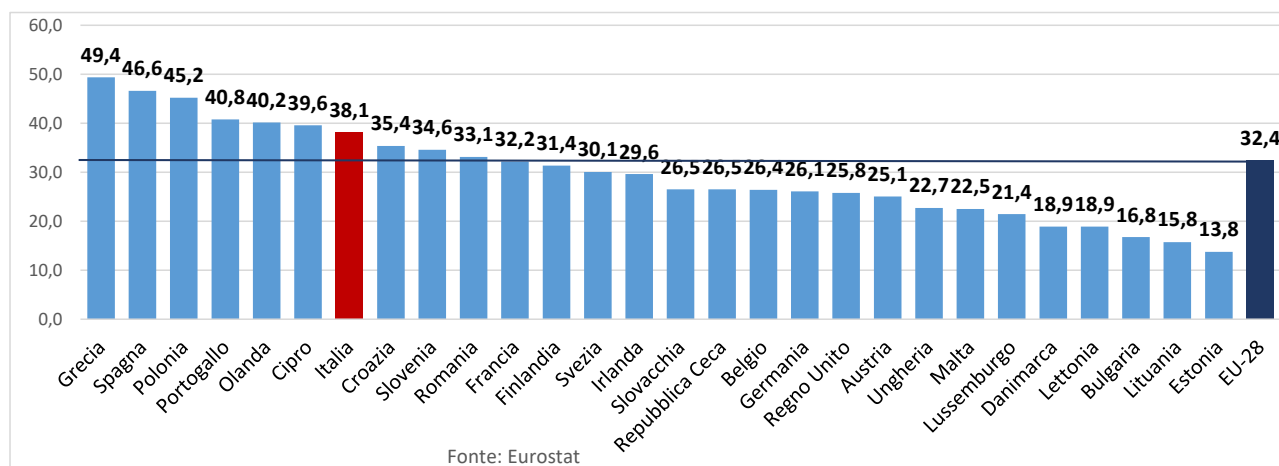
È possibile analizzare il fenomeno dei lavoratori standard e non standard anche nei 28 paesi dell'Unione europea sulla base dei dati Eurostat, ma solo per la popolazione della fascia da 15 a 74 anni, con alcune limitazioni⁴ che hanno, tuttavia, un peso insignificante sul valore dell'indicatore utilizzato nella parte precedente di questo paragrafo.

Nell'unione europea su 220 milioni di occupati nel 2015, poco meno di un terzo è costituito da lavoratori con un contratto non standard (32,4%) e il restante 67,6% con contratto standard (figura 1.17 e tavola 1.7).

La quota di lavoratori non standard in Italia nella fascia di età più ampia di quella analizzata precedentemente (38,1%) si colloca nettamente al di sopra della media europea di quasi 6 punti percentuali.

Percentuali di lavoratori non standard superiori a quelli dell'Italia si registrano in Grecia (49,4%), in Spagna (46,6%) e in Olanda (40,2%), mentre quote inferiori si osservano in Francia (32,2%), Germania (26,1%), Regno Unito (25,8%) e in Estonia (13,8%) che è il paese con il valore più basso di questo indicatore.

Figura 1.17 – Occupati (15-74 anni) con contratti non standard nei paesi dell'Unione europea – Anno 2015 (incidenza percentuale sul totale)



⁴ Sulla base dei dati Eurostat disponibili, non è possibile distinguere tra part-time involontario relativo ai lavoratori con contratti a tempo indeterminato e quello riferito ai contratti a termine: di conseguenza, dai lavoratori standard sono stati esclusi anche i part-time involontari con contratto a tempo determinato. Per l'Italia, di cui si dispongono i dati, la quota corretta di lavoratori standard sarebbe stata pari al 36,6%, invece che al 38,1% (una differenza di 1 punto e mezzo). Ovviamente sarebbe diminuita anche la quota degli altri paesi.

1.2 I lavoratori a bassa retribuzione

Il database Eurostat consente di calcolare anche la percentuale dei lavoratori a bassa retribuzione (*low-wage earners*) nei 28 Stati membri.

Occorre premettere l'informazione sulle limitazioni di questa analisi perché queste avranno un grande peso sulla rilevanza dei risultati relativi all'Italia. I dati sulle retribuzioni si riferiscono solo ai lavoratori dipendenti, esclusi gli apprendisti, che lavorano in imprese con 10 dipendenti e oltre (esclusa la pubblica amministrazione, la difesa e l'assicurazione obbligatoria): in Italia quasi la metà degli occupati lavora in micro-imprese con meno di 10 addetti (46,4%), mentre questa quota è pari solo al 18,8% in Germania, al 18,1% nel Regno Unito. I dati analizzati in questo paragrafo non tengono conto, di conseguenza, di quell'altra metà di lavoratori delle micro-imprese con le retribuzioni più basse anche perché lavorano in aziende poco produttive.

A partire da queste premesse, Eurostat considera a bassa retribuzione i lavoratori dipendenti le cui retribuzioni sono pari o inferiori alla soglia dei due terzi delle retribuzioni orarie lorde mediane nazionali in un determinato paese: la percentuale di *low-wage earners* è pari al 17,2% nella media europea, con i valori più elevati in Lettonia (25,5%) e più bassi in Svezia (2,6%) e l'Italia (9,4%) si colloca a quasi 8 punti percentuali al di sotto del valore medio (*figura 1.18 e tavola 1.7*). Questo dato positivo per l'Italia si spiega, almeno in parte, sulla base dell'esclusione dall'analisi di quasi la metà dei lavoratori delle micro-imprese.

Figura 1.18 – Lavoratori a bassa retribuzione nei paesi dell'Unione europea – Anno 2014 (% dei dipendenti)

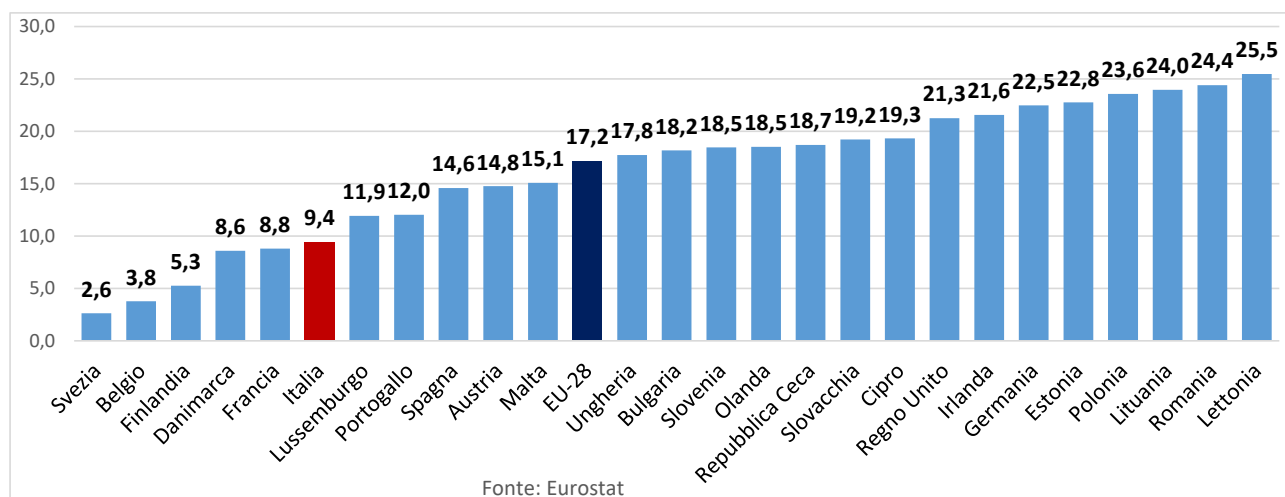


Tavola 1.7 – Retribuzione oraria lorda mediana e lavoratori a bassa retribuzione per sesso nei paesi dell'Unione europea – Anno 2014 (valori in euro e percentuali)

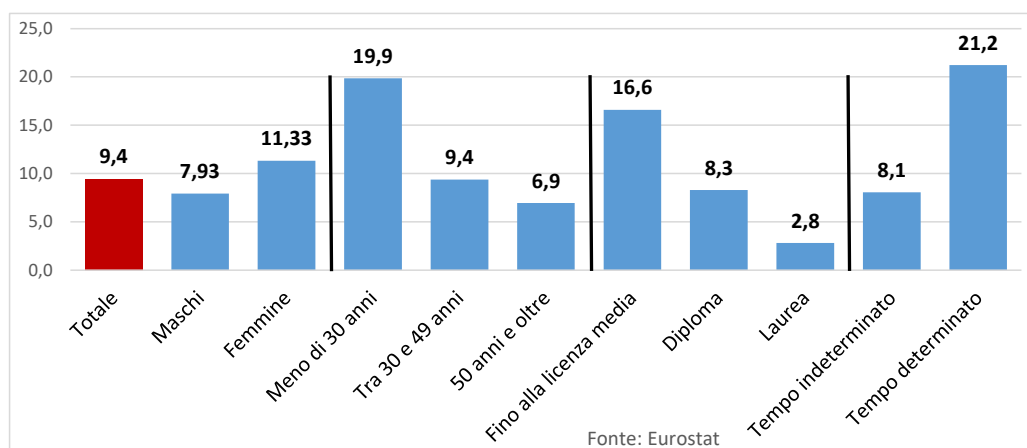
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	Retribuzione oraria lorda mediana (euro)			Soglia della bassa retribuzione (euro per ora)			Lavoratori a bassa retribuzione (% dei dipendenti)		
EU-28	14,2	12,2	13,2	9,4	8,2	8,8	13,5	21,1	17,2
Belgio	17,6	16,9	17,3	11,7	11,2	11,5	3,4	4,3	3,8
Bulgaria	1,7	1,6	1,7	1,1	1,1	1,1	19,2	17,2	18,2
Repubblica Ceca	4,9	4,1	4,6	3,3	2,7	3,0	13,7	24,7	18,7
Danimarca	27,4	24,2	25,5	18,2	16,2	17,0	6,6	10,4	8,6
Germania	17,3	14,3	15,7	11,5	9,5	10,4	16,9	28,7	22,5
Estonia	5,9	4,3	4,9	3,9	2,9	3,3	13,9	29,4	22,8
Irlanda	21,6	19,0	20,2	14,4	12,7	13,4	16,8	25,6	21,6
Grecia	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Spagna	10,7	8,9	9,8	7,1	5,9	6,6	9,8	19,8	14,6
Francia	15,7	14,1	14,9	10,5	9,4	10,0	6,2	11,7	8,8
Croazia	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Italia	12,8	12,0	12,5	8,5	8,0	8,3	7,9	11,3	9,4
Cipro	9,0	7,7	8,4	6,0	5,1	5,6	16,1	22,5	19,3
Lettonia	3,8	3,1	3,4	2,5	2,1	2,2	23,3	27,1	25,5
Lituania	3,3	3,0	3,1	2,2	2,0	2,1	21,7	26,0	24,0
Lussemburgo	18,3	18,6	18,4	12,2	12,4	12,3	8,4	17,5	11,9
Ungheria	3,7	3,5	3,6	2,5	2,3	2,4	17,0	18,6	17,8

	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
	Retribuzione oraria lorda mediana (euro)			Soglia della bassa retribuzione (euro per ora)			Lavoratori a bassa retribuzione (% dei dipendenti)		
Malta	8,6	8,3	8,5	5,8	5,5	5,7	13,2	17,7	15,1
Olanda	16,6	15,2	16,0	11,1	10,1	10,7	17,0	20,1	18,5
Austria	15,3	12,3	14,0	10,2	8,2	9,3	8,7	23,1	14,8
Polonia	4,5	4,1	4,3	3,0	2,7	2,9	21,5	25,8	23,6
Portogallo	5,6	4,7	5,1	3,7	3,1	3,4	6,6	17,0	12,0
Romania	2,0	2,0	2,0	1,4	1,3	1,4	26,5	22,0	24,4
Slovenia	7,4	7,2	7,3	4,9	4,8	4,9	15,8	21,5	18,5
Slovacchia	4,8	4,0	4,4	3,2	2,7	2,9	15,3	23,4	19,2
Finlandia	19,3	15,9	17,2	12,8	10,6	11,5	3,5	6,8	5,3
Svezia	19,6	17,6	18,5	13,0	11,7	12,3	2,0	3,2	2,6
Regno Unito	16,5	13,2	14,8	11,0	8,8	9,9	15,6	26,9	21,3

Fonte: Eurostat (earn_ses_pub1s e earn_ses_pub2s)

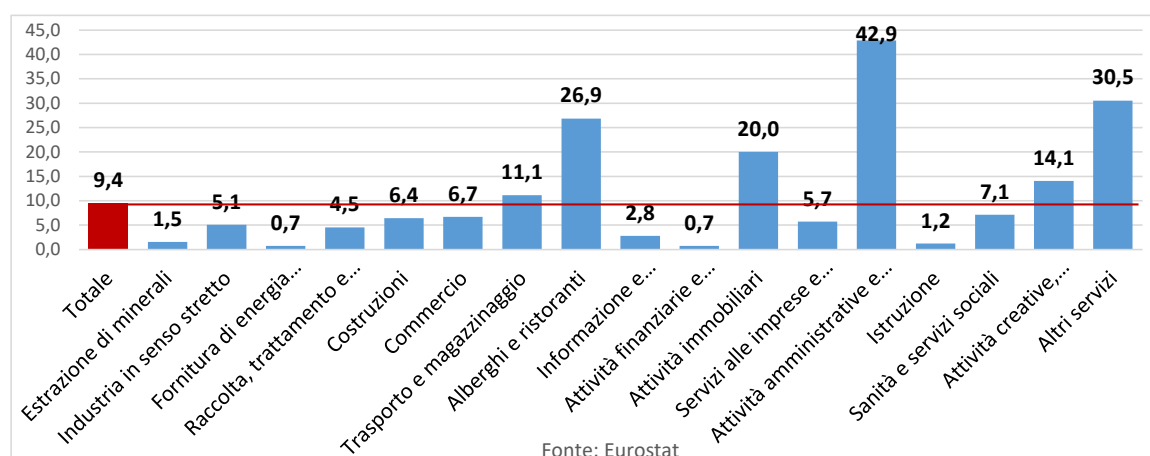
In Italia la percentuale di donne con bassa retribuzione (11,3%) è superiore di poco più di 3 punti percentuali a quella degli uomini (7,9%), a fronte di un gap più elevato nella media europea di quasi 8 punti (figura 1.19). Come è atteso, la quota maggiore di *low-wage earners* si registra tra i giovani con meno di 30 anni (19,9%), i lavoratori con la sola licenza media (16,6%) e gli assunti con contratto a termine (21,2%).

Figura 1.19 – Lavoratori a bassa retribuzione in Italia per sesso, età, titolo di studio e tipo di contratto – Anno 2014 (% dei dipendenti)



Quote superiori alla media di lavoratori a bassa retribuzione si osservano nel settore delle attività di amministrazione (42,9%), negli altri servizi personali (30,5%) e negli alberghi e ristoranti (26,9%), mentre quote inferiori nei comparti delle attività finanziarie (0,7%), nelle forniture di energia (0,7%), nell'istruzione (1,2%), nell'estrazione di minerali (1,5%) e nell'informazione e comunicazione (2,8%) (figura 1.20).

Figura 1.20 – Lavoratori a bassa retribuzione in Italia per settore economico – Anno 2014 (% dei dipendenti)



È utile analizzare il fenomeno dei lavoratori dipendenti a bassa retribuzione anche sulla base dei microdati Istat per poter comprendere anche quelli che sono impiegati nelle micro-imprese e nella pubblica amministrazione e per poter utilizzare altre variabili. In questo caso si utilizza la retribuzione netta mensile con la stessa definizione di Eurostat (lavoratori dipendenti le cui retribuzioni sono pari o inferiori alla soglia dei due terzi delle retribuzioni nette mensili mediane), perché non è disponibile quella oraria, con qualche criticità per quanto riguarda la presenza di lavoratori part-time che ovviamente hanno una retribuzione mediana sensibilmente inferiore⁵. Ovviamente la quota dei lavoratori italiani a bassa retribuzione (18,6%) è superiore a quella calcolata da Eurostat (9,4%) e quella delle donne (21,9%) è superiore di oltre 9 punti percentuali rispetto a quella degli uomini (12,8%) (figura 1.21).

Come è del resto atteso la percentuale di *low-wage earners* del Mezzogiorno (23%) è nettamente superiore a quella del Centro (19,3%) e del Nord (14,7%), così come la percentuale di stranieri a bassa retribuzione (extra-UE: 21,3%; UE: 21,2%) è più elevata di quasi 6 punti rispetto a quella degli italiani (15,6%).

Diversamente da quanto è emerso nei grafici precedenti, la quota maggiore di occupati dipendenti a bassa retribuzione si registra tra i diplomati (22%), seguiti di coloro che hanno conseguito al massimo la licenza media (20,3%) e a una distanza di circa 6 punti dai laureati (14,3%).

Ma i differenziali maggiori si registrano considerando le professioni: la quota di lavoratori a bassa retribuzione di chi svolge lavori non qualificati (27,2%) è superiore di oltre 17 punti rispetto a quella di chi esercita professioni altamente qualificate (9,9%). I lavoratori non qualificati, che guadagnano una retribuzione netta di meno di 660 euro al mese, sono obiettivamente a rischio di povertà e questa situazione si aggraverà nel tempo nel momento in cui le mansioni esclusivamente manuali saranno sostituite dalle macchine.

Figura 1.21 – Dipendenti a bassa retribuzione in Italia per sesso, ripartizione, cittadinanza, titolo di studio e professione – Anno 2015 (% dei dipendenti)

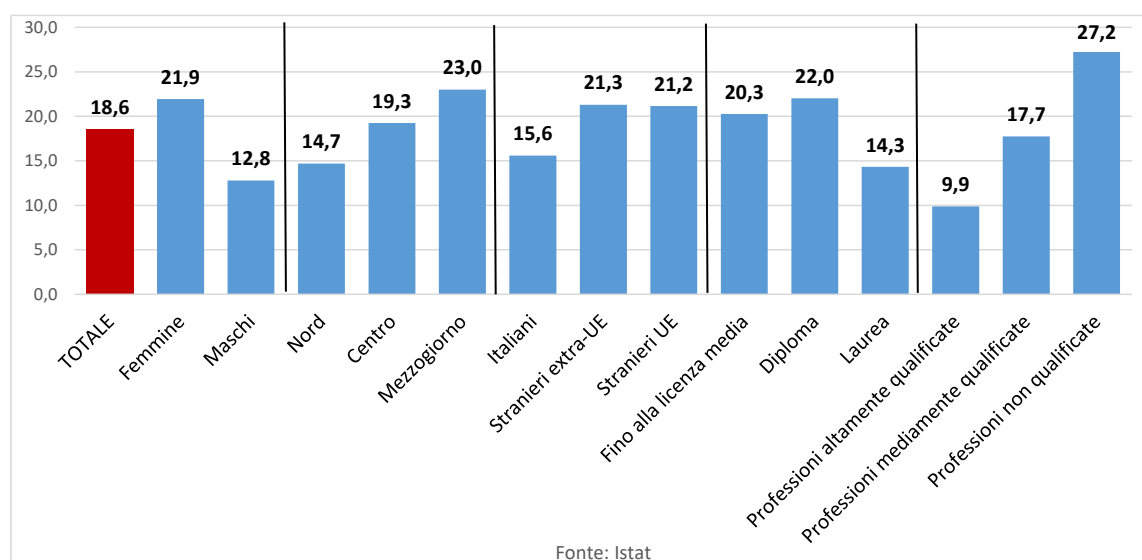


Tavola 1.8 – Tavola 1.7 – Retribuzione netta mensile mediana e dipendenti a bassa retribuzione per sesso, ripartizione, cittadinanza, titolo di studio e professione – Anno 2015 (valori in euro e percentuali)

	Retribuzione mensile netta mediana (euro)	Soglia della bassa retribuzione (euro per mese)	Lavoratori a bassa retribuzione (% dei dipendenti)
Femmine	1.150	767	21,9
Maschi	1.374	916	12,8
Nord	1.300	867	14,7
Centro	1.250	833	19,3
Mezzogiorno	1.200	800	23,0
Italiani	1.300	867	15,6
Stranieri extra-UE	950	633	21,3
Stranieri UE	1.000	667	21,2
Fino alla licenza media	1.170	780	20,3
Diploma	1.288	859	22,0

⁵ La retribuzione mensile netta mediana dei lavoratori part-time è pari a 741 euro, quella dei full-time è pari a 1.360 euro e quella del complesso dei dipendenti è pari a 1.290 euro.

	Retribuzione mensile netta mediana (euro)	Soglia della bassa retribuzione (euro per mese)	Lavoratori a bassa retribuzione (% dei dipendenti)
Laurea	1.500	1.000	14,3
Professioni altamente qualificate	1.530	1.020	9,9
Professioni mediamente qualificate	1.200	800	17,7
Professioni non qualificate	990	660	27,2
TOTALE	1.290	860	18,6

Fonte: elaborazione su microdati ISTAT (Forze di lavoro)

I quattro settori con una quota di dipendenti a bassa retribuzione inferiore alla media sono i white jobs (25,4%), gli altri servizi personali (25,1%), il turismo e il tempo libero (24,4%) e l'agricoltura e pesca (21,2%) (figura 1.22 e tavola 1.8). La quota minore di dipendenti a bassa retribuzione si registra nel settore metalmeccanico (6,7%), nella pubblica amministrazione e istruzione (7,6%), nelle altre industrie (8,3%) e nelle utilities (9,4%): si può osservare che i dipendenti dei settori economici più sindacalizzati, dove vengono negoziati minimi contrattuali abbastanza elevati, siano meno esposti al rischio di percepire salari molto bassi, vicini alla soglia di povertà, mentre i lavoratori del turismo e spettacolo con tutele contrattuali molto basse sono maggiormente esposti a questo rischio.

Ovviamente anche utilizzando una soglia più bassa (60% della retribuzione netta mensile mediana), simile a quella delle persone a rischio di povertà, che attesta al 14,1% l'incidenza sul totale dei dipendenti (l'incidenza della povertà relativa degli individui nel 2015 è pari al 13,7%) si modifica solo per i valori più bassi, ma i settori sopra e sotto la soglia rimangono gli stessi (figura 1.23).

Figura 1.22 – Dipendenti a bassa retribuzione in Italia per settore economico – Anno 2015 (% dei dipendenti)

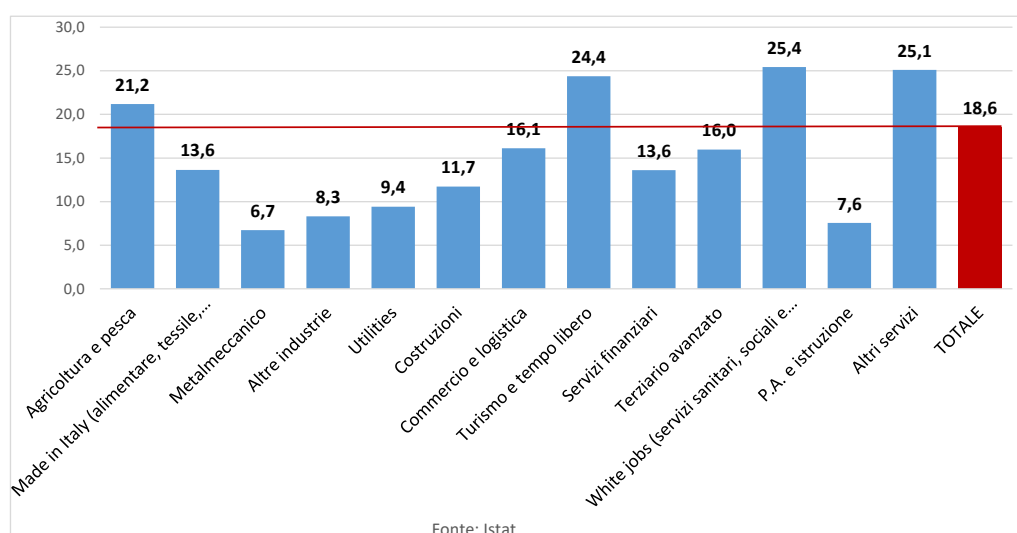


Figura 1.23 – Dipendenti a rischio di povertà in Italia per settore economico – Anno 2015 (% dei dipendenti)

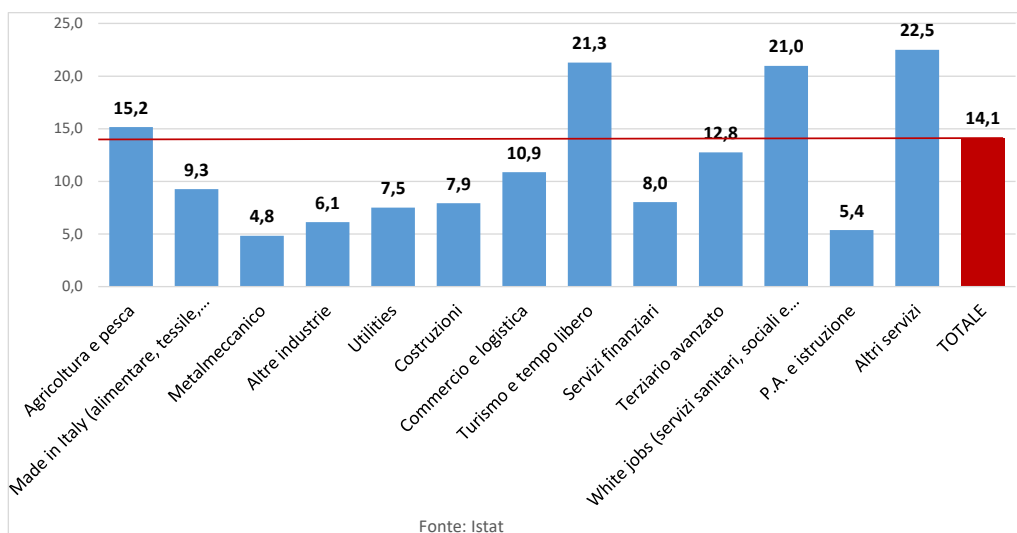


Tavola 1.8 – Tavola 1.8 – Retribuzione netta mensile mediana e dipendenti a bassa retribuzione e a rischio di povertà per settore economico – Anno 2015 (valori in euro e percentuali)

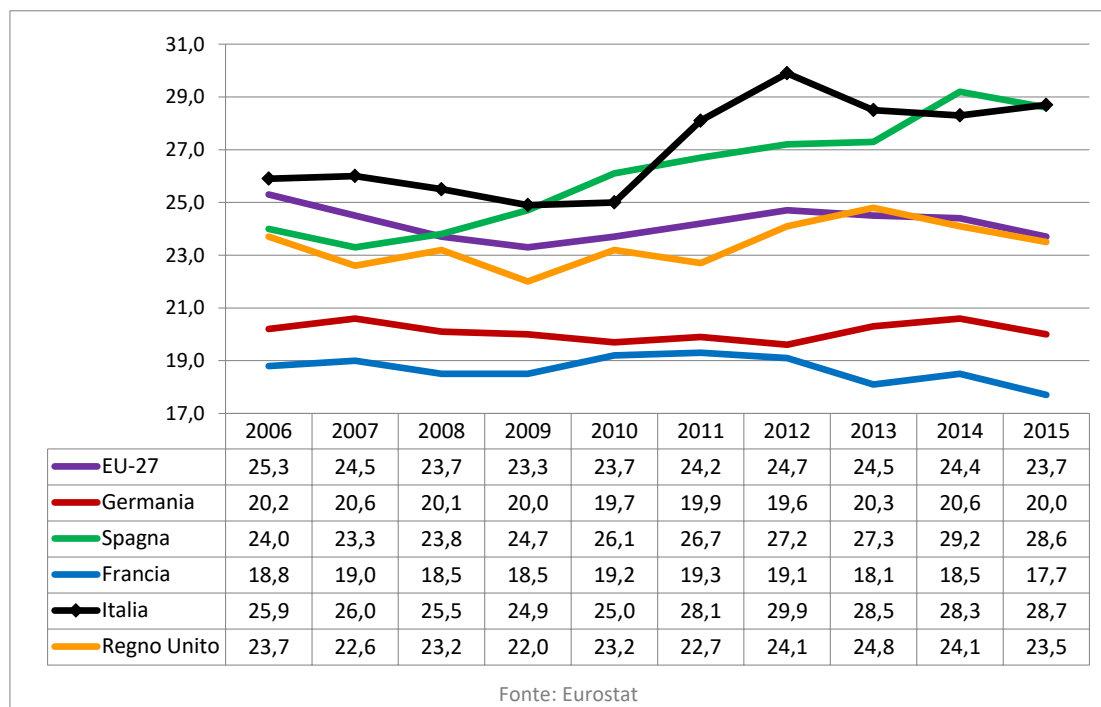
	Agricoltura e pesca	Made in Italy (alimentare, tessile, abbigliamento e mobili)	Metalmecanico	Altre industrie	Utilities	Costruzioni	Commercio e logistica	Turismo e tempo libero	Servizi finanziari	Terziario avanzato	White jobs (servizi sanitari, sociali e alla persona)	P.A. e istruzione	Altri servizi	TOTALE
Retribuzione mensile netta mediana (euro)	900	1.200	1.400	1.400	1.400	1.280	1.200	1.000	1.800	1.400	1.100	1.430	1.000	1.290
Soglia della bassa retribuzione (euro per mese)	600	800	933	933	933	853	800	667	1200	933	733	953	667	860
Dipendenti a bassa retribuzione (% dei dipendenti)	21,2	13,6	6,7	8,3	9,4	11,7	16,1	24,4	13,6	16,0	25,4	7,6	25,1	18,6
Soglia del rischio di povertà (euro per mese)	540	720	840	840	840	768	720	600	1.080	840	660	858	600	774
Dipendenti a rischio di povertà (% dei dipendenti)	15,2	9,3	4,8	6,1	7,5	7,9	10,9	21,3	8,0	12,8	21,0	5,4	22,5	14,1

Fonte: elaborazione su microdati ISTAT (Forze di lavoro)

1.3 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 1.24 e tavola 1.9).

Figura 1.24 – 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”⁶.

Tavola 1.9 – 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

⁶ Istat, *La povertà in Italia, Anno 2015*, Statistiche report, 14 luglio 2016.

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variazione 2015-2014
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)

L'analisi del numero delle persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per classi d'età conferma che le persone più vulnerabili sono i giovani da 18 a 24 anni (37,1% nel 2015; +16,7% dal 2006 al 2015), seguite dai giovanissimi con meno di 18 anni (33,5% nel 2015; +18,7% dal 2006 al 2015), dagli adulti di 25-49 anni d'età (30,7% nel 2015; +23,7% dal 2006 al 2015) e dagli anziani di 50-64 anni (27,7% nel 2015; +19,6% dal 2006 al 2015), mentre sono meno esposti alla povertà gli over 65 (19,9% nel 2015) che è l'unica classe d'età che registra una diminuzione nel corso degli ultimi dieci anni (-8%) (figura 1.25 e tavola 1.10).

Figura 1.25 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per classi d'età in Italia – Anni 2006-2015 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)

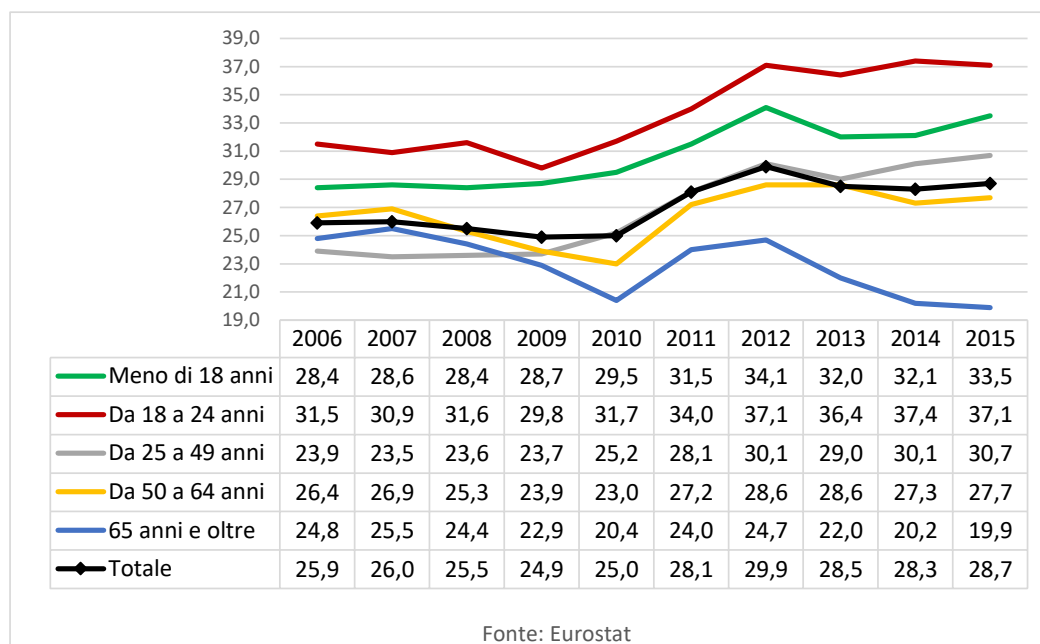


Tavola 1.10 – Persone a rischio di povertà o di esclusione sociale per classi d'età in Italia – Anni 2006-2015 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variazione 2015-2006
Valori assoluti in migliaia											%
Meno di 18 anni	2.953	2.978	2.961	3.006	3.046	3.325	3.561	3.360	3.304	3.505	18,7
Da 18 a 24 anni	1.326	1.276	1.326	1.248	1.325	1.415	1.565	1.534	1.582	1.547	16,7
Da 25 a 49 anni	5.181	5.082	5.131	5.147	5.448	6.041	6.425	6.150	6.351	6.408	23,7
Da 50 a 64 anni	2.830	2.907	2.777	2.665	2.612	3.158	3.344	3.391	3.292	3.386	19,6
65 anni e oltre	2.851	2.979	2.886	2.734	2.460	2.920	3.081	2.793	2.618	2.623	-8,0
Totale	15.141	15.222	15.082	14.799	14.891	16.858	17.975	17.229	17.146	17.469	15,4
Incidenza percentuale sul totale della popolazione											Punti percentuali
Meno di 18 anni	28,4	28,6	28,4	28,7	29,5	31,5	34,1	32,0	32,1	33,5	5,1

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variazione 2015-2006
Da 18 a 24 anni	31,5	30,9	31,6	29,8	31,7	34,0	37,1	36,4	37,4	37,1	5,6
Da 25 a 49 anni	23,9	23,5	23,6	23,7	25,2	28,1	30,1	29,0	30,1	30,7	6,8
Da 50 a 64 anni	26,4	26,9	25,3	23,9	23,0	27,2	28,6	28,6	27,3	27,7	1,3
65 anni e oltre	24,8	25,5	24,4	22,9	20,4	24,0	24,7	22,0	20,2	19,9	-4,9
Totale	25,9	26,0	25,5	24,9	25,0	28,1	29,9	28,5	28,3	28,7	2,8

Fonte: Eurostat (ilc_peps01)

1.3.1 La povertà infantile

In Italia, un terzo dei bambini con meno di 16 anni è a rischio di povertà o di esclusione sociale (33,4%, pari a 3,1 milioni), valore superiore di quasi 7 punti percentuali a quello della media dell'Unione europea (26,6%) (figura 1.26 e tavola 1.11). Solo quattro paesi registrano un tasso di povertà infantile più elevato – Romania (46%), Bulgaria (43,1%), Grecia (36,6%) e Ungheria (35,5%) – mentre si trovano in questa condizione solo 13,3 bambini su 100 in Svezia e 18,6 in Germania.

È particolarmente preoccupante rilevare che il tasso di povertà infantile in Italia aumenta di un punto e mezzo rispetto al 2014 e di oltre 5 punti nei confronti del 2008, mentre nella media EU-28 si registra nel 2015 una variazione tendenziale di quasi un punto e un modesto aumento rispetto al 2008 (+0,5%).

In Italia, in linea con la media europea, sono a maggiore rischio di povertà i bambini con genitori che hanno conseguito al massimo la licenza media (64%), mentre con l'innalzamento del loro livello d'istruzione diminuisce il tasso di povertà infantile: 30% con genitori diplomati e 11,6% se laureati.

Figura 1.26 – Persone con età inferiore a 16 anni a rischio di povertà o di esclusione sociale nei paesi dell'Unione europea – Anno 2015 (incidenza percentuale)

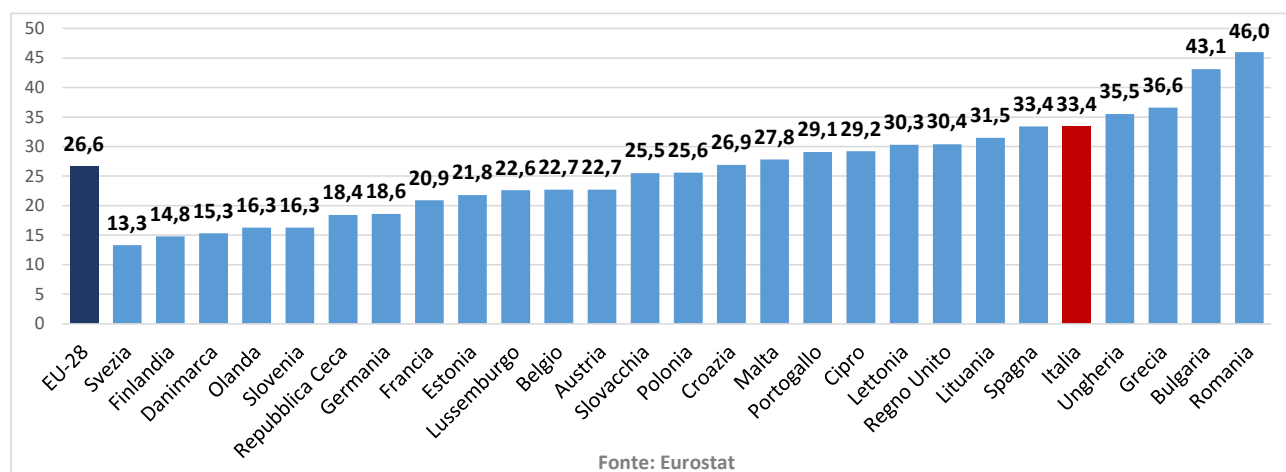


Tavola 1.11 – Persone con età inferiore a 16 anni a rischio di povertà o di esclusione sociale nei paesi dell'Unione europea – Anni 2008, 2014 e 2015 (incidenza percentuale)

	2008	2014	2015	2015-2014	2015-2008
	Incidenza percentuale popolazione con meno 16 anni			Differenza in punti percentuali	
EU-28		27,4	26,6	-0,8	
EU-27	26,1	27,4	26,6	-0,8	0,5
Belgio	20,6	22,3	22,7	0,4	2,1
Bulgaria	44,2	45,2	43,1	-2,1	-1,1
Repubblica Ceca	17,8	19,3	18,4	-0,9	0,6
Danimarca	12,7	14,4	15,3	0,9	2,6
Germania	19,7	19,3	18,6	-0,7	-1,1
Estonia	19,6	23,5	21,8	-1,7	2,2
Irlanda	27,3	29,0			
Grecia	27,8	36,0	36,6	0,6	8,8
Spagna	29,6	35,4	33,4	-2,0	3,8
Francia	20,9	21,4	20,9	-0,5	0,0

	2008	2014	2015	2015-2014	2015-2008
	Incidenza percentuale popolazione con meno 16 anni			Differenza in punti percentuali	
Croazia		28,4	26,9	-1,5	
Italia	28,0	31,9	33,4	1,5	5,4
Cipro	20,9	24,6	29,2	4,6	8,3
Lettonia	31,5	34,5	30,3	-4,2	-1,2
Lituania	29,1	28,5	31,5	3,0	2,4
Lussemburgo	20,8	25,7	22,6	-3,1	1,8
Ungheria	33,0	42,1	35,5	-6,6	2,5
Malta	25,2	30,9	27,8	-3,1	2,6
Olanda	15,8	17,0	16,3	-0,7	0,5
Austria	23,3	23,8	22,7	-1,1	-0,6
Polonia	32,4	27,4	25,6	-1,8	-6,8
Portogallo	29,2	30,8	29,1	-1,7	-0,1
Romania	50,7	49,9	46,0	-3,9	-4,7
Slovenia	14,8	17,6	16,3	-1,3	1,5
Slovacchia	23,4	23,4	25,5	2,1	2,1
Finlandia	15,2	15,5	14,8	-0,7	-0,4
Svezia	14,0	16,3	13,3	-3,0	-0,7
Regno Unito	29,7	30,8	30,4	-0,4	0,7

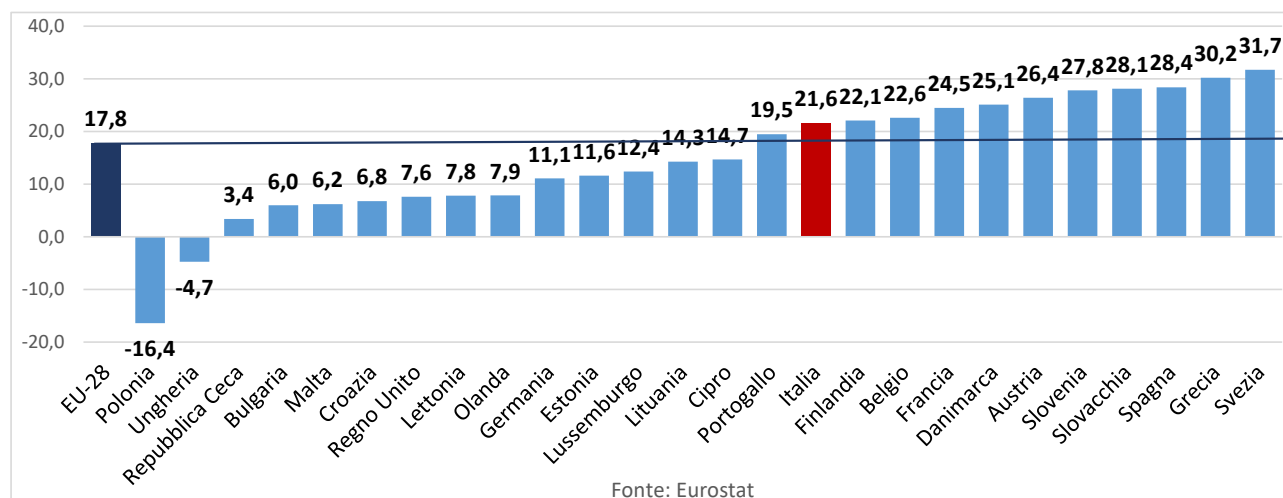
Fonte: Eurostat (ilc_peps01)

1.3.2 La povertà tra gli immigrati

Un indicatore che misura in qualche modo l'efficacia delle politiche d'integrazione degli immigrati è quello che calcola la differenza tra il tasso di povertà degli stranieri e degli autoctoni maggiorenni: mediamente nei 28 Stati membri dell'Unione europea la quota d'immigrati a rischio di povertà e di esclusione sociale (39,8%) è superiore di quasi 18 punti rispetto a quella degli autoctoni (22%) (figura 1.27 e tavola 1.12).

L'efficacia delle politiche d'integrazione è completamente slegata dalla collocazione territoriale, dal momento che tra i paesi con il gap superiore alla media europea tra il tasso di povertà degli immigrati e quello dei nativi si trovano la Svezia (31,7 punti percentuali), la Spagna (28,4% punti), la Francia (24,5 punti) e agli ultimi posti l'Italia (21,6 punti), mentre gli Stati membri più virtuosi, a parte la Polonia e l'Ungheria dove i nativi sono più poveri degli immigrati, sono il Regno Unito (7,6 punti), grazie all'alta quota di stranieri altamente qualificati e istruiti, e la Germania (11,1 punti), per le caratteristiche dell'immigrazione proveniente dai paesi europei⁷.

Figura 1.27 – Differenza in punti percentuali tra il tasso di povertà o di esclusione sociale degli stranieri e quello degli autoctoni (18 anni e oltre) nei paesi dell'Unione europea – Anno 2015



⁷ Il rischio di povertà e di esclusione sociale degli stranieri provenienti da paesi dell'Unione è inferiore a quello dei nativi in Germania, Regno Unito, Malta, Polonia, Portogallo e Croazia.

Tavola 1.12 – Persone (18 anni e oltre) a rischio di povertà o di esclusione sociale per cittadinanza nei paesi dell’Unione europea – Anno 2015 (incidenza percentuale sul totale della popolazione e differenza in punti percentuali)

	Stranieri	Autoctoni	Differenza
	Incidenza percentuale		Punti percentuali
EU-28	39,8	22,0	17,8
Belgio	40,7	18,1	22,6
Bulgaria	46,8	40,8	6,0
Repubblica Ceca	16,3	12,9	3,4
Danimarca	42,3	17,2	25,1
Germania	31,0	19,9	11,1
Estonia	34,4	22,8	11,6
Irlanda			
Grecia	63,6	33,4	30,2
Spagna	53,5	25,1	28,4
Francia	40,0	15,5	24,5
Croazia	36,1	29,3	6,8
Italia	47,6	26,0	21,6
Cipro	41,1	26,4	14,7
Lettonia	37,3	29,5	7,8
Lituania	42,8	28,5	14,3
Lussemburgo	24,5	12,1	12,4
Ungheria	21,8	26,5	-4,7
Malta	27,1	20,9	6,2
Olanda	23,6	15,7	7,9
Austria	40,4	14,0	26,4
Polonia	6,4	22,8	-16,4
Portogallo	45,2	25,7	19,5
Romania		35,1	
Slovenia	46,7	18,9	27,8
Slovacchia	45,0	16,9	28,1
Finlandia	38,8	16,7	22,1
Svezia	46,5	14,8	31,7
Regno Unito	28,6	21,0	7,6

Fonte: Eurostat (ilc_peps05)

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 2.1, 2.2 e tavola 2.1). Considerando tutti i paesi europei, l'Italia si colloca al settimo posto per spesa calcolata come percentuale del PIL, superata anche da 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 di poco superiore 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)

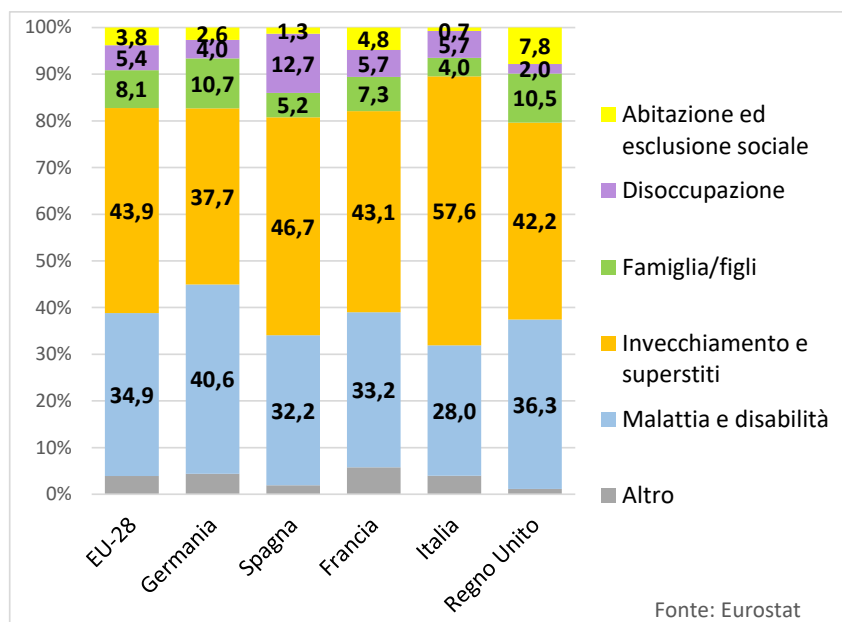


Figura 2.2 - Spesa per la protezione sociale per funzione nei paesi dell'Unione europea - Anno 2013 (percentuale del PIL)

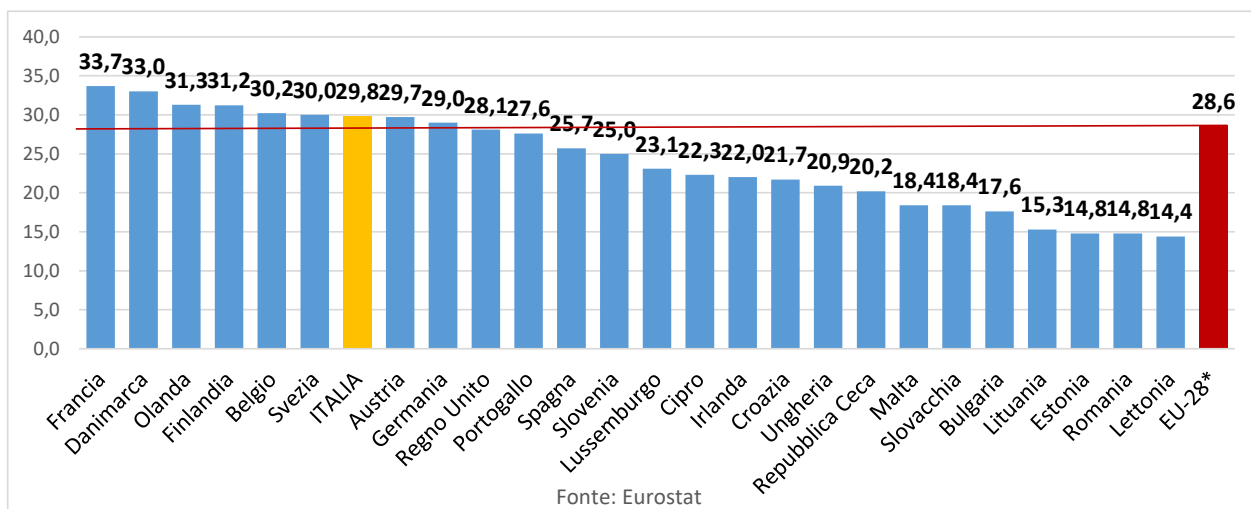


Tavola 2.1 - Spesa per la protezione sociale per funzione in alcuni paesi dell'Unione europea - Anno 2013 (valori in percentuale del PIL, milioni di euro, euro per abitante e composizione percentuale)

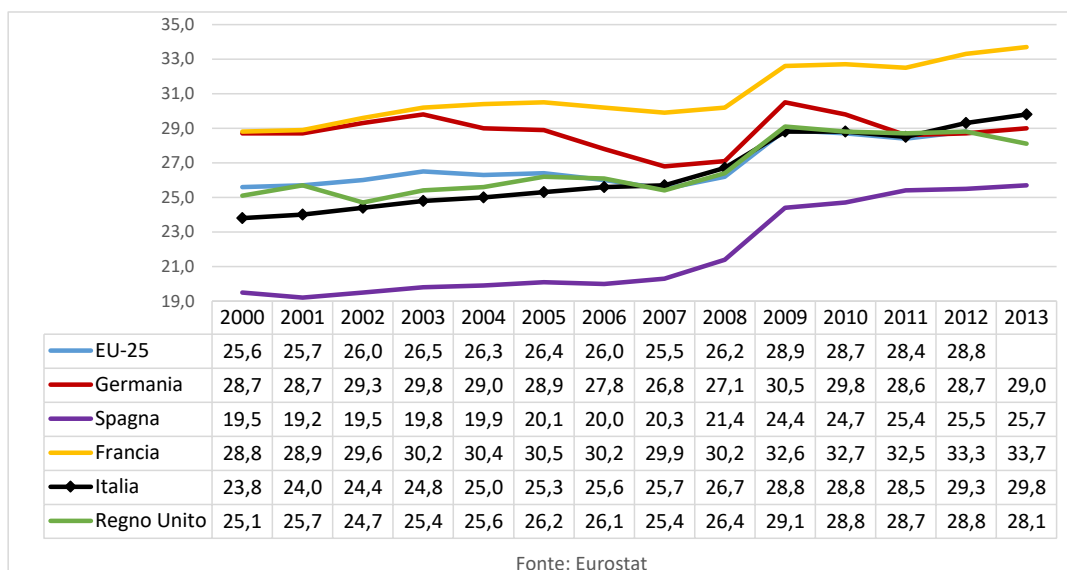
	Costi amministrativi	Altre spese	Malattia	Disabilità	Invecchiamento	Superstiti	Famiglia/bambini	Disoccupazione	Abitazione	Esclusione sociale	Totale
% del PIL											
EU-28*	0,9	0,2	8,0	2,0	11,0	1,6	2,3	1,5	0,6	0,5	28,6
Germania	1,1	0,1	9,5	2,2	9,0	1,9	3,1	1,1	0,6	0,2	29,0
Spagna	0,5	0,0	6,4	1,9	9,5	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*)

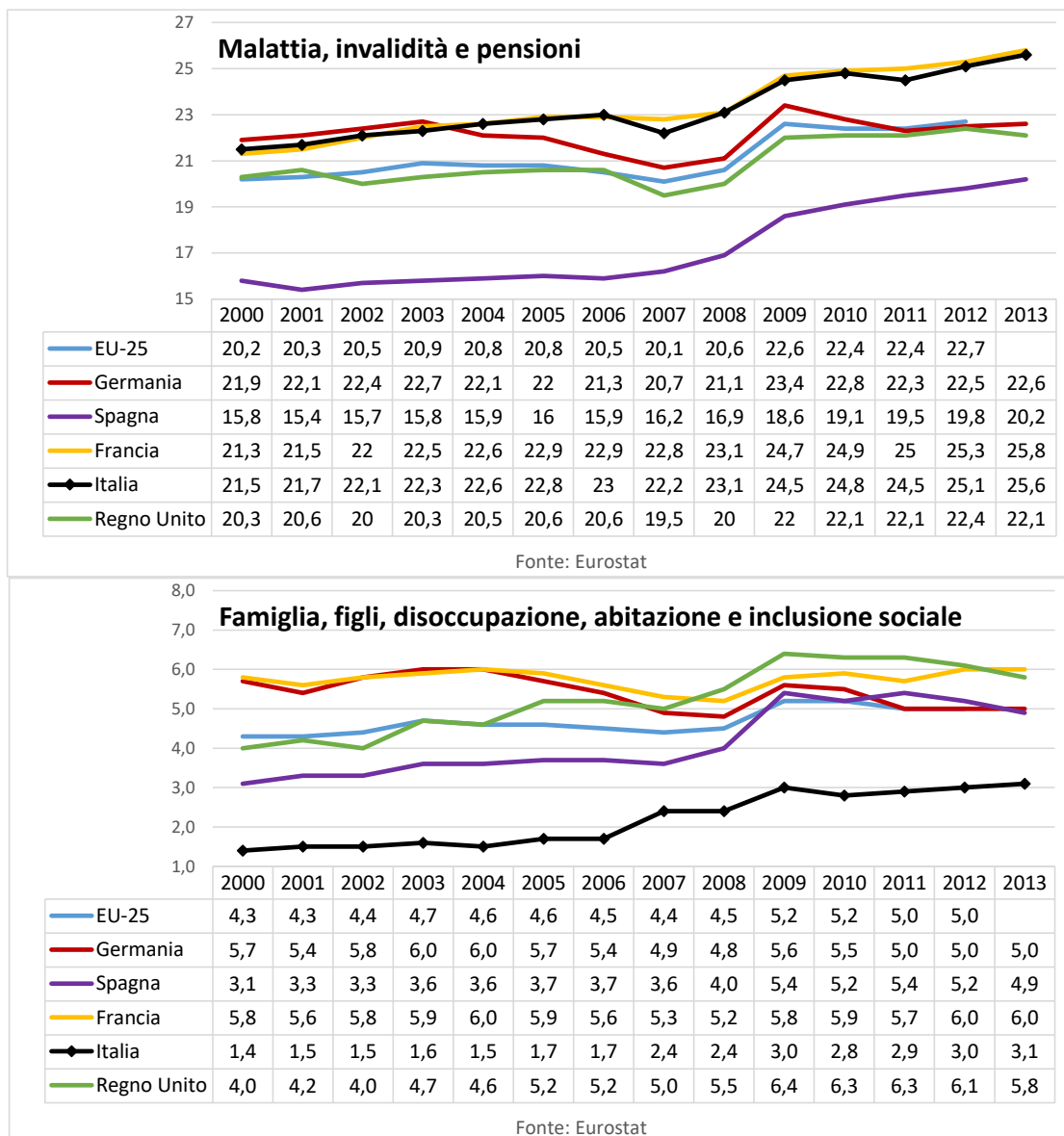
La spesa complessiva per il welfare, come percentuale del PIL, aumenta in tutti i paesi europei a causa della crisi economica dal 2008 al 2013, con la variazione più alta della Spagna (oltre 4 punti percentuali) e quella più bassa del Regno Unito (meno di 2 punti), mentre l'Italia si colloca intorno alla media europea con un aumento di circa 3 punti (figura 2.3).

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 2.4).

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

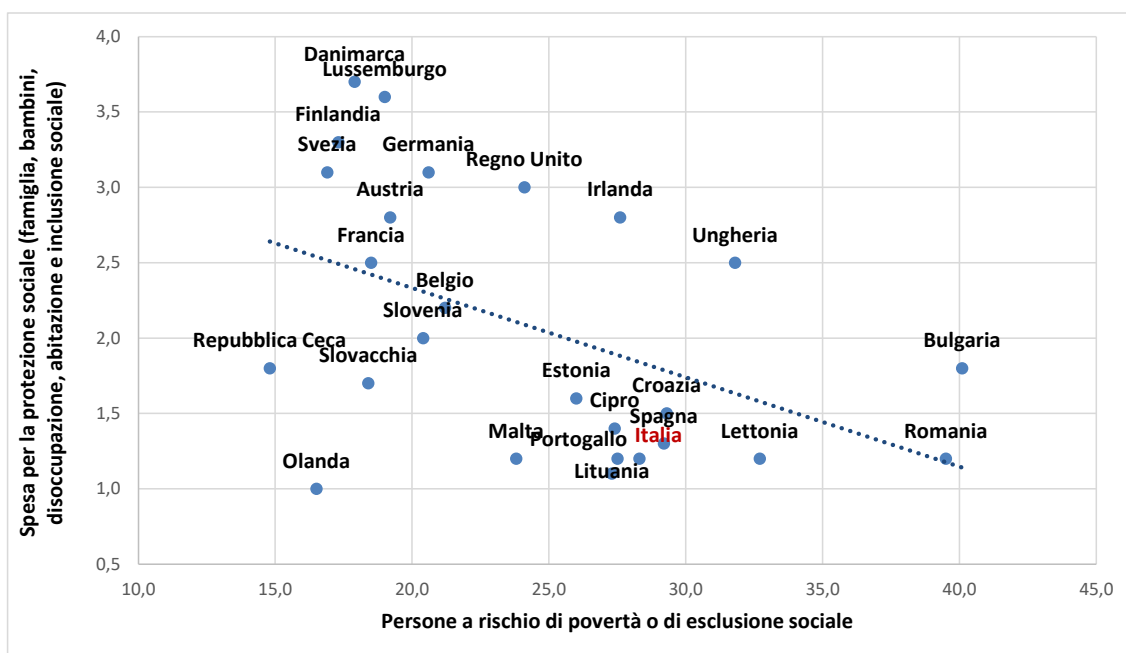


Si osserva una significativa relazione negativa⁸ tra la percentuale di popolazione a rischio di povertà o di esclusione sociale e la spesa per la protezione sociale, limitatamente alle prestazioni più attinenti al contrasto della povertà e dell'esclusione sociale (famiglia, figli, disoccupazione, abitazione 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.

⁸ 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 2.2).

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.

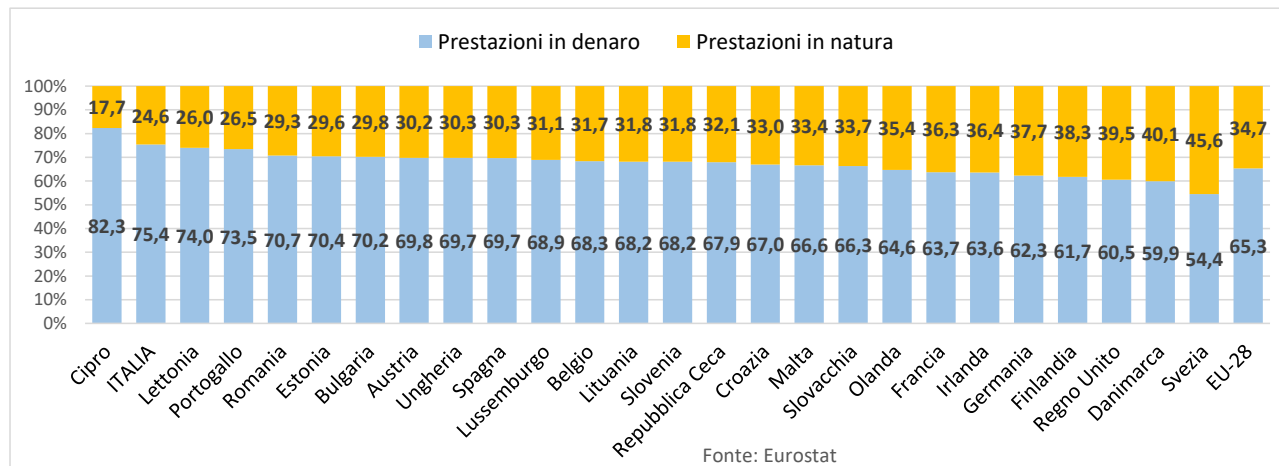
Figura 2.2 – Persone a rischio di povertà prima e dopo le prestazioni sociali (escluse le pensioni) e differenza in punti percentuali - Anno 2014 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)

	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])

La spesa per la protezione sociale si distingue in prestazioni che si realizzano attraverso pagamenti in denaro o prestazioni erogate in natura (rimborsi di spese sostenute, oppure erogazioni di beni e servizi): in Italia prevalgono nettamente le prestazioni monetarie (75,4%) su quelle in beni e servizi (24,6%), mentre nella media dell'Unione e nei paesi dell'Europa del Centro-Nord è più elevata la quota di spesa erogata in natura: 34,7% in EU-28, 45,6% in Svezia, 40,1% in Danimarca, 39,5% nel Regno Unito, 37,7% in Germania e 36,3% in Francia (figura 2.6).

Figura 2.6 - Spesa per la protezione sociale per tipo di prestazione (in denaro o in natura) nei paesi dell'Unione europea – Anno 2013 (composizione percentuale)



Le prestazioni possono essere condizionate o meno alla prova dei mezzi (*means test* «prova dei mezzi») e cioè dalla situazione reddituale e patrimoniale della persona da assistere, utilizzando criteri di selettività piuttosto che di universalità.

Rispetto ai programmi universali, quelli selettivi, nonostante consentano di realizzare l'obiettivo di eliminazione della povertà con minore dispendio di risorse pubbliche, possono condurre alla 'trappola di povertà', ossia all'assenza di incentivi a produrre reddito da parte dei soggetti poveri ovvero a percepire una parte dello stipendio in nero per non superare i limiti dell'ISEE, e rendere più complessa l'identificazione degli aventi diritto, in particolare quando si è in presenza, come in Italia, di elusione o evasione fiscale molto diffuse.

In Italia prevalgono le prestazioni non condizionate dalla prova dei mezzi sia per quelle erogate in denaro (95%; 65,3% nella media EU-29) sia per quelle attraverso beni e servizi (92,3%; 85,5% nella media EU-28) (figure 2.7 e 2.8).

Figura 2.7 - Spesa per la protezione sociale in denaro condizionate o meno alla prova dei mezzi nei paesi dell'Unione europea – Anno 2013 (composizione percentuale)

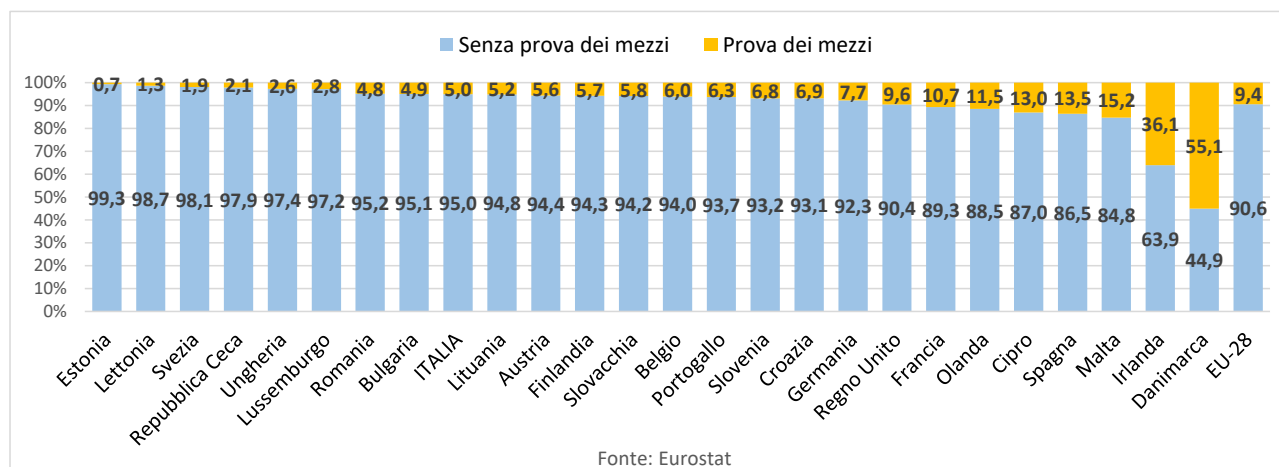
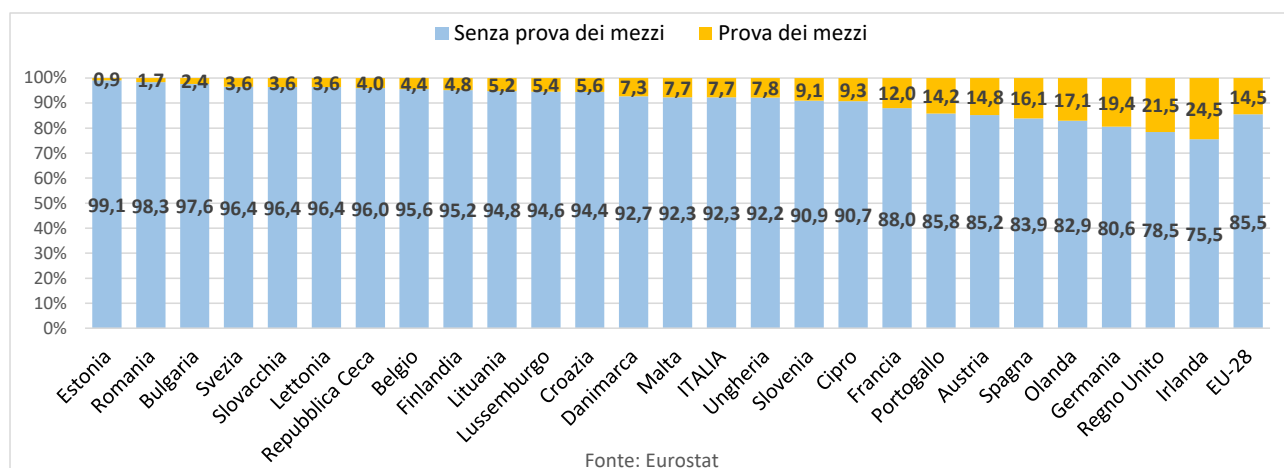


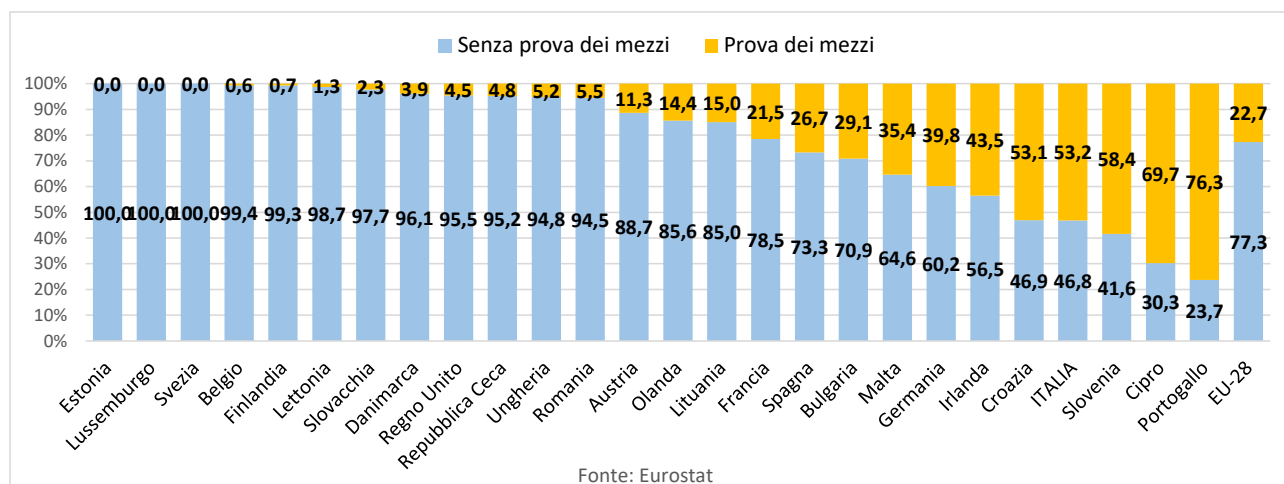
Figura 2.8 - Spesa per la protezione sociale in natura condizionate o meno alla prova dei mezzi nei paesi dell'Unione europea – Anno 2013 (composizione percentuale)



Tuttavia, se si prende in considerazione solo la spesa per la famiglia e i figli, quella con la spesa più eterogenea per tipo di prestazione e per modalità di accesso, emergono maggiormente le differenze tra le politiche di welfare dei paesi europei. Infatti, la maggioranza dei paesi del Centro-Nord Europa predilige le prestazioni in natura ad accesso universalistico, mentre i paesi mediterranei si caratterizzano, oltre che per una spesa pro capite molto più bassa, per una maggiore propensione alla selettività d'accesso attraverso la prova dei mezzi. Infatti, il 100% della spesa per la famiglia e i bambini in Svezia non è condizionata dalla situazione reddituale e patrimoniale della persona da assistere, quota che è pari al 99,3% in Finlandia e al 95,5% nel Regno Unito, al 78,5% in Francia e al 60,2% in Germania, mentre prevale la spesa condizionata alla prova dei mezzi in Portogallo (76,3%) e in Italia (53,2%), mentre la Spagna è anomala rispetto agli altri paesi del Sud con una maggiore spesa universalistica (73,3%) (figura 2.9).

In ogni caso nella media dell'Unione a 28 stati membri la spesa per la famiglia e i figli è per il 77,3% condizionata dalla prova dei mezzi.

Figura 2.9 - Spesa per la protezione sociale (famiglia e bambini) in denaro e in natura, condizionate o meno alla prova dei mezzi, nei paesi dell'Unione europea – Anno 2013 (composizione percentuale)



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 2.10).

Il primo tipo di sussidio è una integrazione al reddito che serve per consentire al lavoratore di trovare lavoro, il secondo è finalizzato 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.

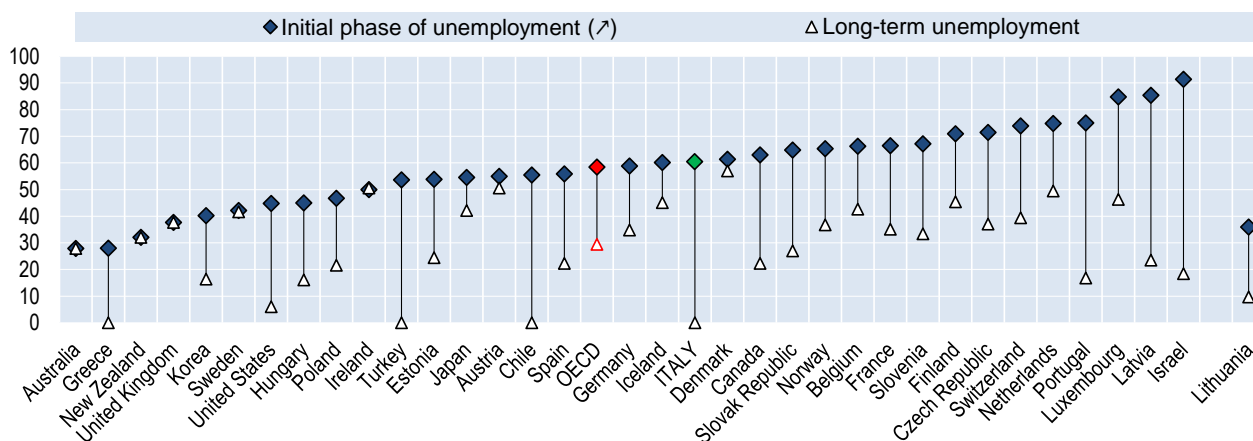
Solo in pochi paesi (Australia, Nuova Zelanda, Regno Unito, Irlanda, Austria e Danimarca) il sussidio non diminuisce nel tempo.

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%.

In Italia, dove il sussidio di disoccupazione iniziale è pari al 60% della retribuzione, 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 2.10 – Overall net replacement rates: Net income while out of work in percentage of net income in work (NRR), 40 years-old single, 2014



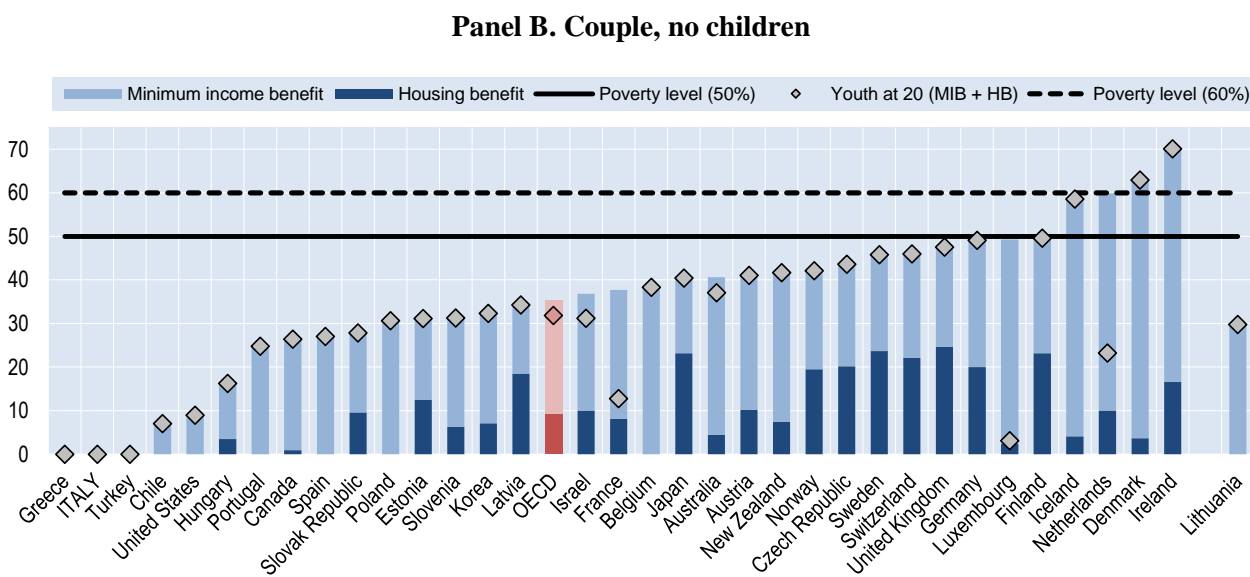
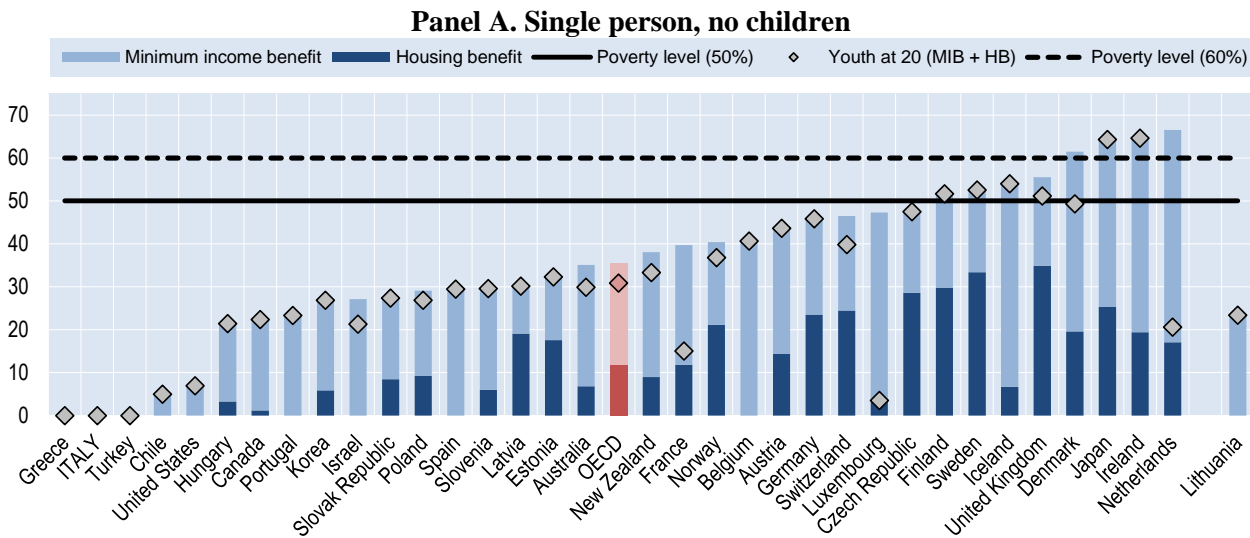
Il secondo grafico conferma proprio l'evidenza del primo grafico dal momento che mostra che in Italia, insieme alla Grecia e alla Turchia, non esiste il reddito minimo (*minimum-income benefits*), per un single senza figli e una coppia con figli, che interviene nei confronti delle persone povere che non hanno altre forme di reddito per garantire un livello di vita accettabile (figura 2.11).

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 indica la soglia di povertà al 50% del reddito e quella tratteggiata al 60% del reddito.

In tutti i paesi dove c'è, il reddito minimo - per evitare atteggiamenti opportunistici - ha un valore inferiore a quello della soglia di povertà, tranne in Irlanda, Giappone e Danimarca. 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 2.11 – 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'INPS⁹ 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 2.3 – 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	Perceutori (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 2.12 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.

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

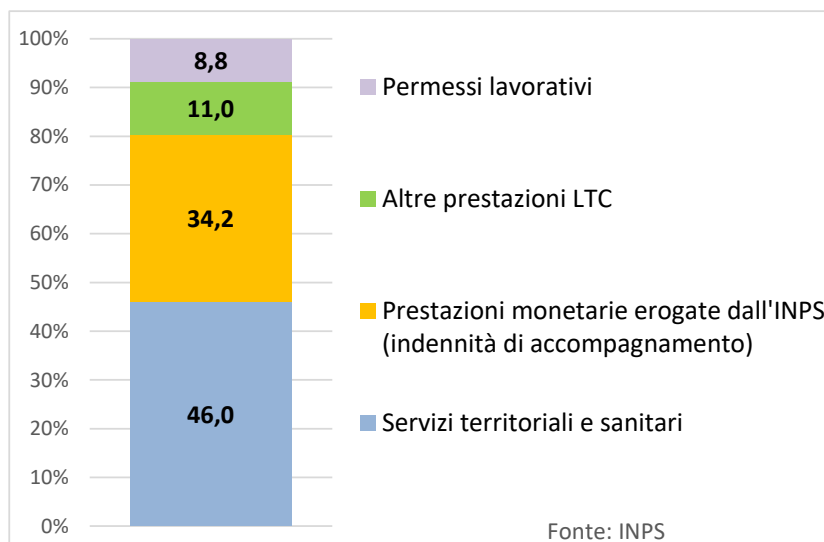


Tavola 2.4 – Il costo delle prestazioni per la disabilità in Italia per tipologia – Anno 2013 e 2014

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).

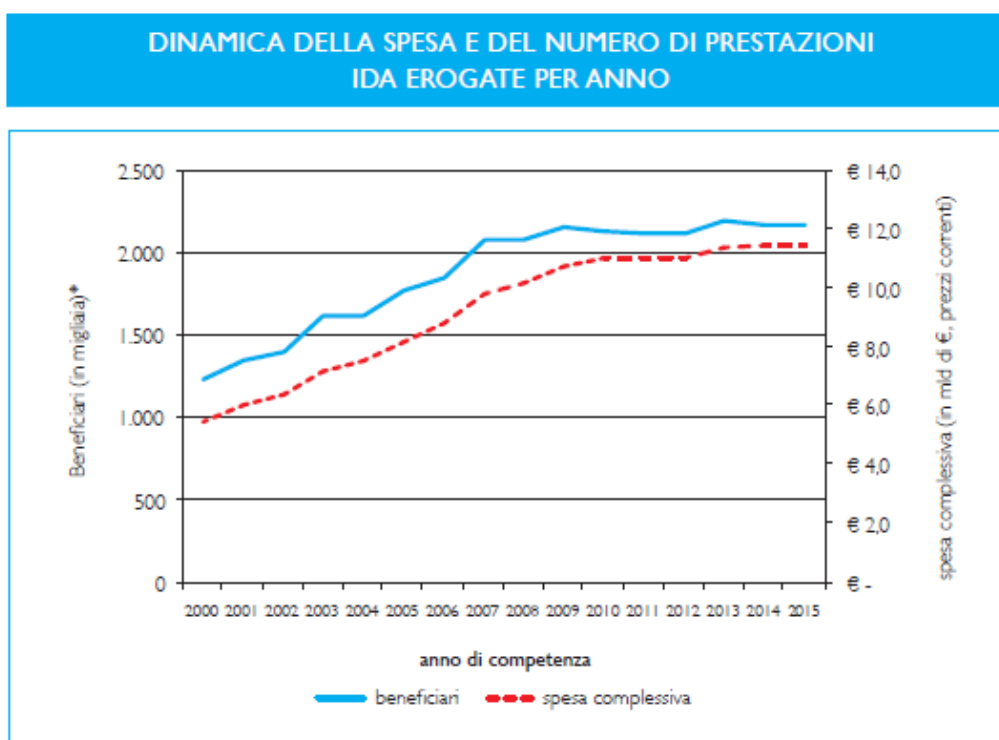
Fonti: (a) RGS (2015). (b) Inps – D.C. Bilanci e Servizi Fiscali (dati di preconsuntivo 2015); (c) valore riferito al 2014, elaborazioni su dati del Ministero del Tesoro (www.contoannuale.tesoro.it) e rilevazione sulla legge 104/92 del dipartimento della funzione pubblica per l'anno 2012.

“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”¹⁰.

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 2.13).

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 2.13 – 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”¹¹.

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”.

¹⁰ Ivi, p. 80.

¹¹ Ivi, p. 85.

2.2.1 Le persone non autosufficienti

Un quarto della popolazione di 16 anni e oltre dell'Unione europea (25,3%) si considera non autosufficiente (ha da tempo un livello di limitazioni moderato e grave nelle attività quotidiane, per motivi di salute): la percentuale di donne non autosufficienti (27,5%) è superiore di quasi 5 punti percentuali rispetto a quella degli uomini (23%) (figura 2.14 e tavola 2.5). La quota minore di persone non autosufficienti si registra a Malta (9,7%) e in Svezia (11,1%), quella maggiore in Lettonia (38,4%) e in Portogallo (36,1%).

La percentuale di persone non autosufficienti in Italia (29%) è superiore di quasi 4 punti percentuali rispetto alla media europea: la quota delle donne (31,6%) è superiore di oltre 5 punti a quella degli uomini (26,2%).

Figura 2.14 – Persone (16 anni e oltre) che si considerano non autosufficienti per motivi di salute (livello di limitazioni moderato e grave)– Anno 2015 (percentuale della popolazione)

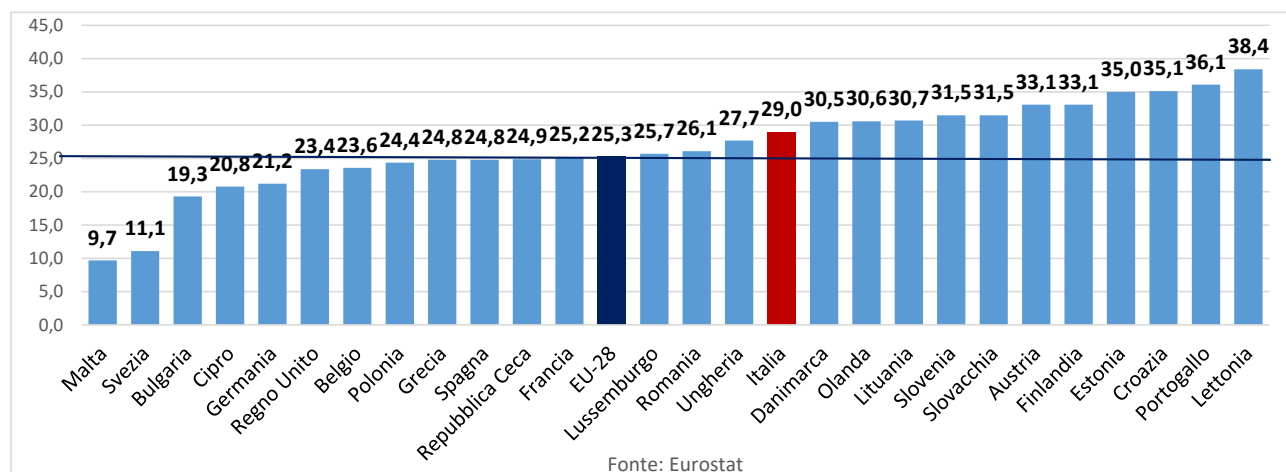


Tavola 2.5 – Persone (16 anni e oltre) che si considerano non autosufficienti per motivi di salute (livello di limitazioni moderato e grave) per sesso – Anno 2015 (percentuale della popolazione)

	Maschi	Femmine	Totale
EU-28	23,0	27,5	25,3
Belgio	21,0	26,0	23,6
Bulgaria	17,1	21,3	19,3
Repubblica Ceca	23,1	26,2	24,9
Danimarca	26,8	34,0	30,5
Germania	20,6	21,7	21,2
Estonia	31,2	38,2	35,0
Grecia	22,4	27,1	24,8
Spagna	22,1	27,4	24,8
Francia	23,5	26,7	25,2
Croazia	32,4	37,6	35,1
Italia	26,2	31,6	29,0
Cipro	20,2	21,4	20,8
Lettonia	33,6	42,3	38,4
Lituania	26,8	33,8	30,7
Lussemburgo	22,0	29,3	25,7
Ungheria	24,7	30,4	27,7
Malta	8,8	10,6	9,7
Olanda	26,0	34,8	30,6
Austria	31,1	35,0	33,1
Polonia	22,3	26,2	24,4
Portogallo	30,6	41,0	36,1
Romania	21,6	30,4	26,1
Slovenia	28,1	34,8	31,5
Slovacchia	27,8	35,0	31,5
Finlandia	28,4	37,8	33,1
Svezia	8,4	13,8	11,1
Regno Unito	21,3	25,4	23,4

Fonte: Eurostat (hlth_silc_12)

In tutti i paesi europei la percentuale delle persone non autosufficienti è molto più elevata tra chi ha un reddito più basso e diminuisce progressivamente con il suo aumento (*tavola 2.6*).

La differenza tra la percentuale delle persone non autosufficienti più povere e quelle più ricche è molto elevata in Estonia (33,5 punti percentuali), Lettonia (30,7 punti), diminuisce in Germania (17,5 punti), Svezia (14,6 punti) e Francia (12,9 punti) e registra la minore differenza in Romania (3,5 punti), in Grecia (7 punti), in Italia (7,2 punti) e in Spagna (7,3 punti).

Dai dati relativi al nostro Paese sembrerebbe che la non autosufficienza sarebbe correlata solo in misura minore allo stato di povertà. La letteratura su questo tema ha fatto emergere evidenze molto diverse: dalla ricerca dell'IRCCS-INRCA¹² si rileva che “il grado di disabilità è un considerevole fattore di incremento del rischio di povertà, e che la recente crisi economica ha ulteriormente aumentato il rischio di povertà per la popolazione anziana non autosufficiente” [...] “gli anziani non autosufficienti presentano una probabilità di vivere in una famiglia con un reddito al di sotto della soglia di povertà maggiore rispetto al resto della popolazione anziana” [...] la propensione al rischio di povertà degli anziani affetti da un grado di non autosufficienza moderato appare più marcata rispetto a coloro che sono colpiti da disabilità media o grave.

Questo risultato può in parte essere spiegato da due motivazioni. L'analisi ha dimostrato che i servizi di cura domiciliare costituiscono un elemento di contrasto al rischio di povertà per gli anziani non autosufficienti, ma che al contempo questi servizi tendono ad essere concentrati tra la popolazione con redditi elevati o affetta da non autosufficienza totale. In secondo luogo, l'assenza di progressività dell'importo dell'indennità di accompagnamento, né in relazione al reddito né rispetto al grado di disabilità dei beneficiari, rischia di penalizzare entrambe le categorie di anziani analizzate.

Da un lato, l'importo dell'indennità di accompagnamento copre solo in parte i costi di cura sostenuti dalla popolazione anziana affetta da disabilità grave. Dall'altro lato, coloro che presentano livelli moderati di non autosufficienza devono far affidamento quasi interamente sulle proprie risorse, in quanto esclusi dalla ricezione di tale prestazione.

I risultati suggeriscono inoltre che tra la popolazione non autosufficiente le categorie più esposte al rischio di povertà sono coloro che vivono da soli e che non possono beneficiare direttamente dell'aiuto informale da parte dei propri familiari; aiuto che la ricerca ha dimostrato essere, al pari dei servizi formali, un elemento di protezione dal rischio di impoverimento.

L'analisi dimostra che le spese di cura costituiscono un ulteriore fattore di impoverimento della popolazione anziana non autosufficiente”.

Tavola 2.6 – Persone (16 anni e oltre) che si considerano non autosufficienti per motivi di salute (livello di limitazioni moderato e grave) per quintile di reddito – Anno 2015 (percentuale della popolazione)

	Totale	Primo quintile	Secondo quintile	Terzo quintile	Quarto quintile	Quinto quintile
EU-28	25,3	31,2	30,7	26,5	21,2	17,0
Belgio	23,6	36,7	31,2	23,3	15,2	11,5
Bulgaria	19,3	26,8	27,0	17,6	13,8	11,2
Repubblica Ceca	24,9	38,2	31,2	25,2	16,7	11,3
Danimarca	30,5	36,0	36,2	31,5	25,1	23,7
Germania	21,2	31,3	24,3	20,6	16,0	13,8
Estonia	35,0	51,8	49,1	28,6	27,2	18,3
Grecia	24,8	24,4	28,0	29,6	24,8	17,4
Spagna	24,8	24,6	32,2	27,9	22,0	17,3
Francia	25,2	32,7	29,3	24,3	19,9	19,8
Croazia	35,1	49,8	40,5	33,1	29,0	23,2
Italia	29,0	29,4	33,1	32,6	27,7	22,2
Cipro	20,8	28,8	25,8	19,5	16,5	13,5
Lettonia	38,4	50,9	51,3	38,0	29,9	22,3
Lituania	30,7	44,2	43,4	31,8	20,4	13,5
Lussemburgo	25,7	29,7	28,3	27,9	25,1	17,4
Ungheria	27,7	30,4	37,6	31,6	24,9	14,2
Malta	9,7	16,3	13,8	8,5	6,6	3,3

¹² IRCCS-INRCA, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 5° Rapporto, Un futuro da ricostruire*, Maggioli editore, 2015.

	Totale	Primo quintile	Secondo quintile	Terzo quintile	Quarto quintile	Quinto quintile
Olanda	30,6	40,0	36,0	30,1	25,9	21,1
Austria	33,1	40,3	36,3	34,3	29,9	24,6
Polonia	24,4	28,6	27,6	26,6	23,6	15,8
Portogallo	36,1	44,4	42,6	35,9	31,2	26,5
Romania	26,1	23,4	31,2	29,9	26,4	19,9
Slovenia	31,5	38,8	36,2	30,9	26,7	24,8
Slovacchia	31,5	34,4	37,8	34,7	28,9	21,9
Finlandia	33,1	43,5	41,4	32,2	25,2	23,3
Svezia	11,1	20,0	14,5	8,4	7,5	5,4
Regno Unito	23,4	31,5	32,2	25,1	16,5	11,7

Fonte: Eurostat (hlth_silc_12)

2.3 I fondi europei per il rafforzamento delle politiche per l'inclusione¹³

La programmazione dei fondi strutturali europei 2014-2020, in considerazione degli effetti della recessione economica, ha stabilito di destinare non meno del 23,1% del Fondo sociale europeo (FSE) alle politiche di inclusione sociale, ampliando la possibilità di finanziare anche azioni che non erano presenti nella programmazione precedente, al fine di contrastare la povertà.

Di conseguenza, l'Italia si è posta l'impegno di contribuire alla lotta contro la povertà e l'esclusione sociale attraverso "la definizione di modelli di intervento comuni in materia di contrasto alla povertà e promuove, attraverso azioni di sistema e progetti pilota, modelli innovativi di intervento sociale e di integrazione delle comunità e delle persone a rischio di emarginazione"¹⁴.

Sono state indirizzate a questi fini le risorse dei programmi operativi nazionali (PON) e regionali (POR): oltre l'80% delle risorse del PON Inclusione (circa 1,2 miliardi di euro) è destinato ad accompagnare l'introduzione del Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA) (vedi paragrafo 3.3.2) e in particolare della sua componente attiva (tirocini, corsi di formazione, servizi conciliazione vita-lavoro, ecc.).

La parte attiva sarà finanziata anche dalle risorse disposte nei POR delle diverse Regioni o da risorse proprie.

Il PON inclusione è strutturato in cinque assi prioritari, ognuno dei quali ha una sua finalità e dotazione finanziaria (tavola 2.7):

- Asse 1 e Asse 2 "Sostegno a persone in povertà e marginalità estrema", con una dotazione finanziaria pari a poco più di un miliardo di euro;
- Asse 3 "Sistemi e modelli di intervento sociale", con risorse che ammontano a meno di 100 milioni di euro, ha l'obiettivo di supportare le amministrazioni responsabili dell'attuazione di misure sociali, nonché dell'integrazione delle comunità e delle persone a rischio di emarginazione attraverso azioni di sistema o progetti pilota volti alla condivisione di standard e modelli;
- Asse 4 "Capacità amministrativa", con una dotazione finanziaria pari a poco più di 10 milioni di euro, mira ad accrescere l'efficacia degli interventi attraverso il rafforzamento della capacità istituzionale e amministrativa di programmazione e gestione delle politiche sociali e, in particolare, a rafforzare gli strumenti di governance che possono accompagnare il processo definitorio dei livelli essenziali delle prestazioni sociali;
- l'Asse 5 "Assistenza Tecnica", con risorse pari a circa 53 milioni di euro, punta a rendere più efficiente il funzionamento delle strutture che si occupano di programmazione, gestione, sorveglianza, controllo e valutazione del PON.

¹³ Questo paragrafo è stato redatto sulla base delle informazioni contenute nel seguente paper: Pietro Tagliatesta, *Il rafforzamento della dimensione sociale dell'UE: il ruolo del PON inclusione*, in "Giancarlo Dente e Giuseppe Fiorani (a cura di)", *Povertà ed inclusione sociale in Italia: sfide e cambiamenti all'inizio della nuova programmazione dei fondi strutturali*, Quaderni della Fondazione Giacomo Brodolini, giugno 2016.

¹⁴ Ivi, p. 19.

Tavola 2.7 – Ripartizione del piano di finanziamento del PON Inclusion

Assi	Regioni meno sviluppate	Regioni in transizione	Regioni più sviluppate	Totale
Asse 1 “Sostegno a persone in povertà e marginalità estrema” – regioni più sviluppate			266.650.000	266.650.000
Asse 2 “Sostegno a persone in povertà e marginalità estrema” – regioni meno sviluppate e in transizione	753.866.667	55.730.000		809.616.667
Asse 3 “Sistemi e modelli di intervento sociale”	46.592.283	9.420.558	42.943.426	98.956.266
Asse 4 “Capacità amministrativa”	4.875.185	967.953	4.556.862	10.400.000
Asse 5 “Assistenza tecnica”	25.512.532	5.281.489	22.449.712	53.243.734
Totale PON	830.866.667	71.400.000	336.600.000	1.238.866.667

La componente passiva del SIA viene finanziata con fondi nazionali che ammontano per il 2016 a 750 milioni di euro (dal 2017 il finanziamento previsto è di un miliardo di euro annuo) e prevede trasferimenti monetari proporzionati al numero dei minori presenti nel nucleo familiare (*tavola 2.8*).

Tavola 2.8 – SIA: finanziamento delle misure passive e attive

SIA → misura passiva (fondi nazionali)	SIA → politiche di attivazione, rafforzamento dei servizi integrati per la presa in carico multidimensionale dei nuclei familiari beneficiari del SIA, misure di attivazione lavorativa quali tirocini, borse di lavoro, cantieri sociali, voucher di lavoro accessorio (PON Inclusion e eventuali finanziamenti regionali)
Erogazione beneficio economico proporzionale al numero dei minori presenti nel nucleo familiare:	
<ul style="list-style-type: none"> • un membro: 80 €; • due membri: 160 €; • tre membri: 240 €; • quattro membri: 320 €; • cinque o più membri: 400 €. 	
750 milioni di euro per il 2016	PON Inclusion (per il periodo 2014-2020):
	<ul style="list-style-type: none"> • 266.650.000 € per le Regioni più sviluppate; • 809.616.667 € per le Regioni in transizione e meno sviluppate.
Un miliardo di euro a partire dal 2017	Eventuali fondi regionali (ordinari o POR FSE) da concordare in protocolli bilaterali

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, Spagna 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.

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.

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 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.).

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** (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)

Sussidi per il sostentamento

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 patrimoniali¹⁵.

¹⁵ 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.

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.

Integrazione al minimo per persone anziane e a capacità lavorativa ridotta

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.

Sussidi per l'assistenza sanitaria

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 mutuatari. 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.

-
- 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).

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.

Sussidi per l'integrazione delle persone disabili

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.

Sussidi per l'assistenza continua

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.

Sussidio per il superamento di particolari difficoltà sociali

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.

Sussidi in altre circostanze

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*)¹⁶

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

¹⁶ 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.

disabilità, oppure per prevenire un aggravamento della disabilità o per alleviarne le conseguenze indipendentemente dalla causa che l'ha determinata¹⁷. 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.

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.

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 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. 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.

Le **prestazioni per la partecipazione alla vita sociale** 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.

Le prestazioni per assicurare il sostentamento durante gli interventi di riabilitazione medica prevedono 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.

¹⁷ 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

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.

Le persone a cui è stato riconosciuto un **grado di disabilità superiore al 50 per cento** 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 (portavoce 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.

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.

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 intellettiva 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'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 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).

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.

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”.

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

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.

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'infermità 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 per cento 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.

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.

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.

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.

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.

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 sociale¹⁸

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 %¹⁹ 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

¹⁸ 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

¹⁹ 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 sovraordinato²⁰. 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*).

²⁰ *The Welfare and the Long Term Care in Europe*, 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 occorre 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 spagnolo di protezione sociale

In Spagna non esiste un sistema generale di assistenza sociale di carattere non contributivo. Tuttavia è prevista la corresponsione di un minimo non contributivo specifico per alcune categorie di persone che si trovano in situazioni di particolare bisogno.

Con la *Ley General de la Seguridad Social* del 2015 si è giunti alla sistematizzazione delle misure di sicurezza sociale garantite dall'art. 41 della Costituzione spagnola del 1978. In assenza di uno schema nazionale, fra il 1989 e il 1995 tutte le Comunità Autonome spagnole si sono dotate di sistemi di reddito minimo.

3.3.1 L' indennità sociale di disoccupazione, il reddito di integrazione attiva e altre forme di reddito minimo

I disoccupati che risiedono legalmente in Spagna possono avere diritto alle prestazioni sociali di disoccupazione sotto forma di *indennità sociale di disoccupazione* e di *reddito di integrazione attiva*.

L'indennità speciale di disoccupazione (*subsidio por desempleo*) può essere corrisposta a coloro che non hanno diritto a una prestazione contributiva poiché non hanno versato contributi per un periodo sufficiente e ai beneficiari dell'indennità contributiva che risultano ancora disoccupati al termine del periodo di erogazione previsto. Le prestazioni non contributive vengono erogate soltanto alle persone in cerca di lavoro che dispongano di una fonte di reddito inferiore al 75% della retribuzione minima mensile (*salario mínimo interprofesional*), che siano state iscritte nelle liste dell'agenzia per l'impiego per almeno un mese, e che non abbiano rifiutato un'offerta di lavoro adeguata o una formazione professionale proposta dall'Istituto nazionale per l'impiego. Tutte le indennità di disoccupazione sono gestite, erogate e controllate dall'Istituto nazionale per l'impiego (*Servicio Público de Empleo Estatal*).

Il sussidio viene normalmente corrisposto per sei mesi con possibili proroghe per periodi di sei mesi, fino a un totale di 18 mesi (in casi specifici sono possibili ulteriori proroghe). Qualora il lavoratore subordinato abbia superato i 52 anni e soddisfi i requisiti previsti dalla legge, la durata dell'indennità viene estesa fino al pensionamento.

Di norma, il sussidio di disoccupazione non contributivo è pari all'80% dell'indicatore pubblico di reddito a effetto multiplo (*Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples*, IPREM). Per i disoccupati di lunga data di età superiore ai 45 anni che hanno usufruito di una prestazione contributiva di due anni, è prevista un'indennità speciale di sei mesi di importo compreso tra l'80% e il 133% dell'IPREM in funzione del numero di familiari a carico. Il beneficiario ha altresì diritto all'assistenza sanitaria.

Il reddito di integrazione attiva (*Renta Activa de Inserción*, RAI)²¹ venne istituito per perseguire gli obiettivi delineati dalle strategie europee per l'occupazione, le quali prevedono un più ampio collegamento tra prestazioni e politiche attive per l'impiego. Infatti il sussidio è erogabile ai disoccupati di lunga data di età superiore ai 45 anni (ma inferiore ai 65 anni). Tra gli altri, possono averne diritto anche i lavoratori emigranti di età superiore ai 45 anni che ritornano dall'estero e che hanno lavorato fuori dal proprio paese per almeno sei mesi, i disabili e le vittime di violenza domestica o di genere. Viene corrisposto in misura pari all'80% dell'IPREM in vigore. L'IPREM equivale a 17,75 euro al giorno, 532,51 euro al mese e 6.390,13 euro all'anno. Tale reddito può essere percepito per un periodo massimo di 11 mesi.

Da tale prestazione erogata su base nazionale debbono essere differenziate le **forme di “reddito minimo” le quali vengono gestite a livello locale dalle diverse Comunidades Autónomas** e rappresentano ulteriori forme di sostegno al reddito integrate con politiche per l'occupazione

Infine, un'ulteriore protezione viene introdotta, anche in Spagna, come misura urgente necessaria per far fronte alla grave situazione di crisi affrontata dal paese, il c.d. “Plan PREPARA”. Tale programma è riservato ai disoccupati i quali abbiano esaurito una prestazione ovvero un sussidio di disoccupazione. Costoro dovranno risultare iscritti come richiedenti un impiego durante gli ultimi dodici mesi in modo ininterrotto e disporre di redditi al di sotto del 75 per cento dell'IPREM mensile. La durata massima del sussidio - fruibile per una sola volta - è pari a sei mesi. Forte il legame anche in tale caso alle politiche attive per l'impiego.

²¹ Renta Activa de Inserción”, introdotta dal Real Decreto 236/2000, de 18 de febrero e dal Real Decreto 781/2001, de 6 de julio, erogata in favore di disoccupati al di sopra dei 45 anni, con bassi livelli di reddito.

3.3.2 Pensioni di invalidità e vecchiaia

I requisiti per l'attribuzione della pensione non contributiva di invalidità sono:

- età compresa tra i 18 e i 65 anni;
- residenza in territorio spagnolo e per un periodo di cinque anni, due dei quali devono essere consecutivi e immediatamente precedenti la data della richiesta;
- disabilità o malattia cronica con grado pari ad almeno il 65%;
- assenza di altri redditi sufficienti.

I requisiti per l'attribuzione della pensione non contributiva di vecchiaia sono:

- età minima di 65 anni;
- residenza in territorio spagnolo per almeno 10 anni fra la data del sedicesimo compleanno e la data del pensionamento, due dei quali devono essere consecutivi e immediatamente precedenti la data della richiesta;
- assenza di altri redditi sufficienti.

3.3.3 Assistenza a lungo termine

Le prestazioni per l'assistenza a lungo termine possono essere concesse a persone prive di autonomia fisica, mentale, intellettuale o sensoriale o che l'hanno persa a causa di età, malattia o inabilità, e necessitano dell'aiuto di terzi per compiere gli atti quotidiani della vita o, nel caso di persone con minorazione o malattia mentale, di altre forme di assistenza personale. Tali prestazioni sono previste per i cittadini spagnoli che hanno legalmente risieduto in Spagna per almeno cinque anni, due dei quali devono essere immediatamente precedenti la data di presentazione della richiesta.

Le prestazioni dipendono dal reddito e dal patrimonio personale. Un'altra condizione da soddisfare consiste nell'aver bisogno di assistenza almeno una volta al giorno per compiere gli atti quotidiani della vita. Esistono tre diversi gradi di dipendenza (*grados de dependencia*): dipendenza moderata (assistenza necessaria almeno una volta al giorno); grande dipendenza (assistenza necessaria più di due volte al giorno); grave dipendenza (assistenza necessaria in maniera continuativa).

Possono essere erogate prestazioni in natura o in denaro. Tuttavia, non è possibile scegliere liberamente tra le due forme di prestazioni. Inoltre, non è consentito il cumulo combinato di prestazioni in denaro e prestazioni in natura. Le prestazioni in denaro sono concesse solo nei casi in cui non è possibile fornire prestazioni in natura, ad esempio a seguito di mancanza di capacità.

Tra le prestazioni in natura sono previste varie forme di assistenza a domicilio. Esiste una forma di assistenza semiresidenziale che viene fornita in centri di cura diurni e notturni. La durata e il tipo di assistenza dipendono dalle esigenze individuali del beneficiario. Istituti specifici, costituiti principalmente da case di riposo e centri per disabili, offrono una forma di assistenza residenziale a lungo termine. Una parte dei costi del servizio potrebbe essere a carico del beneficiario; tuttavia questa partecipazione dipende dal tipo e dal costo del servizio e dalla situazione finanziaria del beneficiario.

Gli importi delle prestazioni in denaro per l'assistenza a lungo termine sono stabiliti dalla legge e variano a seconda del grado di dipendenza. L'importo mensile massimo è pari a 833,96 euro. Dalle prestazioni in denaro si detrae l'importo di altre eventuali prestazioni pubbliche dello stesso tipo e aventi lo stesso scopo. La commissione di valutazione delle comunità autonome (*Comunidades Autónomas*), composta da professionisti del settore sanitario e sociale, valuta il grado di dipendenza sulla base di una scala in conformità della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) elaborata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). È possibile effettuare rivalutazioni periodiche.

L'assistenza può essere fornita da professionisti del settore, quali istituti o fornitori di assistenza domiciliare di carattere pubblico, privato o semipubblico. I parenti e le persone vicine al beneficiario possono agire in qualità di prestatori di assistenza informale. Le prestazioni in denaro sono percepite dal beneficiario, che a sua volta paga il prestatore di assistenza informale. Per quest'ultimo è previsto l'obbligo della copertura previdenziale.

3.4 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.

3.4.1 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 assoluta²².

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 al 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

²² 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.

3.4.2 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 componenti²³.

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 Stabilità 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.

²³ 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 Mezzogiorno; 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.)²⁴.

²⁴<http://www.redditoinclusione.it/>; <http://www.caritasitaliana.it/caritasitaliana/allegati/6237/Nota%20a%20Ddl%20Delega.pdf>

4. Le proposte di riforma del welfare

In questo capitolo sono analizzate le principali e strutturate proposte di riforma del welfare italiano, in particolare quelle avanzate dalle seguenti organizzazioni:

1. ARS - Associazione per la ricerca sociale, che ha sviluppato l'analisi più completa sugli effetti distorsivi dell'attuale welfare sociale e ha avanzato la proposta di riforma più strutturata e innovativa, anche nel confronto con gli enti territoriali di molti comuni;
2. Caritas;
3. Fondazione Easy Care.

Nell'ultimo paragrafo si descrive la proposta di riforma del welfare di Radicali italiani.

4.1 Le proposte di ARS

L'Associazione per la ricerca sociale (ARS) propone, nel suo recente rapporto di ricerca *Costruiamo il Welfare dei Diritti - Ridefinire le politiche sociali su criteri di equità e di efficacia*²⁵, redatto con la collaborazione dell'Istituto per la ricerca sociale (IRS), un ampio progetto di riforma delle politiche e delle norme per il contrasto della povertà, il sostegno della famiglia e delle persone con disabilità e non autosufficienza.

La premessa della riforma è una valutazione nettamente negativa del nostro welfare sociale che presenta forti e perduranti limiti: "non è equo, non è efficace nel contrastare le situazioni di maggiore fragilità, manca di una misura nazionale di contrasto della povertà, non rapporta gli interventi ai bisogni e alla loro intensità, ha risorse troppo scarse sui territori per i sistemi di servizi"²⁶. Ciò è dovuto alla stratificazione storica di molti interventi frammentati, approvati sulla base della capacità di pressione dei diversi interessi organizzati.

Tuttavia, si coglie un'opportunità offerta dalla legge di stabilità e dalla legge delega per il contrasto della povertà che prevede che vengano approvati uno o più provvedimenti legislativi finalizzati:

- all'introduzione di un'unica misura nazionale di contrasto alla povertà individuata come livello essenziale di assistenza;
- alla razionalizzazione delle prestazioni esistenti sottoposte alla prova dei mezzi;
- al riordino della normativa in materia di sistemi di interventi e servizi sociali.

Si presenta, di conseguenza, un'opportunità per avviare una seria riforma del welfare sociale, "per renderlo più adeguato rispetto ai bisogni emergenti e più equo e omogeneo sull'accesso alle prestazioni, secondo i principi dell'universalismo selettivo", come recita il comma 1 dell'art. 1 del DDL.

L'ARS ritiene che occorra capovolgere i principi dell'attuale normativa esistente (*uguali bisogni, diversi sostegni; diversi bisogni, uguali sostegni*) stabilendo come criteri guida l'equità e l'efficacia (*a uguali bisogni, uguali sostegni, a maggiori bisogni, maggiori sostegni*) e ottimizzando l'uso delle risorse esistenti per offrire una adeguata copertura dei bisogni e delle fragilità delle persone e delle famiglie.

La ricerca analizza le principali criticità esistenti.

Le persone in povertà assoluta nel 2014 erano 4,1 milioni (6,8% della popolazione residente), mentre 7,8 milioni erano le persone in povertà relativa (12,9% della popolazione). Le famiglie più svantaggiate del primo decile di reddito possono contare su un reddito disponibile annuo di 7.114 euro, pari a poco meno di 600 euro al mese, quelle del secondo decile hanno un reddito appena superiore di 11.280 euro, meno di 1.000 euro al mese.

Si stima che in Italia vi siano oltre 2,8 milioni di persone anziane non autosufficienti e oltre 700 mila disabili di ogni età.

²⁵ ARS, *Costruiamo il Welfare dei Diritti - Ridefinire le politiche sociali su criteri di equità e di efficacia*, 2016.

²⁶ Ivi, p. 1.

Per fronteggiare questi gravi disagi sociali l'Italia ha impegnato nel 2014 oltre 72 miliardi di euro, pari a 4,5 punti di PIL (tavola 4.1). È un livello di spesa in linea con la media europea, che non è tuttavia allocato in modo da massimizzare l'efficacia e l'equità.

Tavola 4.1²⁷ – La spesa assistenziale nel 2014 con gli impegni di spesa al 2017 (milioni di euro)

TAVOLA 1. Spesa assistenziale 2014 con impegni di spesa al 2017 (milioni di €)			
Spesa assistenziale 2014		Aggiornamento al 2017	
Trasferimenti famiglia	18.921	Bonus bebè	1.212
Assegni familiari	6.409		
Detrazioni IRPEF	12.310		
Assegno maternità means tested	202		
Trasferimenti povertà	18.207	Fondo nazion. lotta povertà	1.304
Pensione sociale	4.462		
Integrazioni al minimo	13.036		
Carta acquisti	211	assorbita in FNLP	-211
Assegno per nuclei con almeno 3 minori	498		
Trasferimenti invalidità	17.868		
Indennità di accompagnamento	13.538		
Invalità civile	3.664		
Pensioni di guerra	666		
Totale prestazioni monetarie	54.996		
Spesa Comuni per serv. e trasf. e spesa sanitaria, altro	17.153		
Spesa sanitaria per non autosufficienza	4.782		
Servizi e trasferimenti monetari comuni	6.982	Fondi nazionali ed europei	450
Altre spese assistenza sociale	5.389		
Totale	72.149		3.177
2014+2017			75.326

Fonte: Elaborazione IRS su dati di contabilità nazionale.

Ad esempio il 49% delle famiglie in povertà assoluta non riceve alcun sostegno monetario, così come il 28% di quelle in povertà relativa e il 31% del primo decile ISEE: nel complesso, il 35% delle famiglie italiane non riceve alcun trasferimento (tavola 4.2).

Le persone non autosufficienti ricevono una indennità di accompagnamento di identica entità, senza quindi alcun rapporto con l'intensità del loro bisogno assistenziale o delle loro opportunità di vita attiva.

Ma la maggiore critica che l'ARS rivolge all'attuale sistema di welfare sociale riguarda l'allocatione non equa delle risorse: a causa dei criteri di selezione dei beneficiari, quasi 13 miliardi di euro, pari al 25% dei 56 miliardi di trasferimenti monetari nazionali, va alle famiglie dei 4 decili superiori, quelle che hanno l'ISEE più elevato, con un reddito disponibili medio che va da 23.521 euro a 48.389 euro: sono famiglie abbienti o addirittura ricche. A questi stessi decili superiori va il 26% delle erogazioni destinate ad integrare i redditi insufficienti.

mentari nazionali, va alle famiglie dei 4 decili superiori, quelle che hanno l'ISEE più elevato, con un reddito disponibili medio che va da 23.521 euro a 48.389 euro: sono famiglie abbienti o addirittura ricche. A questi stessi decili superiori va il 26% delle erogazioni destinate ad integrare i redditi insufficienti.

Tavola 4.2²⁸ – Quota di famiglie che non ricevono alcun trasferimento monetario

TAVOLA 16. Quota (%) di famiglie che non ricevono alcuna forma di trasferimento monetario nazionale (dei 12 qui studiati)	
Famiglie in povertà assoluta	49
Famiglie in povertà relativa di reddito disponibile equivalente	28
Famiglie in povertà relativa di reddito monetario disponibile equivalente	27
Famiglie del primo decile di ISEE	31
Totale famiglie	35

I trasferimenti più sbilanciati a favore dei quattro decili superiori sono le detrazioni per familiari a carico, l'integrazione al minimo delle pensioni, la quattordicesima mensilità delle pensioni, tutti quelli contro il rischio di povertà e soprattutto, per il suo importo assoluto, l'indennità di accompagnamento (figura 4.1).

Più in generale si afferma che se più dell'80% delle risorse sono vincolate alle erogazioni monetarie standardizzate dell'INPS, l'intervento dei servizi è a priori penalizzato ed è impossibile personalizzare e graduare gli interventi sulla effettiva gravità del disagio sociale delle famiglie e delle persone.

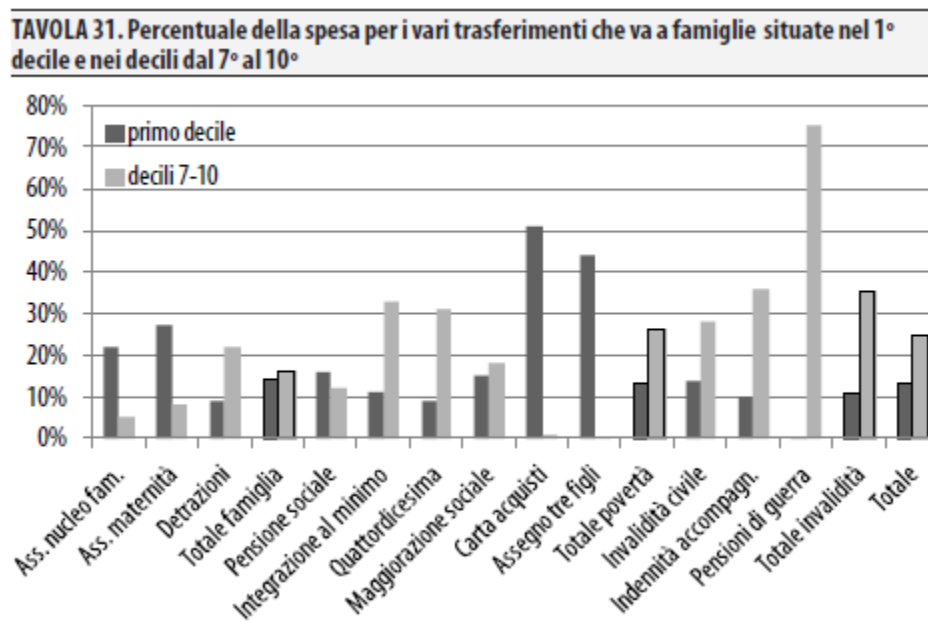
A partire da queste premesse, l'ARS ritiene che "per riformare le attuali politiche e misure socio-assistenziali, da tutti ritenute parcellizzate e incoerenti, occorra assumere un approccio sistemico, elaborare cioè una visione complessiva dei problemi che con esse si vogliono trattare, disegnare almeno a grandi linee un nuovo insieme di politiche e misure che meglio risponda a esigenze di valore e di funzionalità, stimare le risorse già disponibili e riutilizzabili e quelle aggiuntive che occorrono, delineare una strategia a più tappe per confermare, riconfigurare gli interventi in atto, o sostituirli con nuove misure. Proporre di affrontare un singolo problema con una specifica nuova misura senza

²⁷ Ivi, p. 3.

²⁸ Ivi, p. 16.

riconsiderare e rivedere le misure esistenti, è certo più facile, ma è anche l'ennesima rinuncia all'opportunità di cominciare a migliorare il sistema nel suo insieme, in termini di equità, efficacia, economicità. Ancora una volta si sommerebbe una nuova misura a quelle vigenti, anche se obsolete, lasciando le incoerenze e gli sprechi del sistema.”²⁹.

Figura 4.1 – Percentuale della spesa per i vari trasferimenti che va a famiglie situate nel 1° decile e nei decili dal 7° al 10°



A partire da questa premessa e dalla convinzione che è urgente e necessario che gli interventi siano allocati sul territorio, anche per integrare le risorse pubbliche con quelle private, vengono definiti i 5 obiettivi della riforma:

1. **contrasto della povertà assoluta**, con una integrazione economica e aiuti all'inserimento sociale per assicurare una opportunità di vita dignitosa a tutte le famiglie;
2. **sostegno alle famiglie non abbienti con figli minori** o con età inferiore a 25 anni se impegnati in percorsi educativi;
3. **sostegno alle persone non autosufficienti e con disabilità**, rapportato alla entità e caratteristica del loro bisogno di assistenza, cui si aggiungano opportunità di inserimento sociale attivo;
4. **sostegno economico alle famiglie non abbienti con all'interno del nucleo persone con disabilità e non autosufficienza**;
5. **assicurare risorse aggiuntive per lo sviluppo di reti di servizi** che consentano una gestione appropriata, integrata e efficace delle nuove misure, ove opportuno su progetti personalizzati.

A fronte di questi 5 obiettivi l'ARS avanza 5 proposte di riforma:

- 1) per il contrasto alla povertà si propone un **Reddito minimo d'inserimento (RMI)** che assicuri alle famiglie con un reddito sotto la soglia di povertà assoluta una integrazione economica, accompagnata da misure d'integrazione e promozione sociale, pari alla differenza tra la soglia di povertà assoluta definita dall'Istat e il reddito della famiglia, al netto di tutti i trasferimenti nazionali percepiti (pensione sociale, integrazione al minimo, pensione d'invalidità, ecc.) e incrementato di una componente figurativa se la famiglia possiede l'abitazione di residenza, per garantire "che il reddito minimo, a parità di reddito monetario e di assegno ai figli, sia maggiore per i nuclei che vivono in affitto"³⁰. Tale misura sostituisce tutte le attuali misure di integrazione di redditi insufficienti, costerà 15 miliardi annui (tavola 4.3) e ne usufruiranno circa 3,3 milioni di famiglie (11,8% dei nuclei familiari) con una integrazione monetaria media di circa 4.500 euro l'anno a nucleo, contro i 3.076 attuali. Contemporaneamente

²⁹ Ivi, pp. 2 e 3.

³⁰ Ivi, p. 42.

è prevista la graduale riduzione delle erogazioni monetarie di cui beneficiano le famiglie più benestanti (4,6 miliardi). Acanto al RMI sono previste misure d'inclusione attiva, di recupero e di *empowerment* dei beneficiari. La gestione di questa misura sarà affidata ai Comuni (associati in Ambiti territoriali sociali);

- 2) per il sostegno alle famiglie con figli si propone l'**Assegno a minori e figli** che sostituisce le detrazioni fiscali per figli a carico e gli assegni al nucleo familiare (rimangono le detrazioni per coniuge a carico), concentrato sui nuclei con minori fino a 25 anni impegnati nello studio e condizionato dalla prova dei mezzi (ISEE). L'ammontare della prestazione varia in relazione alla composizione dei nuclei familiari e della loro condizione economica: si stima che per i nuclei ISEE inferiori a 15.000 euro l'assegno copra il 57% del costo di mantenimento del minore: "a partire da tale valore l'assegno comincia a decrescere linearmente e si azzerà in corrispondenza ad una soglia massima di ISEE pari a 25.000 euro"³¹. La nuova misura (6,1 milioni di nuclei familiari) è di 2.528 euro annui medi (1.442 euro gli attuali sostegni alle famiglie) e costerà 16 miliardi di euro l'anno (*tavola 4.3*);

Tavola 4.3 – Il finanziamento della proposta compiuta di riforma dell'ARS (milioni di euro)

TAVOLA 2. Il finanziamento della riforma compiuta	
	Spesa nuova, confermata, aggiornata rispetto a 2014
	milioni di €
Trasferimenti famiglia	19.904
Nuovo Assegno per i minori	16.183 nuovo
Detrazione IRPEF coniuge	3.086 confermato
Detrazioni IRPEF per altri familiari a carico	433 confermato
Assegno maternità means tested	202 confermato
Trasferimenti povertà	21.800
Reddito minimo	15.000 nuovo
Clausola salvaguardia dei redditi delle famiglie dei primi 4 decili ISEE	6.800 nuovo
Trasferimenti invalidità	20.100
Dote di cura	15.500 nuovo
Pensione invalidità civile, compresi >65 anni	4.600 nuovo
Totale prestazioni monetarie	61.704
Spesa sanitaria, servizi e trasf. monetari Comuni, altro	18.053
Spesa sanitaria	4.782 confermato
Servizi e trasferimenti monetari dei Comuni	6.982 aggiornato
Sviluppo dei servizi territoriali	6.289 confermato e nuovo
Totale Riforma compiuta	79.857

Fonte: Elaborazione IRS.

3) per il sostegno e la promozione delle persone con disabilità e non autosufficienza si propone di sostituire l'indennità di accompagnamento con una nuova misura, la **Dote di cura**, non vincolata alla prova dei mezzi, ma parametrata su tre livelli di gravità e bisogno assistenziale, con contributi rispettivamente di 300, 600 e 800 euro al mese: il beneficiario della Dote (si tratta sostanzialmente di un voucher) può scegliere tra una somma di denaro (versione cash) e il corrispettivo di un voucher utilizzabile per fruire di servizi domiciliari (versione care) incentivati ("una maggiorazione di circa 700 milioni di euro per l'utilizzo della misura come voucher per l'acquisto di servizi"³²). "Una misura che finalmente si lega alla intensità del bisogno e al sistema dei servizi, compreso l'ampio mercato privato della cura"³³. I beneficiari sono 2,2 milioni di disabili e non autosufficienti e la spesa annua prevista è di 16,2 miliardi (*tavola 4.3*);

4) la **Pensione unificata per invalidi civili** riassume le attuali pensioni per invalidità, ciechi e sordomuti e introduce l'ISEE familiare quale strumento per realizzare la selettività a favore dei disabili in condizioni di fragilità socioeconomica fino al settimo decile di ISEE: è modulata per fasce di ISEE familiare e non più per reddito personale, diviene infatti lo strumento per realizzare la selettività a favore degli invalidi in condizioni di fragilità socio-economica, appartenenti fino al settimo decile di ISEE. I beneficiari saranno oltre 1 milione di persone con disabilità per una spesa annua di 4,6 milioni di euro, superiore a quella attuale anche perché prosegue

dopo il 65° anno, dato che non potranno più beneficiare, come oggi accade, dell'assegno sociale che nella riforma viene ricompreso nel trasferimento unico contro la povertà, il Reddito minimo d'inserimento³⁴ (*tavola 4.3*);

5) Il **Budget per l'inclusione** è la nuova misura per la presa in carico per un percorso di maggiore autonomia per le persone con disabilità fino a 64 anni: è complementare alle due misure precedenti per promuovere e sostenere una vita indipendente "grazie all'elaborazione, in accordo e condivisione con il sistema dei servizi,

³¹ Ivi, p. 27.

³² Ivi, p. 28

³³ Ivi, p. 28

³⁴ Ivi, p. 28.

di un progetto personalizzato, sostenuto dalla funzione di *case-management*, necessario per assicurare appropriatezza di intervento e utilizzo efficiente delle risorse, comprese quelle disponibili territorialmente”³⁵. “Si stima che il fabbisogno finanziario relativo alla funzione di case management possa superare i 220 milioni di euro all’anno”³⁶.

Lo sviluppo e la gestione delle misure indicate coinvolge diversi livelli ed enti istituzionali: al livello nazionale compete la normativa generale, il coordinamento, il sistema informativo generale, il controllo del rispetto dei livelli essenziali; alle Regioni la definizione dei sistemi territoriali dei servizi, la promozione e il monitoraggio delle misure, l’eventuale integrazione dei benefici con risorse proprie; il ruolo di “regia” e la gestione delle misure in tutte le loro varie fasi e dimensioni locali sarà in mano ai Comuni a livello di Ambito, che opereranno coinvolgendo i soggetti del territorio, in particolare del terzo settore; l’INPS gestirà le erogazioni monetarie. “Data la scelta di forte decentramento ai sistemi territoriali di funzioni gestite oggi centralmente una significativa quota delle risorse, potenzialmente di 6 miliardi, andrà alla riorganizzazione e allo sviluppo dei servizi territoriali. Tali sistemi dovranno quindi essere in grado di sostenere i progetti personalizzati di promozione e attivazione per individui e famiglie previsti da ciascuna delle politiche considerate, da quelle per l’inclusione sociale e lavorativa del reddito minimo a quelle di inclusione sociale e vita attiva per i disabili, promuovendo sul territorio lo sviluppo di quelle reti partecipate e integrate dell’insieme delle risorse, pubbliche e private, presenti e disponibili, che rappresentano la condizione e la sostanza del welfare comunitario”³⁷.

La proposta di riforma costa circa 80 miliardi (*tavola 4.3*) e comporta un costo aggiuntivo del 10% sulla spesa assistenziale del 2014 e del 6% su quella del 2017: ai 75 miliardi già previsti per il 2017 si prevede l’aggiunta di altri 4 miliardi da effettuare progressivamente nell’arco di più anni. Sostanzialmente si autofinanzia con le risorse esistenti, allocandole in maniera drasticamente diversa, per ottenere una efficacia nettamente maggiore. Un impegno finanziario sostenibile, soprattutto se rapportato ai vantaggi sociali previsti.

In estrema sintesi, si effettua una redistribuzione delle risorse del welfare esistenti a favore delle fasce più povere, attraverso una riduzione di quelle rivolte alle fasce più abbienti.

Gli effetti sociali della riforma: eliminazione di gran parte delle famiglie in povertà assoluta, riduzione della povertà relativa delle famiglie con figli (dal 26% al 23%), trasferimento del 33% della spesa assistenziale alle famiglie con basso valore ISEE (attualmente solo il 13%): il numero delle famiglie che riceve almeno un trasferimento diminuisce dai 16,8 milioni di oggi (64,5%) a 12,6 milioni (49,2%), per far convergere maggiori risorse verso le famiglie in condizioni economiche più deboli.

Il progetto prevede un percorso di attuazione della riforma a tappe e con tempi di attuazione “non brevi”.

Per quanto riguarda i percorsi d’inclusione lavorativa dei beneficiari che non si trovano in condizione di disabilità, il rapporto riconosce che la collaborazione con i Centri per l’impiego è non soddisfacente e che i servizi sociali non hanno sviluppato competenze specifiche su questo fronte, da spendere nel miglioramento dell’integrazione con il mondo dell’inclusione lavorativa³⁸.

È questa una criticità che riguarda non solo le misure per contrastare la povertà, ma anche per l’integrazione attiva nel lavoro degli immigrati e dei richiedenti asilo e per un più rapido inserimento nel mondo del lavoro dei beneficiari di sussidi di disoccupazione.

³⁵ Ivi, p. 28.

³⁶ Ivi, p. 57.

³⁷ Ivi, p. 5.

³⁸ Ivi, p. 70.

4.2 Le proposte della Caritas

Il rapporto sulle politiche contro la povertà della Caritas *Non fermiamo la riforma*³⁹ è stato anticipato rispetto alla sua pubblicazione nella versione definitiva prevista nei primi mesi del 2017 per cogliere l'opportunità rappresentata dall'avvio del Sostegno all'Inclusione Attiva (SIA)⁴⁰ e soprattutto dell'introduzione nel nostro sistema di welfare di una misura universale e strutturale contro la povertà assoluta, il **Reddito di Inclusione (REI)**, prevista dal disegno di legge delega contro la povertà, già approvato dalla Camera è ora in discussione per il voto definitivo al Senato⁴¹.

La Caritas ritiene, infatti, che “senza una adeguata infrastruttura locale, nessuna misura di contrasto alla povertà potrà risultare efficace in un paese come il nostro, caratterizzato da profondi divari territoriali nello sviluppo dei servizi. Ed è da qui che occorre partire per rendere credibile qualunque riforma sul tema del contrasto della povertà”⁴².

Inoltre, sarebbe opportuno che le diverse forme di reddito minimo nate a livello regionale nel tentativo di arginare la crescita della povertà andassero ad integrarsi piuttosto che a sovrapporsi al SIA, in modo da ottimizzare l'uso di risorse.

In ogni caso il SIA non è una misura universale poiché, per la limitatezza delle risorse, interessa una parte ristretta della popolazione e cioè i minori: le famiglie in grave povertà (ISEE<3.000) con almeno un figlio minorenni o disabile o una donna con gravidanza accertata (tra 180.000 e 220.000, pari al 11%-14% delle famiglie in povertà assoluta).

Viceversa, il Reddito di Inclusione potrebbe rivolgersi alla maggioranza delle famiglie in povertà assoluta (1,1 milioni, pari al 70% della platea) se fossero raccolte alcune proposte di modifica (*tavola 4.4*).

Infatti, l'Alleanza contro la povertà in Italia⁴³ ha avanzato una serie di critiche al disegno di legge per il contrasto alla povertà e proposto alcune soluzioni delle criticità:

1. il REI non è (a oggi) una misura universalistica, in ragione del fatto che non è prevista una sua estensione nel tempo e non sono stati introdotti meccanismi in grado di garantire il raggiungimento di tutti i poveri assoluti. Affinché la misura possa essere estesa e diventare universalistica la copertura finanziaria finora prevista necessita non solo di essere confermata, ma anche ulteriormente rafforzata con la prossima legge di bilancio. Tale copertura è necessaria affinché si possa procedere all'avvio di un piano organico e pluriennale di lotta alla povertà e raggiungere tutta la popolazione in povertà assoluta⁴⁴;
2. particolare attenzione dovrebbe essere attribuita allo sviluppo dei servizi e quindi alla parte attiva della misura. Per supportare gli enti locali nella presa in carico dei nuclei, la delega ha infatti previsto solo dei finanziamenti europei che, per loro stessa natura, sono temporanei;
3. gli utenti del REI non hanno alcun incentivo a cercare un'occupazione poiché se percepiscono un reddito perdono il sussidio. L'Alleanza suggerisce di considerare in misura pari all'80%, piuttosto che al 100%, i redditi derivanti da un'occupazione avviata durante il periodo di fruizione della misura. Questa previsione dovrebbe riguardare i redditi sino alla soglia prevista per l'esenzione fiscale (8.000 euro nel caso di lavoro dipendente e a 4.800 nel caso di lavoro autonomo). Occorre tenere conto che nel 2017 l'ASDI – l'Assegno di Disoccupazione erogato a disoccupati che, dopo aver percepito l'indennità di disoccupazione (NASPI) per la sua intera durata, non abbiano ancora trovato lavoro e abbiano un ISEE inferiore a 5000 euro – sarà assorbito dalla nuova misura contro la povertà (REI), insieme al SIA;
4. rimane da chiarire in che modo potrà realizzarsi il coordinamento con gli schemi di reddito minimo che in alcuni casi sono già stati introdotti a seguito di iniziative locali (in particolare regionali).

³⁹ Caritas, *Non fermiamo la riforma, Rapporto 2016 sulle politiche contro la povertà in Italia*, Ottobre 2016.

⁴⁰ Istituito con il decreto interministeriale del 26 maggio 2016 “Avvio del Sostegno per l'Inclusione Attiva (SIA) su tutto il territorio nazionale”, in attuazione della legge di stabilità 2016.

⁴¹ Atto Senato n. 2494, *Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali*, in corso di esame nella 11ª Commissione permanente (Lavoro, previdenza sociale).

⁴² Caritas, *Non fermiamo la riforma, op. cit.*, p. 4.

⁴³ Alleanza contro la povertà in Italia è nata alla fine del 2013, raggruppa un insieme di soggetti sociali che hanno deciso di unirsi per contribuire alla costruzione di adeguate politiche pubbliche contro la povertà assoluta in Italia. Compongono l'Alleanza 35 organizzazioni, tra le quali: Acli, Action Aid, Anci, Azione Cattolica Italiana, Caritas Italiana, Cgil-Cisl-Uil, Cnca, Comunità di Sant'Egidio, Confcooperative, Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, Fondazione Banco Alimentare ONLUS, Forum Nazionale del Terzo Settore, Legautonomie e Save the Children.

⁴⁴ Cfr. Caritas, *Non fermiamo la riforma, op. cit.*, p. 27.

Tavola 4.4 – Il SIA, la proposta di Reddito d’Inclusione e le proposte dell’Alleanza contro la povertà in Italia

	SIA 2016	Reddito d’Inclusione (disegno di legge delega al Senato)	Proposta dell’Alleanza REIS
Localizzazione	Tutto il territorio nazionale	Tutto il territorio nazionale	Tutto il territorio nazionale
Caratteristica delle famiglie beneficiarie	Famiglie in grave povertà (ISEE<3000) con almeno un figlio minore o disabile o una donna con gravidanza accertata	Famiglie in povertà (impossibilità di disporre dell’insieme dei beni e servizi necessari per un livello di vita dignitoso) con almeno un figlio minore o gravemente disabile o donna in stato di gravidanza accertata o disoccupati di 55 anni	Famiglie in povertà assoluta
Numero di famiglie coinvolte	Tra 180.000 e 220.000 (tra 11% e 14% delle famiglie in povertà assoluta)	Ancora non è possibile stimarle	Circa 1.120.000 (oltre 70% delle famiglie in povertà assoluta)
Contributo economico previsto	80 euro mensili per ogni componente della famiglia con un massimo di 400 euro	Variabile in base alla condizione economica del nucleo in relazione alla soglia di povertà	Differenza tra il reddito disponibile del nucleo e la soglia di povertà (con il rimborso di una parte del canone di locazione)
Durata	12 mesi	Rinnovabile fino a che permane la condizione di bisogno con eventuali limiti da definire	Rinnovabile fino a che permane la condizione di bisogno
Condizionalità	Obbligo a seguire un percorso di reinserimento socio-lavorativo	Obbligo a seguire un percorso di reinserimento socio-lavorativo	Obbligo a seguire un percorso di reinserimento socio-lavorativo
Collegamento con servizi alla persona	Sì (sociali, salute, educativi, formativi, per l’impiego, abitativi)	Sì (sociali, salute, educativi, formativi, per l’impiego, abitativi)	Sì (sociali, salute, educativi, formativi, per l’impiego, abitativi)
Costo per il sostegno monetario	750 milioni	1,5 miliardi incrementabili da Leggi di Stabilità	5,6 miliardi complessivi con gradualità quadriennale
Costo per l’implementazione dei servizi	1 miliardo circa in 7 anni	1 miliardo circa in 7 anni	1,5 miliardi in 4 anni

Infine, la Caritas e l’Alleanza ritengono che il processo di riforma delle misure contro la povertà debba essere completato attraverso un piano pluriennale (2017-2020) che preveda un incremento delle risorse per arrivare nel 2020 a stanziare i 7 miliardi necessari per rivolgersi al totale della popolazione in povertà assoluta, secondo i tempi indicati nella tabella successiva (tavola 4.5). Questo piano del “gradualismo in un orizzonte definito” avrebbe molti vantaggi:

- per costruire un cambiamento ambizioso nei territori ci vuole tempo;
- per progettare un cambiamento ambizioso a livello locale servono certezze sul futuro;
- per evitare tensioni sociali bisogna dichiarare all’inizio i passi successivi nell’ampliamento dell’utenza;
- si trasformano le inevitabili difficoltà realizzative in un’opportunità per migliorare le risposte;
- diluire il necessario incremento di spesa nel tempo lo rende meglio sostenibile dal bilancio pubblico;
- la sua sostenibilità attuativa rende un simile Piano l’unica strada possibile per costruire un nuovo welfare di qualità.

Tavola 4.5 – Il piano di finanziamento delle misure contro la povertà proposto dall’Alleanza contro la povertà

LA “RIFORMA COMPLETA”: UN ESEMPIO DI PIANO			
Annualità	Spesa totale (miliardi euro)	Spesa rispetto ad anno precedente (miliardi euro)	Utenza rispetto ad anno precedente
Anno 1 (2017)	2	-	
Anno 2 (2018)	3,66	+1,66	Ampliata
Anno 3 (2019)	5,32	+1,66	Ampliata
Dall’anno 4 (2020) in avanti	7	+1,66	Tutti i poveri assoluti

4.3 Le proposte di Easy Care

La Fondazione Easy Care nel suo rapporto *La dote e la rete - Una policy e un modello per le non autosufficienze*⁴⁵ analizza principalmente la sua proposta relativa alla sostituzione dell'indennità di accompagnamento con una nuova misura **La dote**, che ha molti punti di contatto con la **Dote di cura** proposta dall'ARS, ma anche elementi di differenza.

La stessa Fondazione ha annunciato un nuovo rapporto sui *Modelli innovativi di assistenza socio-sanitaria per anziani*, in collaborazione con CER GAS Università Bocconi, che non è stato ancora reso disponibile. Occorre precisare che la Fondazione è partner di servizi profit, soprattutto nel settore del welfare aziendale.

La critica nei confronti dell'indennità di accompagnamento si basa su molte delle considerazioni già avanzate da altre organizzazioni:

- è adatta alle persone anziane che hanno bisogno di *long term care* e non ai giovani invalidi che necessitano di servizi e strumenti per aumentare la propria autonomia;
- non tiene conto della gravità della disabilità e delle condizioni di reddito dei beneficiari;
- non realizza il necessario mix tra misure monetarie e fornitura di servizi;
- non prevedendo alcuna rendicontazione, incentiva il lavoro nero;
- non è personalizzata: “la personalizzazione, se fatta con competenza professionale e organizzativa, è invece uno dei modi migliori per allocare risorse economiche in modo efficiente/efficace, sia nel momento della prima presa in carico, che nelle successive eventuali rimodulazioni”⁴⁶.

Per queste ragioni Easy Care propone la riforma dell'istituto basandola su tre cardini: Sviluppo, sussidiarietà e libera scelta del cittadino. “Riorganizzare il modo di utilizzare le risorse impiegate, pubbliche e private, in modo integrato e sussidiario, può innestare processi virtuosi di sviluppo economico e sociale che contribuiranno ad innalzare ulteriormente la capacità di protezione di cui ognuno necessita. Questo non solo e non tanto perché si impedirebbero fenomeni di finanziamento del lavoro nero, ma perché si trasformerebbe un contributo economico, che nella maggior parte dei casi viene utilizzato nella forma di consumo/autoproduzione personale/familiare, in risorse che vanno ad incrementare redditi di impresa con tutto ciò che positivamente ne consegue”⁴⁷.

La proposta deriva anche dal lavoro di ricerca e di costruzione che la Fondazione Easy Care ha avviato e portato avanti dal 2006, sempre in collaborazione con CER GAS Bocconi, per definire prima, sperimentare successivamente e sviluppare oggi un modello innovativo di erogazione di servizi alla persona: Prontoserenità®. “Il progetto Prontoserenità® si basa sull'organizzazione di un **Social Advisor** per la promozione e il coordinamento di **network solidali**. L'obiettivo è realizzare, attraverso uno o più network di soggetti erogatori, la rete di servizi più completa possibile ed offrire alle famiglie risposte coerenti, efficaci ed economicamente sostenibili, in relazione all'evolvere dei bisogni sanitari e di cura della persona fragile.

In particolare Prontoserenità® agisce captando i bisogni, realizza e coordina una rete territoriale di operatori, anche eterogenei tra di loro, in grado di offrire competenze e servizi qualificati e idonei a soddisfare profili assistenziali molto diversificati. Così operando, il modello è in grado di garantire alla famiglia la continuità e l'appropriatezza del profilo assistenziale, coerentemente con i bisogni espressi dal soggetto fragile, potendo così segnalare ed offrire nuovi servizi in grado di prevedere un *upgrading* dell'intensità assistenziale.

Prontoserenità® sviluppa e gestisce processi assistenziali seguendo un approccio basato sull'innovazione, sulla facilitazione del rapporto tra programmazione pubblica ed erogazione privata, nonché sul coordinamento e integrazione tra risorse e competenze pubbliche e private”⁴⁸.

In grande sintesi, la Fondazione Easy Care propone la trasformazione dell'erogazione monetaria dell'indennità di accompagnamento in accesso ad un pacchetto di servizi: **la dote di cura**.

Il meccanismo proposto da Easy Care è la costituzione di un fondo personale costituito dalla cifra oggi stabilita per l'indennità di accompagnamento, che può essere utilizzato in forma diversificata nel tempo, per sostenere

⁴⁵ Fondazione Easy Care, *La dote e la rete - Una policy e un modello per le non autosufficienze*, 2016.

⁴⁶ Ivi, p. 17.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ <http://www.easy-care.it/it/progetto-pronto-serenita>

esigenze mutevoli. Il diritto al fondo personale sarà definito dall'ente pubblico nelle forme attuali (INPS), ma il cittadino avrà l'obbligo di acquisire prestazioni, accedendo ad un servizio di *care manager* che, attraverso una presa in carico globale, restituirà un piano personalizzato composto da tutto ciò che è necessario a soddisfare le esigenze rilevate. L'insieme delle prestazioni potrà essere acquisito da network di erogatori che saranno chiamati a rendicontare l'efficacia e la qualità dei servizi forniti.

Le componenti del modello **La dote e la rete** sono tre:

- il fondo personale;
- il piano di assistenza individuale (PAI);
- il *care manager hub* (CMH).

Il fondo personale è costituito dalle risorse oggi erogate per l'indennità di accompagnamento o altra risorsa erogata dallo Stato, a cui aggiungere, a seconda della disponibilità, eventuali risorse integrative personali, per esempio relative ai fondi previdenziali e sanitari integrativi, le coperture assicurative private.

Il PAI è l'assetto dei bisogni socio-assistenziali che prevede, a seconda della condizione di bisogno, interventi dai più leggeri, per esempio di compagnia e sostegno, ai più strutturati, come l'assistenza a domicilio con personale sanitario o quella residenziale e semiresidenziale, anche di sollievo.

Il *care manager hub* è l'impresa sociale non profit, intesa come soggetto plurale, che coordina e integra (funzione aumentativa ed effetto leva) il network di soggetti (imprese sociali non profit e profit) che professionalmente prendono in carico le esigenze della persona e del nucleo familiare.

Ovviamente, questo modello presuppone che l'Ente pubblico accrediti il *care manager hub* per l'erogazione di questi servizi e che il cittadino, titolare della dote, possa scegliere quale impresa sociale utilizzare. Un modello simile è in atto nella Regione Lombardia con la "dote lavoro" e in Italia, dopo l'approvazione del jobs act, con l'assegnamento di ricollocazione che è sostanzialmente un voucher che consente al disoccupato percettore di NASpI da oltre 4 mesi, di spenderlo presso centri per l'impiego pubblici o soggetti privati accreditati per ottenere un servizio di assistenza intensiva nella ricerca di lavoro.

La differenza tra la **dote di cura** proposta dalla Fondazione Easy Care e quella di ARS risiede sostanzialmente nelle modalità del suo utilizzo: nel primo caso "la famiglia ed il cittadino intestatario del diritto dovranno obbligatoriamente rivolgersi ad un *care manager*"⁴⁹, mentre nel secondo "viene data la possibilità di scegliere tra una somma di denaro (versione cash) e il corrispettivo di un voucher utilizzabile per fruire di servizi domiciliari (versione care)"⁵⁰.

La proposta di Easy Care è basata sostanzialmente sulla figura del *care manager* che "dovrà anche fungere da garante del cittadino nei confronti degli erogatori di servizi, monitorando la quantità, la qualità, l'efficienza e l'efficacia di quanto definito ed erogato. Allo stesso modo dovrà garantire il sistema pubblico garantendo, nel monitoraggio, un alto livello dei risultati, in particolare per quanto riguarda l'efficacia del piano individuale"⁵¹.

La proposta di Easy Care s'inserisce in una visione di "welfare universalistico a sussidiarietà variabile", "che integra il presidio delle categorie di cittadini caratterizzati da una situazione socio economica che ha bisogno, in modo ineludibile, della copertura totale pubblica, con il presidio a copertura mista per le categorie a minore debolezza, fragilità e vulnerabilità, nonché con una capacità di reddito che permetta di integrare il costo dei servizi di welfare sociale offerti"⁵². Infatti, lo Stato è sempre meno in grado di rispondere alla crescente domanda di servizi, a fronte della scarsità delle risorse disponibili, e tende di conseguenza a diminuire e a standardizzare la qualità dei servizi offerti, con un aumento dei costi e delle inefficienze. Ciò porta alla necessità di riconoscere e promuovere le attività, in termini di prestazioni sociali, che i privati possono e intendono svolgere autonomamente.

"L'esigenza di far fronte ai bisogni di welfare in un contesto di diminuzione di risorse dedicate trova uno sbocco nel welfare mix, inteso come integrazione tra pubblico e privato sociale (non profit e profit), in una logica di partenariato nella produzione ed erogazione di servizi di pubblica utilità; modello in cui lo stato, le regioni, gli enti locali e il terzo settore operano insieme per l'organizzazione e la gestione del sistema integrato

⁴⁹ Ivi, p. 33.

⁵⁰ ARS, *Costruiamo il Welfare dei Diritti*, op. cit., p. 49.

⁵¹ Fondazione Easy Care, *La dote e la rete*, op. cit., p. 34.

⁵² Ivi, p. 52.

di servizi, secondo i principi di sussidiarietà (integrazione e collaborazione), efficacia, efficienza, economicità, omogeneità e autonomia degli enti locali⁵³.

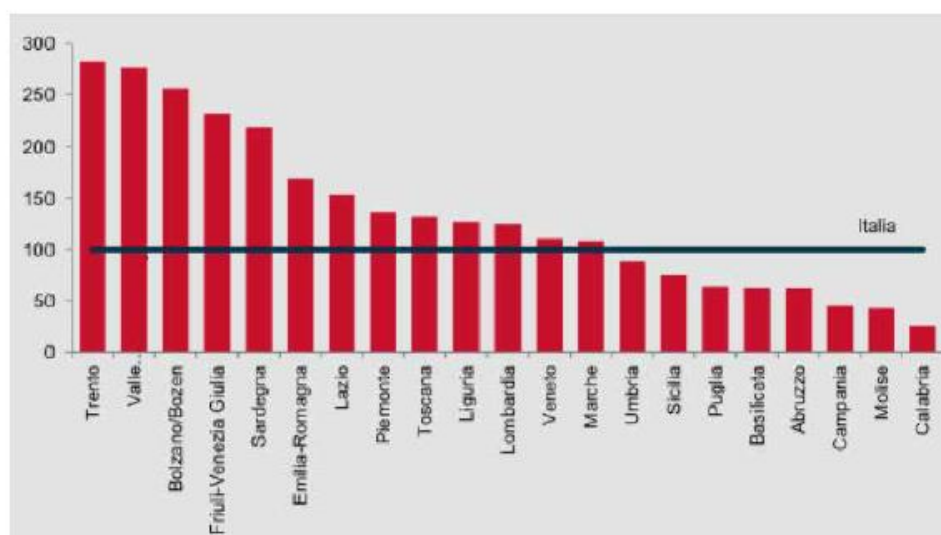
Il rapporto contiene anche una parte di analisi della spesa per gli interventi assistenziale dei comuni: secondo l'ISTAT, nel 2011 i comuni italiani hanno destinato alle politiche di welfare territoriale 7 miliardi e 27 milioni di euro, con una diminuzione dell'1% rispetto al 2010. Tale dato va considerato al netto della compartecipazione dei cittadini e dei fondi del SSN. In termini pro capite, sono stati destinati 115,7 euro per abitante, contro i 117,8 euro del 2010, confermando un cambiamento netto rispetto agli anni precedenti - tra il 2003 e il 2009 si era registrato un incremento del 6%.

Insieme alla diminuzione delle risorse stanziare permangono o si acquiscono le differenze geografiche. Le risorse proprie messe a disposizione dai comuni per la spesa sociale sono molto più basse al Sud rispetto al Nord e al Centro. Nelle regioni meridionali, inoltre, si è registrato il calo più consistente, del 5%, tra il 2010 e il 2011, mentre al Nord in media si è registrata una diminuzione del 2% e un aumento dell'1% al Centro e nelle isole. In termini di spesa pro capite la variabilità va da meno di 50 euro mediamente spesi nei comuni della Calabria agli oltre 250 euro in quelli trentini (tavola 4.6 e figura 4.2).

Tavola 4.6 – Spesa sociale dei comuni singoli per fonti di finanziamento e ripartizione geografica, anno 2011

RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Fondo indistinto per le politiche sociali	Fondi regionali per le politiche sociali dello stato	Fondi vincolati per le politiche sociali dello stato o da UE	Altri trasferimenti da enti pubblici	Trasferimento fondi da privati	Risorse proprie del comune	Risorse proprie degli enti associativi	Totale in %
Nord-ovest	9,5	11,9	2,7	2,9	1,3	70	1,7	100
Nord-est	13,1	18,4	1,6	1,4	1,6	62	1,9	100
Centro	7,5	17,1	3,8	1,6	0,9	67,1	2	100
Sud	20,4	10,1	4,6	6,6	0,5	55,7	2,1	100
Isole	24,5	34,5	3,3	0,8	0,6	36,1	0,2	100
Italia	12,4	17,1	2,9	2,2	1,2	62,5	1,7	100

Figura 4.2 – Spesa sociale dei comuni singoli per regione, pro capite, anno 2011



⁵³ Ivi, p. 59.

4.4 Le proposte di Radicali italiani

Bla, bla ...

Bibliografia

Aaberge Rolf e Brandolini Andrea, *Multidimensional poverty and inequality*, Banca d'Italia, Working Papers, 2014.

ARS, *Costruiamo il Welfare dei Diritti - Ridefinire le politiche sociali su criteri di equità e di efficacia*, 2016.

Baldini Massimo e Pacifico Daniele, *Stime sul costo e sugli effetti distributivi di programmi di contrasto alla povertà*, 2014.

Banca d'Italia, Senato della Repubblica, *Audizione preliminare sulla delega al Governo per riordinare e potenziare le misure a sostegno dei figli a carico* (A.S. 1473). Testimonianza del Capo del Servizio Struttura economica della Banca d'Italia Paolo Sestito. Roma, 11 ottobre 2016.

Brandolini Andrea, Magri Silvia and Smeeding Timothy M., *Asset-based measurement of poverty*, Banca d'Italia, Working Papers, 2010.

Caritas- Alleanza contro la povertà, *Osservazioni al disegno di legge delega recante norme relative al contrasto alla povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali*, 1 febbraio 2016,

Caritas, *Non fermiamo la riforma, Rapporto 2016 sulle politiche contro la povertà in Italia*, Ottobre 2016.

Caritas-REIS, *Reddito d'inclusione sociale - Proposta per un patto aperto contro la povertà*, 2013.

Cicciomessere Roberto, *Salari uguali per tutti? meno occupazione, più lavoro nero e grigio nel Mezzogiorno*, Strade, 30 novembre 2015.

Cicciomessere Roberto, *Voucher universale: ragioni e obiettivi della proposta, Perché istituire un voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia? Quali sono i risultati attesi della riforma?*, Percorsi di secondo welfare, 10 giugno 2014.

Dente Giancarlo e Fiorani Giuseppe (a cura di), *Povertà ed inclusione sociale in Italia: sfide e cambiamenti all'inizio della nuova programmazione dei fondi strutturali*, Quaderni della Fondazione Giacomo Brodolini, giugno 2016.

Fondazione Easy Care, *La dote e la rete - Una policy e un modello per le non autosufficienze*, 2016.

Fondazione Easy Care, *Modelli innovativi di assistenza socio-sanitaria per anziani* (annunciato, ma non ancora disponibile), 2016.

Fosti Giovanni e Notarnicola Elisabetta (a cura di), *Il Welfare e la Long Term Care in Europa, Modelli istituzionali e percorsi degli utenti*, Milano, Egea, 2014.

Immervoll Herwig, *Reforming the Benefit System to 'Make Work Pay': Options and Priorities in a Weak Labour Market*, IZA Policy Paper No. 50, November 2012.

INPS, *XV Rapporto annuale*, luglio 2016.

IRCCS-INRCA, *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 5° Rapporto, Un futuro da ricostruire*, Maggioli editore, 2015.

Istat, *Il sistema della protezione sociale e le sfide generazionali*, in "Rapporto annuale 2016", capitolo 5, 2016.

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

Istat, Senato della Repubblica, 11° Commissione, *Audizione del Presidente dell'Istituto nazionale di statistica Giorgio Alleva sulle Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone affette da disabilità grave prive del sostegno familiare*, 5 aprile 2016.

Istat, Senato della Repubblica, 11° Commissione, *Audizione dell'Istituto nazionale di statistica Dott.ssa Cristina Freguja Direttore centrale delle statistiche socio-economiche su Disegno di legge C. 3594 Governo. Delega recante norme relative al contrasto della povertà, al riordino delle prestazioni e al sistema degli interventi e dei servizi sociali*, 14 marzo 2016.

McKinsey Global Institute (MGI), *Independent Work: Choice, Necessity, and the Gig Economy*, 2016.

Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Verso la costruzione di un istituto nazionale di contrasto alla povertà*, Rapporto del Gruppo di lavoro sul reddito minimo, 2014.

Ministero federale del lavoro e degli affari sociali (Germania), *Sicurezza sociale in sintesi*, 2016.

OECD, *Education at a Glance 2016*, OECD Indicators, 2016.

Ranci Ortigosa Emanuele, *Più equità nel sistema assistenziale*, Lavoce.info, 18 dicembre 2015.

Stancanelli Elena, *Institutional long-term care and government regulation, Focus on family and portable allowances to lower the costs of institutional long-term care while monitoring its quality*, IZA World of Labor, 2015.

Vaughan-Whitehead Daniel, *Europe's Disappearing Middle Class? Evidence from the world of work*, ILO, 2016.