Ministero della Solidarietà Sociale

Rapporto nazionale sulle strategie per la protezione sociale e l'inclusione sociale 2006-2008

Ministero del Lavoro e della previdenza sociale
Solidarietà sociale della Salute

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

Novembre 2006

Il RAPPORTO NAZIONALE
SULLE STRATEGIE PER L'INCLUSIONE E LA PROTEZIONE SOCIALE E LE CURE SANITARIE

I Parte

COMMON OVERVIEW

1. VALUTAZIONE SITUAZIONE SOCIALE

1.1 Il contesto economico generale pag. 6
1.2. Il mercato del lavoro pag. 6
1.3 La spesa sociale pag. 7
1.4 La povertà e altri indicatori di performance dello stato sociale italiano pag. 7

2. APPROCCIO STRATEGICO DI INSIEME

2.1. Gli obiettivi della strategia pag. 9
2.2. Rapporto tra il Piano di Riforma Nazionale e la strategia di protezione ed inclusione sociale pag.11
2.3. Governance pag.12
Il nuovo partenariato tra i livelli di governo pag.12
La partecipazione delle formazioni sociali pag.13

3. MESSAGGI GENERALI

II Parte

PIANO D'AZIONE NAZIONALE PER L'INCLUSIONE SOCIALE

LA POVERTA' IN ITALIA ED ALTRI DATI DI CONTESTO GENERALE pag.14

DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA
- OBIETTIVI GENERALI pag.17
- PRIORITA' pag.19
- AZIONI, PROGETTI, STRUMENTI:

1. ACCESSO AI DIRITTI ed AI SERVIZI

1.1 Accesso ai diritti: definizione dei livelli essenziali di assistenza pag.23

1.2 Accesso ai servizi

Analisi e valutazione della domanda e dell'offerta dei servizi sociali pag.24

Asili nido pag.25

Piano di intervento di servizi e prestazioni per le persone anziane pag.26

2. LOTTA ALLA POVERTA'

Il sistema di sostegno ai redditi pag.27

Interventi specifici per il contrasto alla povertà ed al disagio dei minori pag.28

Gli interventi per ridurre il disagio abitativo pag.29

Il contributo del volontariato, dell'associazionismo di promozione sociale.

L'economia sociale e la responsabilità sociale delle imprese pag.30

2.1 Le povertà estreme pag.31

3. RAFFORZARE I PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE PER SPECIFICI GRUPPI

3.1 Gli interventi in favore delle persone immigrate pag.31

L'integrazione scolastica degli studenti stranieri pag.32

Minori stranieri non accompagnati pag.33

Le minoranze – I Rom pag.33

3.2. L'inclusione delle persone con disabilità pag.34

4. INNALZAMENTO E STABILIZZAZIONE DEI LIVELLI DI PARTECIPAZIONE AL MERCATO DEL LAVORO pag.35

4.1 Integrazione occupazionale: precondizioni sociali e strumenti d'inserimento occupazionale pag.36

L'occupazione femminile pag.36

Un piano per i giovani pag.37

5. IL DIVARIO NORD – SUD pag.39

6. QUADRO GENEREALE SULLE RISORSE FINANZIARIE
6.1 Il fondo nazionale per le politiche sociali pag.41
6.2 Uso dei fondi comunitari con particolare riferimento al FSE pag.41
6.3 Quadro Strategico Nazionale:
- Programmazione comunitaria 2007-2013 pag.41

7. LA GOVERNANCE
7.1 Un nuovo patto tra i livelli di governo pag.43
7.2 Il processo di costruzione del presente Rapporto pag.44
7.3. *Mainstreaming* delle politiche per l'inclusione sociale pag.45

8. IL SISTEMA DI MONITORAGGIO
del Piano nazionale per l'inclusione sociale pag.45

III Parte

RAPPORTO SULLA STRATEGIA NAZIONALE PER LE PENSIONI

INTRODUZIONE pag.48

1. AGGIORNAMENTO DEI RAPPORTI STRATEGICI NAZIONALI pag.49
1.1 Modifiche relative al sistema di previdenza integrativa privata esistente in Italia pag.50
1.2 Modifiche relative al sistema di cumulo dei periodi contributivi per il sistema pubblico pag.50
1.3 Modifiche inserite all'interno della proposta di legge finanziaria per il 2007 pag.51

2. MEMORANDUM GOVERNO - PARTI SOCIALI
PER LA REVISIONE DEL SISTEMA PREVIDENZIALE pag.53

IV Parte

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

INTRODUZIONE pag.55

1- **BREVE DESCRIZIONE DEL SISTEMA "CURE SANITARIE"** pag.56
1.1 Superamento delle disuguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria pag.58
1.2 Dalla sanità alla salute: promozione della salute, partecipazione dei cittadini, sanità come risorsa pag.60
1.3 Le risorse e la promozione del loro utilizzo ottimale pag.62

2 - CURE A LUNGO TERMINE
2.1 Accessibilità dell'assistenza sanitaria ed equità pag.64
2.2 Qualità: centralità del soggetto e presa in carico globale pag.65
2.3 La programmazione integrata: efficace strumento di governance di sistema pag.66

3 - BUONE PRATICHE
3.1 Il Piano Nazionale di prevenzione attiva pag.68
3.2 I Consultori pag.69
3.3 Immigrati e fasce sociali svantaggiate pag.69

V Parte

ALLEGATI

I Parte
COMMON OVERVIEW

1. VALUTAZIONE DELLA SITUAZIONE SOCIALE[1]

1.1 Il contesto economico generale

La prima metà di questo decennio è stata per l'Italia tra i periodi più difficili dell'ultimo mezzo secolo: mai la crescita in un quinquennio era stata così bassa e la stagnazione economica così prolungata. Il tasso di crescita del PIL, infatti, tra il 2001 e il 2005 non è andato oltre una media dello 0,6% l'anno, poco più di un terzo di quanto registrato nel decennio precedente, quando già si osservava un rallentamento. Nel 2005 la crescita è stata nulla. Tuttavia, in un contesto di congiuntura mondiale favorevole, segnali di ripresa stanno emergendo anche in Italia. Nella prima metà del 2006, il tasso di crescita del Pil è stato positivo (in termini congiunturali, 0,7 nel primo trimestre, 0,5 nel secondo) e il Governo prevede che alla fine dell'anno possa essere superiore alle aspettative, portandosi all'1,6% per l'intero 2006.

La situazione di finanza pubblica si è deteriorata negli ultimi anni: ad una lunga fase di risanamento proseguita per tutti gli anni novanta, che aveva portato l'indebitamento netto quasi ad annullarsi (partendo da valori superiori al 10% del Pil) e il debito pubblico a ridursi (quasi 20 punti percentuali), ha fatto seguito, nella prima metà dell'attuale decennio, una minore capacità di mantenere in equilibrio la finanza pubblica, con un indebitamento netto riportatosi a valori superiori al 4%, un saldo primario praticamente annullatosi dopo essere stato intorno al 6% alla fine degli anni novanta e il debito pubblico in crescita, invertendo il percorso decennale di rientro verso gli obiettivi concordati a Maastricht. Recuperare una stabilità della finanza pubblica diventa pertanto una priorità dell'azione di governo e, per evitare che ciò porti ad una minore coesione sociale, il risanamento deve avvenire in maniera equa e orientata allo sviluppo, come già dimostra il disegno di legge finanziaria per il 2007 che il nuovo Governo ha presentato in Parlamento.

1.2 Il mercato del lavoro

Le difficoltà di sviluppo economica del passato quinquennio hanno avuto effetti anche sull'occupazione, essendosi sostanzialmente interrotto il ciclo favorevole di crescita che si era avviato nella seconda metà degli anni 90: nel triennio 2003-05 il tasso d'occupazione è infatti stato sostanzialmente fermo intorno al 57,5%, mentre nei cinque anni precedenti era cresciuto in media di quasi un punto l'anno. Anche in questo caso incoraggianti segnali di ripresa si osservano nel 2006, soprattutto nel secondo trimestre, quando il tasso d'occupazione si è collocato al 58,9% (+ 1,2 punti percentuali rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente).

In generale, tuttavia, il mercato del lavoro sembra aver retto bene di fronte al ciclo economico negativo. Il tasso di disoccupazione, che stava diminuendo alla fine degli anni 90, ha comunque continuato a ridursi per tutti gli anni 2000 ed è ormai stabilmente al di sotto della media comunitaria: nel secondo trimestre del 2006 è al 7% (dato destagionalizzato), il valore più basso da più di 20 anni. La riduzione ha riguardato anche le lunghe durate, che tradizionalmente caratterizzavano la disoccupazione italiana: le persone alla ricerca di lavoro da più di un anno hanno rappresentato, nel 2005, meno del 4% della forza lavoro, lo stesso livello della media comunitaria. Le tendenze positive hanno riguardato anche le figure con minore partecipazione – le donne e i lavoratori anziani: il tasso di occupazione femminile è ancora tra i più bassi d'Europa (al 46,7% nel II trimestre 2006), ma nell'ultimo decennio è cresciuto cumulativamente di quasi dieci punti percentuali, costituendo il contributo maggiore alla crescita dell'occupazione complessiva; il tasso

[1] La valutazione della situazione sociale è operata attraverso l'uso degli indicatori comuni a tutti i paesi membri adottati dal Comitato di protezione sociale nel 2006.

di occupazione dei lavoratori in età avanzata (55-64 anni), dopo la rilevante riduzione degli anni 90, ha ripreso a crescere ed è oggi sopra il 30%. Restano notevolissime le differenze tra il Mezzogiorno e il resto del paese.

1.3 La spesa sociale

Nel 2005 le spese per prestazioni di protezione sociale sono state in Italia il 25,6% del Pil, per la quasi totalità (più di nove decimi) operate dalle amministrazioni pubbliche. La dinamica della prima metà del decennio è stata più accentuata rispetto a quella del Pil (quest'ultima, come detto, storicamente bassa), per cui si è osservata una crescita nella quota del prodotto destinata alla spesa sociale di circa un punto rispetto agli inizi del decennio. Nonostante ciò, la spesa per prestazioni sociali e per le altre funzioni del welfare, resta ancora al di sotto della media comunitaria di circa 1,5 punti percentuali (il 2003 è l'ultimo anno disponibile per il confronto). In particolare, meno del 4 % è destinato alla spesa per le famiglie, rispetto ad una media europea dell'8%.

In termini prospettici, l'Italia si trova a fronteggiare un notevole "rischio demografico" dai potenziali effetti negativi sulla sostenibilità finanziaria di lungo periodo degli attuali livelli di spesa sociale: infatti, il tasso di dipendenza degli anziani (numero di ultrasessantacinquenni sulla popolazione in età da lavoro), già oggi il più alto d'Europa con valori appena sotto il 30%, è destinato a raddoppiare prima del 2040. Va detto, però, che le riforme pensionistiche degli anni 90 hanno estremamente ridotto il rischio di sostenibilità finanziaria del nostro sistema di *welfare*, tant'è che le stime del Comitato di politica economica di ECOFIN prevedono un incremento della spesa sociale totale di 1,7 punti nel 2050 rispetto ai livelli attuali (circa la metà dell'aumento medio atteso a livello comunitario e l'incremento minore previsto tra i paesi più grandi della UE). Ciò comporterà una riduzione delle prestazioni pensionistiche pubbliche future teoriche – sempre stimate al 2050 – di 15 punti percentuali rispetto all'ultima retribuzione (stime del Sottogruppo Indicatori del Comitato di protezione sociale comunitario, per una figura tipo che va in pensione a 65 anni con 40 anni di carriera lavorativa), riduzioni che dovrebbero però essere compensate dallo sviluppo della previdenza complementare con la destinazione del TFR ai relativi fondi e dal postponimento dell'età di ritiro dal mercato del lavoro[2].

La più alta percentuale di anziani in Europa fa sì che la distribuzione delle prestazioni sociali italiana sia fortemente orientata a favore delle spese a tutela della vecchiaia e superstiti (più del 60% del totale della spesa contro una media comunitaria inferiore al 50%). Va però considerato che sul sistema pensionistico italiano si sono storicamente scaricate anche componenti legate ad altre funzioni (tipicamente di ammortizzazione sociale e sostituzione di spese legate alla funzione disoccupazione) e che la valutazione dei dati al lordo del prelievo fiscale non consente un corretto confronto internazionale. A prescindere da queste considerazioni, sulla base delle quali la distribuzione della spesa italiana sarebbe più simile a quella comunitaria, restano cronicamente poco sviluppate nel sistema nazionale le spese a protezione della disoccupazione, per le politiche abitative e per la lotta all'esclusione sociale: il nuovo Governo nel corso della legislatura intende intervenire in questi ambiti innovando sulla tradizione negativa precedente.

1.4 La povertà e altri indicatori di *performance* dello stato sociale italiano

L'Italia è tra i paesi a più alta incidenza di povertà relativa e a più alta disuguaglianza nell'ambito dell'Unione Europea. Nel 2003 – unico anno attualmente disponibile della nuova indagine comunitaria sui redditi e le condizioni di vita (EU-Silc) – il 19% della popolazione italiana si collocava sotto la soglia che a livello comunitario definisce il rischio di povertà (pari al 60% del reddito mediano equivalente[3] nazionale); si tratta di circa 3 punti percentuali in più della media

[2] Si rimanda per un'analisi in dettaglio dei tassi di sostituzione e di altri indicatori pensionistici all'Allegato sul sistema pensionistico.

[3] Per equivalente si intende il reddito familiare normalizzato per un parametro derivato da una scala di equivalenza. La scala in uso a livello comunitario è la cd. "OCSE modificata"

UE[4]. Allo stesso tempo, al 20% più ricco della popolazione andavano 5,6 volte le risorse a disposizione del 20% più povero, contro una media comunitaria di 4,8. L'Italia è anche un paese ad alta intensità di povertà: il reddito del povero "mediano" (quello cioè che sta a metà nella distribuzione dei redditi tra le persone a rischio di povertà) è in Italia solo tre quarti della soglia sopra definita, mentre nella maggior parte dei paesi membri è quattro quinti o di più. Il rischio di povertà in Italia diminuisce con l'età: ha un massimo pari al 26% per i bambini (0-15 anni) e si riduce fino al 16% per gli anziani (più di 65 anni), unica classe d'età per la quale il tasso di povertà è inferiore – di circa due punti – a quello comunitario, a testimonianza di un sistema pensionistico che ha permesso finora di proteggere contro il rischio di povertà persone che, non essendo più in età da lavoro, non hanno altra possibilità di produrre reddito.

Per analizzare la dinamica della povertà, non avendo a disposizione una serie storica comunitaria, si deve far riferimento al dato di corrente utilizzo a livello nazionale, basato però su una diversa metodologia (è definita povera dall'Istat una famiglia di due persone che consumi meno del consumo medio pro-capite nazionale[5]). La dinamica degli ultimi anni non è soddisfacente: nel quinquennio 2001-2005 il tasso di povertà non ha manifestato una tendenza alla riduzione, oscillando tra l'11% e il 12% delle famiglie, corrispondenti a più del 13% degli individui (il dato con metodologia nazionale, per le diverse convenzioni adottate, non è confrontabile con quello comunitario)[6]. Il confronto nello spazio e nel tempo impone quindi la lotta alla povertà come una priorità della futura azione di Governo, gli sforzi dovranno essere concentrati soprattutto sulle famiglie con figli.

Il lavoro è indubbiamente una condizione necessaria per uscire da una condizione di povertà e ciò è tanto più vero in Italia dove il tasso di attività è tra i più bassi della UE[7] (al 62,5% contro una media comunitaria superiore al 70%). Ma il solo il lavoro può non essere sufficiente: deve trattarsi anche di "buona" occupazione, visto che in Italia, tra le persone a rischio di povertà, una su quattro ha un lavoro e che, tra le persone che lavorano, una su 10 è a rischio di povertà. Deve inoltre trattarsi di occupazione anche per tutti i membri della famiglia abili al lavoro: il tasso di povertà tra i bambini è il più alto d'Europa (fatta eccezione per la Slovacchia) pur essendo, viceversa, tra i più bassi d'Europa il numero di minori che vive in famiglie in cui nessuno lavora (il 5,6% contro il 9,6 della media UE).

Crocevia di qualunque intervento che voglia ad un tempo ridurre la povertà e l'esclusione sociale, migliorare la situazione nel mercato del lavoro e, più in generale, rilanciare lo sviluppo del paese, non può che essere il Mezzogiorno, visto che il dramma del ritardo storico di quest'area rispetto al resto del paese è ancora lontano dal trovare soluzione. Il tasso di povertà regionale è qui quasi cinque volte il livello del Centro-Nord. Le disparità tra i tassi di occupazione regionali (misurate con il coefficiente di variazione) sono maggiori che quelle per le regioni europee prese nel loro insieme.

---

[4] Va sottolineato che i dati sopra riportati fanno riferimento ad un concetto di povertà relativa, definita cioè non rispetto ad uno standard *assoluto* (ad esempio, la possibilità di acquistare i beni e i servizi che garantiscono una vita dignitosa) ma ad uno *relativo* come il reddito mediano nazionale: in altri termini, le reali condizioni di vita che definiscono la povertà non sono uguali in tutti i paesi e in un paese ad alta povertà possono essere migliori di quelle di un paese a bassa povertà se il livello di reddito (mediano) nel primo è più alto che nel secondo. Da questo punto di vista, può aiutare il confronto comunitario tra le soglie di povertà valutate in termini di potere d'acquisto: la situazione italiana è in tal senso migliore di quella di tutti i paesi dell'allargamento, ma comunque non è così se il confronto è limitato ai vecchi Quindici, tra i quali solo gli altri paesi mediterranei presentano valori della soglia inferiori a quello italiano in termini di capacità d'acquisto.

[5] Rispetto alla definizione comunitaria, quindi, si utilizza una diversa variabile – i consumi invece che il reddito – e una diversa soglia – basata sulla media pro-capite invece che la mediana equivalente. La scala di equivalenza usata nel caso nazionale (per famiglie diverse da quella di riferimento con due persone) è la cd. scala Carbonaro. Infine, si osservano le famiglie e non gli individui. I dati pertanto non sono confrontabili perché frutto di diverse convenzioni.

[6] Allegata a questa piano vi è una dettagliata analisi della povertà sulla base delle definizione nazionale.

[7] Valori inferiori si registrano solo a Malta e in Ungheria.

Un'attenzione particolare deve essere rivolta all'istruzione e formazione dei giovani: ancora troppo pochi sono quelli che proseguono gli studi fino a livelli superiori. I giovani tra i 18 e i 24 anni che non hanno conseguito un titolo di istruzione secondaria sono in Italia il 22% contro una media comunitaria del 15%; solo Spagna e Portogallo stanno peggio.

2. APPROCCIO STRATEGICO DI INSIEME

2.1. Gli obiettivi della strategia

Il Documento di Programmazione economica e finanziaria 2007-2011 varato nel giugno di quest'anno, sottolinea, nel quadro complessivo della strategia politica del governo nel prossimo quinquennio e sulla base dell'analisi dei dati di contesto, l'obiettivo prioritario di coniugare la crescita economica con il risanamento delle finanze pubbliche e l'equità sociale, quale base per uno sviluppo sostenibile e duraturo. Lo sforzo di riconversione dell'economia pubblica e privata deve essere equamente distribuito e in tale processo gli strati sociali più deboli e le generazioni future debbono essere adeguatamente protetti. Tali obiettivi sono in linea con quanto confermato dai Consigli di Primavera degli ultimi due anni: la crescita e l'occupazione sono al servizio della coesione sociale.

Il documento di programmazione indica come l'equità sociale si costruisce a partire dalla riduzione delle condizioni di povertà nel paese e l'interazione delle politiche economiche, occupazionali e di inclusione sociale. Si deve mirare ad un innalzamento significativo del livello di benessere delle famiglie e degli individui, assicurando la loro partecipazione al mercato del lavoro, l'accesso e il godimento pieno dei diritti di cittadinanza, la partecipazione alla vita del paese in ogni ambito e alle medesime condizioni. La povertà delle famiglie con minori e con giovani adulti rappresenta una reale emergenza economica e sociale ed e' pertanto una delle priorità dell'agenda di governo, condivisa da regioni e autonomie locali.

Gli obiettivi sono quindi:

1. imprimere una significativa riduzione dei livelli di povertà (in particolare al sud), nel contesto delle scelte politiche di risanamento nell'equità e nella crescita, con una riforma incisiva del sistema di distribuzione e sostegni al reddito (con misure fiscali e trasferimenti monetari), con lo sviluppo dell'occupazione di qualità, con interventi ad hoc per ridurre le disparità territoriali e tutelare le fasce deboli, incentivando in particolare la presenza femminile e dei giovani nel mercato da lavoro ed assicurando loro - anche attraverso l'ampliamento degli strumenti di conciliazione - maggiori possibilità di coniugare il desiderio di crescita professionale e lo sviluppo armonioso delle responsabilità familiari. Tali linee di intervento si incrociano con gli obiettivi di costruzione del sistema dei diritti sociali (determinazione dei livelli essenziali di assistenza) e la promozione della parità di accesso ai diritti, ai servizi, le misure di liberalizzazione e tutela del consumatore. La strategia così definita si integra con interventi volti a migliorare le condizioni di benessere dell'infanzia e dell'adolescenza, per contrastare in maniera incisiva la povertà infantile, offrendo a tutti i bambini pari opportunità a prescindere dal loro ambiente sociale (come richiesto dal Consiglio europeo di primavera 2006) oltre che, tutelare gli anziani, in particolare non autosufficienti (circa il 90% vive in famiglia) attraverso la istituzione di un apposito Fondo, previsto nella finanziaria per il 2007, e il potenziamento dell'assistenza integrata socio-sanitaria.

Garantire l'accesso ai servizi di cura e di assistenza, il loro rafforzamento e la diversificazione nell'erogazione delle prestazioni in ragione delle specifiche esigenze della persona e delle famiglie, è quindi una priorità per raggiungere livelli di maggior equità sociale.

Inoltre, l'integrazione con le politiche per l'istruzione e la formazione, l'investimento nel capitale umano rappresentano una delle chiavi di successo della strategia complessiva nazionale per assicurare crescita e occupazione in un quadro di equità e coesione sociale, obiettivo questo prioritario della nuova strategia di Lisbona. Il miglioramento della qualità dell'istruzione e della formazione è al centro delle politiche educative e occupazionali dell'Italia. Il governo intende accrescere la partecipazione dei giovani e migliorare i loro livelli di apprendimento, offrire

occasioni sistemiche di *life long learning*, e rafforzare negli attori economici le qualità necessarie a sostenere la capacità di competere e di innovare.

I processi di sviluppo e crescita nel risanamento, del consolidamento dell'equità e della coesione sociale, sono strettamente correlati allo sviluppo del sistema pensionistico, anche in relazione alla sua sostenibilità finanziaria e alla stabilità dei conti pubblici. L'incidenza della spesa pensionistica rispetto al PIL appare attualmente superiore alla media europea. L'andamento nel medio-lungo periodo mostra una crescita – seppur attenuata rispetto al passato – fino al 2030 circa, seguita da una contrazione che riconduce il rapporto tra spesa pensionistica e PIL nel 2050 al livello di quello attuale.

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

La legge di bilancio 2007 prevede già una serie di misure riguardanti l'adeguamento delle aliquote contributive. Il Governo inoltre ha concordato con le rappresentanze dei lavoratori la costituzione di un tavolo di concertazione per definire sin dai primi mesi del 2007 un percorso di riordino di alcuni aspetti di funzionamento più generale del sistema previdenziale, nella direzione fissata dalla riforma del 1995. Il Governo ha infine anticipato il decollo della previdenza complementare al 1 gennaio 2007, con l'avvio di un'ampia campagna informativa destinata ai lavoratori pubblici e privati al fine di promuovere la loro adesione ai fondi pensione.

Enfasi è riservata, nel quadro strategico complessivo per la protezione e l'inclusione sociale all'accesso al diritto alla salute, al miglioramento nell'efficienza e nell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. La massimizzazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse – è evidenziato nel Documento di programmazione economica e finanziaria - è condizione essenziale affinché la sanità possa svolgere pienamente il suo ruolo sociale ed economico. La spesa sanitaria è riconosciuta come forma essenziale di investimento nel capitale umano. Il sistema sanitario italiano, presenta, pur nell'elevato livello di sviluppo complessivo, persistenti elementi di criticità, quali ad esempio l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e dei pronto soccorso e la carenza di servizi di assistenza domiciliare integrata; le lunghe liste di attesa; l'insufficiente qualità dei servizi sanitari in alcune Regioni, che spinge i cittadini a rivolgersi alle strutture di altre Regioni per usufruire di cure adeguate. Su questi aspetti il Governo, a partire dalla manovra finanziaria 2007, è determinato ad intervenire. Più in generale, l'obiettivo è di agire sui determinanti della salute per ridurre le disuguaglianze economico-sociali, con azioni integrate condotte dalle istituzioni sanitarie, in collaborazione con le altre istituzioni (scuola, mondo del lavoro, politiche sociali, politiche ambientali, energetiche, della viabilità etc.), chiamate a cooperare attivamente per il raggiungimento degli obiettivi prefissati in termini di salute, favorendo la partecipazione dei cittadini alle scelte adottate a livello istituzionale. La salute infatti rappresenta il risultato marginale (*unintended effect*) di tutte le politiche e gli interventi che hanno a che fare con lo sviluppo; questo effetto è spesso sottovalutato sia sul versante della pianificazione di singoli interventi, sia rispetto alla valutazione dei costi e delle responsabilità che essi comportano. Si intende invece consolidare una diversa consapevolezza sull'esigenza di prendere in considerazione la valutazione di impatto della salute e di imprimere una svolta decisiva per assicurare il *mainstreaming* delle politiche di inclusione e protezione sociale rispetto alle scelte adottate anche in altri ambiti ma che possono avere ricadute importanti per il benessere complessivo della persona.

La strategia qui definita, tiene in particolare considerazione la criticità rappresentata dal divario tra il Nord ed il Sud del Paese. Il persistente differenziale tra le aree è confermato dai dati

presentati ed è stato inoltre indicato dalla Commissione europea come una delle sfide da perseguire per il raggiungimento di una vera equità sociale.
Il divario regionale si evidenzia nella rilevante concentrazione nel Meridione della povertà, della disoccupazione e del disomogeneo sviluppo dei servizi sociali, sanitari e per l'occupazione. Il Documento di programmazione e la manovra finanziaria presentata dal Governo definiscono pertanto precisi impegni, prevedendo interventi nel Mezzogiorno in molti settori tra cui lo sviluppo delle infrastrutture, anche sanitarie, la crescita delle imprese e dell'occupazione con particolare attenzione a quella femminile, la lotta all'emarginazione. Di essi si dà conto nei capitoli del presente rapporto.

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

Nel quadro definito dalla nuova strategia europea di Lisbona per la crescita e l'occupazione devono trovare coerentemente sviluppo le politiche di inclusione e protezione sociale affinché le politiche economiche, sociali ed occupazionali si rafforzino reciprocamente, in un processo di progressiva integrazione tra i tre ambiti, cosi da garantire - in linea con gli obiettivi previsti dall'agenda sociale europea - non soltanto l'innalzamento della partecipazione al mercato del lavoro e la crescita economica del paese, ma un solido e coeso tessuto sociale. Occorre assicurare la realizzazione di un progresso parallelo per quanto riguarda la creazione di occupazione, la competitività e la coesione sociale, in conformità dei valori europei, nel quale la protezione ed inclusione sociale devono essere fattore di sviluppo umano e di benessere, ma anche fattore produttivo nei processi di crescita e sviluppo. Nel Rapporto Congiunto sulla protezione e inclusione sociale pubblicato nel 2006, la Commissione aveva evidenziato che il Programma di riforme nazionali italiano (PICO) non faceva riferimento agli MCA per la protezione sociale e l'inclusione sociale e non teneva conto del contributo degli organi governativi responsabili.

Inoltre, la Commissione europea in occasione del monitoraggio del PICO aveva raccomandato di agire sul piano del rafforzamento dell'offerta di lavoro e di innalzamento dei tassi di occupazione, anche per ridurre le disparità regionali in questo ambito; d'altra parte ha riconosciuto l'attenzione dedicata ai temi dell'istruzione e della formazione professionale.
Il presente Rapporto nazionale intende colmare le lacune evidenziate dalla Commissione europea riguardo alla carenza di una strategia di insieme coerente con gli obiettivi di Lisbona, e fare stato dell'impegno del nuovo Governo per assicurare lo sviluppo integrato delle politiche in questo ambito. Promozione dello sviluppo, crescita del tasso di occupazione, riduzione dei dualismi territoriali, diminuzione della esclusione sociale sono gli obiettivi finali che il governo intende perseguire in attuazione della Strategia di Lisbona. Ciò significa riconoscere che l'inclusione sociale non è un mero sottoprodotto dello sviluppo economico, ma ne è anzi condizione costitutiva, in quanto costruisce quel capitale relazionale e conoscitivo che è oggi da molte parti ritenuto l'elemento decisivo dell'innovazione e del dinamismo economico di lungo periodo**.** L'Italia soffre di alcuni ritardi strutturali che ne limitano il potenziale di crescita e la capacità competitiva e ne hanno accentuato l'instabilità macroeconomica e il disagio sociale. Questi ritardi vanno ricercati in storture ed inutili pesantezze dell'apparato pubblico, nel persistere di posizioni corporative diffuse, in una scarsa propensione innovativa – di processo e di prodotto – delle imprese che è causa ed effetto, tra l'altro, del diffondersi della precarizzazione del lavoro e dei rischi di povertà ad essa connessi. Il Governo e le Regioni intendono dunque, con le iniziative che saranno adottate nel prossimo biennio accelerare la realizzazione della Strategia di Lisbona, nella sua originaria ispirazione centrata sulla coesione sociale per "sbloccare" l'Italia, innovandone l'apparato pubblico, le strutture produttive e le stesse relazioni sociali attraverso un forte investimento nella conoscenza e nelle capacità relazionali dei singoli e degli aggregati sociali. La valorizzazione del capitale umano è dunque al centro delle politiche occupazionali. Il Governo si pone l'obiettivo di ridurre l'area della inattività, aumentare il tasso di buona occupazione, rendere l'impiego e lo stesso reimpiego attraente e remunerativo, contrastare il lavoro nero, riducendo così il sottoutilizzo di

risorse umane e le forme di precarietà che caratterizzano ancora l'economia e l'Italia, con l'adozione delle politiche annunciate nel DPEF e nella manovra di bilancio nonché sulla base dei provvedimenti già adottati, intende coniugare, in un percorso virtuoso, stato e mercato, per sbloccare le potenzialità di sviluppo, accrescere le capacità competitive nell'economia globale, favorire l'inclusione sociale. Una economia innovativa, aperta e concorrenziale è una economia dinamica, con un più elevato livello di produttività, con salari più alti, una più equa distribuzione della ricchezza, una migliore qualità della vita. Il Governo intende favorire, dando attuazione alla Strategia di Lisbona, lo sviluppo di un ambiente economico e sociale che incoraggi l'innovazione e la concorrenza, faccia crescere le imprese, offra una maggiore e migliore occupazione.

Il Rapporto di monitoraggio del Piano Nazionale di Riforma (presentato nell'ottobre 2006) è stato pertanto opportunamente integrato e ricalibrato al fine di sottolineare il profondo mutamento politico in questo ambito, allo scopo di riaffermare una forte centralità della valorizzazione del capitale umano, della promozione dell'occupazione, del recupero della dimensione sociale nel quadro dello sviluppo complessivo del Paese.

2.3. Governance

Anche in questo ambito il Governo intende evidenziare il profondo mutamento di approccio che sottende l'azione di riforma delineata con il DPEF, volta a valorizzare le competenze fra i diversi livelli di governo, nella cornice di una rinnovata cooperazione interistituzionale. Ugualmente rilevante l'apporto e la partecipazione di tutti i cittadini, attraverso il coinvolgimento e la partecipazione delle formazioni sociali allo sviluppo del sistema di welfare.

Il nuovo partenariato tra i livelli di governo

L'obiettivo che si intende perseguire, con riferimento agli ambiti oggetto del presente rapporto, coincide con la costruzione di percorsi condivisi tra le Amministrazioni centrali e tra governo, regioni ed autonomie locali, per la definizione delle priorità nazionali, per il raggiungimento degli obiettivi prefissati di innalzamento della condizione di benessere di ogni cittadino, per assicurare l'accesso ai beni, servizi ecc., programmando in maniera coordinata la determinazione e l'allocazione delle risorse finanziarie destinate al raggiungimento di tali obiettivi, e definendo, in modo congiunto, un sistema di accompagnamento e monitoraggio.

In effetti, il progredire delle autonomie regionali non è coinciso con una parallela innovazione nelle dinamiche di governo centrali adeguate al ruolo e alle competenze assegnate comunque al livello nazionale. Al contrario, la nuova attribuzione di compiti stabilita dal Titolo V, ha prodotto spesso difficoltà interpretative, se non addirittura diffidenze reciproche tra Stato e Regioni, senza dare luogo ancora ad una regia comune in grado di monitorare e governare il sistema nel pieno rispetto delle autonomie e delle loro prerogative.

In tal senso uno dei primi passi svolti dal nuovo governo, è stato la riattivazione di tavoli di lavoro con le regioni e le autonomie locali - anche attraverso il rilancio del ruolo della Conferenza Unificata - nel rispetto delle competenze definite dalla la Riforma costituzionale del 2001 e la messa a punto di meccanismi atti a rafforzare l'efficacia e l'impatto delle politiche. Nel contesto delle politiche dell'occupazione, ad esempio, è stato predisposto un sistema di monitoraggio relativo ad una serie di indicatori rilevanti per la gestione del mercato del lavoro. In questo quadro alle indagini hanno talvolta fatto seguito accordi con gli enti territoriali (Regioni e Province) volti, tra l'altro, al miglioramento dei servizi per l'impiego, all'inserimento lavorativo dei soggetti svantaggiati e ad altre misure di promozione dell'occupazione. E' inoltre in fase avanzata un disegno di integrazione tra i diversi sistemi informativi, centrali e locali ("*Borsa Lavoro*"), al fine di costruire una rete che agevoli l'incontro fra domanda e offerta di lavoro.

Quanto all'ambito delle politiche per la salute è stato istituito un tavolo permanente di consultazione con le Regioni, al quale affidare il compito di governare il sistema, privilegiando il metodo della condivisione su tutte le grandi questioni aperte in materia di tutela della salute. In tal modo la logica dei poteri concorrenti si ricongiunge con una logica di unitarietà di indirizzo in

nome del miglioramento e dello sviluppo della sanità pubblica italiana, capace di trasformare le differenze in opportunità, superando insieme le disuguaglianze, le disomogeneità e le discriminazioni ancora oggi presenti, non solo tra Nord e Sud ma anche all'interno di territori contigui.

Analogamente nuove modalità di programmazione condivisa sono stati rilanciate nell'ambito delle politiche sociali, con particolare riferimento agli interventi in favore dei minori, alle problematiche del disagio abitativo, all'integrazione delle persone immigrate.

Risulta strategico, quindi, al fine del raggiungimento degli obiettivi indicati nel presente rapporto, rafforzare ed ottimizzare il quadro di riferimento organizzativo attraverso un'efficace correlazione tra piani nazionali, piani regionali e piani di zona: ciò anche al fine di assicurare a livello territoriale una più efficace allocazione ed utilizzo delle risorse finanziarie provenienti dal centro, nonché l'integrazione degli interventi ed il coordinamento dei servizi, particolarmente quelli socio-assistenziali e sanitari, con il coinvolgimento attivo del Terzo settore. L'esigenza di una maggiore integrazione delle politiche pubbliche e di strategie condivise a livello centrale ed interistituzionale si riverbera a livello locale, dove la carenza di coordinamento degli interventi e dei servizi è stata rilevata in occasione del monitoraggio delle politiche per l'inclusione sociale come una delle principali criticità che indebolisce l'efficacia delle azioni di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale.

La partecipazione delle formazioni sociali

Non meno rilevante appare l'impegno rivolto al rafforzamento della partecipazione delle formazioni sociali, alla definizione delle strategie di protezione ed inclusione sociale ed all'azione di monitoraggio e verifica sull'impatto e l'efficacia degli interventi attuati, attraverso l'aggiornamento o la costituzione, dove non presenti, di organismi che assicurino la partecipazione attiva delle associazioni di rappresentanza, delle parti sociali del privato profit e no profit.

Tra le azioni di rafforzamento della partecipazione va ricordato il rilancio degli Osservatori, in particolare quello del Volontariato, dell'Associazionismo, della Famiglia, l'Osservatorio nazionale per l'Infanzia ed Adolescenza ed altri organismi analoghi, che rappresentano una strumento prioritario per garantire la rappresentanza e la partecipazione attiva delle formazioni sociali. L'impegno è rivolto inoltre a costituire nuovi organismi di coordinamento e rappresentanza in ambiti non sono ancora attivi, quali il settore delle politiche per la disabilità.

Occorrerà quindi creare nuove modalità di interazioni tra gli organismi nazionali e quelli costituiti a livello regionale o locale.

Nell'ambito sanitario, forte è la consapevolezza della necessità di attuare corrette sinergie tra cittadini ed istituzioni per lo sviluppo della qualità dei servizi per la salute. Alcuni strumenti sono già attivi quali: a) la Carta dei Servizi - patto tra l'Azienda e la comunità - con il quale vengono esplicitati il livello quali-quantitativo garantito delle prestazioni erogate, gli impegni assunti, gli strumenti adeguati per interloquire con l'istituzione, esprimere la propria opinione e il livello di soddisfazione; b) la Conferenza dei Servizi che costituisce momento di confronto tra Azienda Sanitaria ed Organizzazioni dei Cittadini, garantendo a queste ultime un adeguato spazio per poter esprimere valutazioni sull'andamento dei servizi e eventuali proposte di miglioramenti.

La valorizzazione del partenariato tra pubblico e privato e del ruolo strategico delle istituzioni e degli organismi no profit nella programmazione delle politiche e nell'erogazioni degli interventi, è un aspetto primario nella strategia per la crescita del benessere sociale che dà attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. In tale contesto va promossa con particolare enfasi la solidarietà tra le persone e tra le diverse generazioni. Il valore aggiunto dell'associazionismo e degli organismi di volontariato, ma anche del mondo dell'economia sociale e responsabile, nella lotta all'esclusione sociale, nel sostegno ad ogni forma di disagio nonché nella cura ed assistenza alle persone, sta anche nella loro capacità di rispondere in maniera finalizzata ai bisogni della comunità.

II parte

PIANO D'AZIONE NAZIONALE PER L'INCLUSIONE SOCIALE

LA POVERTA' IN ITALIA ED ALTRI DATI DI CONTESTO GENERALE

Distribuzione della povertà. Nella parte generale di questo rapporto è stata già presentata un'analisi della povertà[8], osservando in particolare, come le convenzioni adottate per definirla differiscono notevolmente al livello comunitario rispetto a quello nazionale. Tali discordanze metodologiche portano a stimare dimensioni molto diverse del fenomeno: a rischio di povertà è il 19% della popolazione (anno 2003) secondo la metodologia comunitaria, il 13% (anno 2005) secondo la definizione adottata dall'Istat. Si tratta di dati non confrontabili, essendo costruiti a partire da variabili diverse – i redditi delle famiglie nel caso comunitario, i consumi nel caso dell'Istat – che non necessariamente si distribuiscono allo stesso modo nella popolazione. Diverse, peraltro. sono le tecniche utilizzate per la definizione della soglia di povertà e per il confronto tra famiglie con caratteristiche dissimili[9]. Ma al di là delle differenze, poiché non vi è in astratto una metodologia "più" corretta, qui utilizzeremo entrambe le definizioni di povertà. In particolare adotteremo quella comunitaria – uguale per tutti i paesi UE – per il confronto internazionale e per l'analisi statica generale, viceversa la misura nazionale – più aggiornata e con una serie storica annuale più lunga – per l'analisi degli andamenti nel tempo e del dettaglio territoriale[10]. Ad ogni modo, considerando ad esempio il caso di una coppia di adulti e due bambini piccoli, questa famiglia per la UE è a rischio di povertà quando ha un reddito annuo disponibile inferiore a 16.000 euro, mentre per l'Istat è povera se effettua una spesa in consumi inferiore a 17.000 euro; nel caso di un single, invece, la soglia di povertà è di 7.600 euro per la UE, 6.200 euro per l'Istat[11].

Come si è già detto l'Italia è nel gruppo dei paesi UE a più alta incidenza di povertà, insieme agli altri paesi mediterranei, all'Irlanda e alla Slovacchia. Il gruppo della popolazione più esposto alla povertà è quello dei bambini: fatto 100 il rischio di povertà della popolazione complessiva, quello dei minori di 15 anni è 137, mentre all'estremo opposto si collocano gli anziani (65 anni o più), con 84. Anche il confronto con la media comunitaria mette in evidenza come il profilo per età del rischio di povertà sia caratterizzante la situazione italiana: nel caso dei bambini la distanza dalla media comunitaria raddoppia (sei punti percentuali invece che tre, solo la Slovacchia ha incidenza maggiore), nel caso degli anziani, invece, si tratta dell'unica fascia d'età per la quale il rischio di povertà nazionale sia inferiore a quello comunitario. Particolarmente difficile è la situazione delle famiglie monogenitoriali e di quelle con tre figli o più, per le quali il tasso di povertà è superiore a un terzo; il rischio di povertà rimane comunque elevato (pari a un quarto) pure per le famiglie con

[8] In quel contesto, la valutazione della situazione sociale ed economica del paese è stata effettuata sulla base degli indicatori comuni adottati dai paesi UE al fine di abbracciare l'intera strategia dell'inclusione e della protezione sociale. Gli indicatori sulla povertà costituiscono il nucleo principale della lista di indicatori comuni sia con riferimento alla strategia generale che nello specifico dei piani d'azione nazionale per l'inclusione sociale (NAP/incl).

[9] Nel caso comunitario la soglia di povertà è definita con riferimento al 60% della mediana del reddito equivalente, nel caso dell'Istat, per un single, al 60% della media pro-capite dei consumi. Diverse sono poi le scale di equivalenza: "OCSE modificata" nel caso comunitario, "Carbonaro" nel caso dell'Istat (la prima, a differenza della seconda, assegna un peso inferiore ai bambini rispetto agli adulti). Nei passati NAP/incl, ai quali si rimanda, le differenze nelle misure della povertà tra il livello comunitario e quello nazionale sono state indagate nel dettaglio.

[10] Un corposo allegato descrive comunque la povertà italiana sulla base delle più recenti evidenze prodotte dall'Istat.

[11] I dati fanno riferimento per omogeneità al 2003, ultimo (e unico) anno disponibile per la nuova indagine comunitaria sui redditi e le condizioni di vita delle famiglie (EU-Silc). Nel 2005 la soglia di povertà per l'Istat nel caso di un single è salita a più di 6.700 euro. Si tratta sempre di soglie di povertà relative, basate cioè non su uno standard assoluto di riferimento, ma sul livello di benessere "medio" della popolazione. L'Istat tradizionalmente stima anche la povertà assoluta basata su un paniere di beni che garantiscano uno stile di vita dignitoso. La rilevazione è stata però recentemente interrotta per un'opportuna ridefinizione del paniere dei beni indispensabili, non ancora ultimata.

due figli. Ma anche tra gli anziani emergono situazioni di difficoltà, soprattutto quando vivono soli (nel qual caso l'incidenza di povertà sale a un quarto) e se si tratta di donne.
Questi dati mettono in evidenza alcune carenze croniche del nostro sistema di *welfare*, in cui accanto ad un sistema pensionistico che permette di arginare la povertà tra gli anziani – con rischi però di marginalizzazione di questi ultimi se vivono soli e in età avanzata, vista l'assenza di servizi disciplinati a livello nazionale mirati alla tutela dei non autosufficienti – permangono arretratezze nel sostegno (del reddito, ma non solo) alla famiglia, soprattutto in presenza di più figli: non è un caso che l'effetto dei trasferimenti sociali, escluse le pensioni, in riduzione del tasso di povertà è in Italia modesto (quattro punti contro i dieci delle media comunitaria), mentre se si includono le pensioni l'effetto è identico a quello medio comunitario[12].
Quanto all'andamento nel tempo, secondo la rilevazione dell'Istat nell'ultimo quinquennio la povertà è risultata sostanzialmente stabile, osservandosi una riduzione nella quota di individui poveri nel 2002 e nel 2003 compensata però da una crescita nel 2004 che l'ha riportata ai livelli precedenti, confermati nel 2005. Non si è perciò rilevata alcuna tendenza alla riduzione e confermato nel tempo è pure il profondo divario tra Nord e Sud del Paese - il Mezzogiorno ha un'incidenza di povertà che è quasi cinque volte quella del resto del paese e mantiene nel 2005 i gli stessi livelli storicamente elevati raggiunti nel 2004. In particolare, in tutte le regioni del Mezzogiorno, fatta eccezione per l'Abruzzo e la Sardegna, il tasso di povertà misurato sulle famiglie è intorno al 20% o superiore (con un massimo maggiore del 30% in Sicilia), mentre nelle regioni del Centro-Nord si colloca intorno al 7% o inferiore (con un minimo minore del 3% in Emilia Romagna).

Povertà e occupazione: Il legame tra povertà e partecipazione al mercato del lavoro risulta in Italia molto accentuato: l'assenza di un sistema di protezione del reddito dei disoccupati particolarmente sviluppato fa sì che, secondo la rilevazione comunitaria, metà dei disoccupati viva in una famiglia a rischio di povertà, valore superato significativamente solo dal Regno Unito. Tra gli occupati, ovviamente, il tasso di povertà si riduce notevolmente, quasi dimezzandosi, rispetto all'incidenza per la popolazione nel complesso. Questo può apparire un buon risultato, implica tuttavia che un occupato su dieci è a rischio di povertà – un valore pertanto superiore alla media comunitaria. E' questo un aspetto da valutare con estrema attenzione, perché l'insieme dei poveri è costituito per un quarto da persone che lavorano e per due terzi da persone che vivono in una famiglia in cui l'intensità di lavoro è positiva (cioè in famiglie in cui, tra le persone in età da lavoro, qualcuno per almeno qualche mese l'anno ha lavorato). In altri termini, non solo è importante incentivare l'occupazione *tout court*, ma bisogna monitorare e combattere tutte le forme di precariato – fatta salva la necessaria flessibilità del mercato del lavoro – affinchè l'occupazione possa realmente rappresentare una via d'uscita dalla povertà. Il fenomeno è invece in espansione, seppure con andamenti altalenanti nell'ultimo quinquennio: nel primo semestre 2006 la crescita del lavoro a tempo determinato è stata di 188.000 unità rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, portando la platea di questi lavoratori a 2 milioni e 163 mila, più di un lavoratore su otto tra quelli alle dipendenze[13].

Povertà e giovani. La Commissione di Indagine contro l'esclusione sociale nel Rapporto 2005[14] ha approfondito la dimensione della povertà con riferimento alle generazioni 18-34 anni nel contesto italiano. Sebbene il disagio più marcato si registra tra i minori, anche i giovani non risultano poi così protetti: infatti, l'incidenza di quelli appartenenti a famiglie povere sul totale è di poco inferiore a quella registrata per il complesso della popolazione. Il fenomeno è recente e si sviluppa, in modo

[12] Questa misura deve essere discussa comunque con cautela, perché si limita a considerare solo i trasferimenti sociali monetari diretti alle famiglie – non include cioè i trasferimenti cosiddetti "in natura", cioè servizi, né i trasferimenti indiretti per il canale fiscale.
[13] In Italia l'88% dei lavoratori a termine non lo fa per scelta volontaria, contro una media comunitaria del 55%.
[14] Rapporto della Commissione di Indagine contro l'esclusione sociale – 2005, presentato a sett. 2006 .

prevalente, attorno ai mutamenti intervenuti nel mercato del lavoro, nei percorsi formativi e nelle modalità di transizione alla vita adulta. In Italia, poi, la permanenza lunga dei giovani in famiglia[15] li espone per più lungo tempo agli stessi rischi nei quali può incorrere una fascia di popolazione da sempre ritenuta fragile come quella dell'infanzia.
Osservando comparativamente la composizione del totale della popolazione e delle persone tra i 18 e i 34 anni, si nota che la quota più elevata di appartenenti a famiglie povere è rappresentata dagli occupati (rispettivamente il 29,3% e il 33,9%), ma tra i giovani, scomparendo la componente ritirati dal lavoro, gli occupati rappresentano una frazione più elevata di appartenenti a famiglie povere. La povertà giovanile inoltre è maggiormente concentrata nel Mezzogiorno (79,0%).
Un aspetto di preoccupazione è rappresentato dall'incidenza della povertà tra i giovani con titolo di studio: si registra infatti un mutamento del profilo del povero nelle nuove generazioni, essendo una quota rilevante (35,5%) titolare di un diploma che consente l'accesso all'università. Ma ancora più preoccupante, ai fini della futura inclusione sociale dei giovani, è il livello e la qualità della loro istruzione: l'Italia è tra i paesi europei a più bassa partecipazione ai livelli d'istruzione superiore, con più di un giovane (18-24 anni) su cinque lascia la scuola prima di conseguire un titolo di studio secondario; allo stesso tempo, bassa è la performance nella capacità di lettura e comprensione del testo degli scolari (quindicenni) italiani rispetto ai loro coetanei all'estero: circa un quarto non supera prove di lettura e comprensione elementari (contro una media comunitaria di un quinto; il test è il cosiddetto PISA, predisposto dall'OCSE in maniera simile in tutti i paesi), con una notevole differenziazione dei risultati a livello territoriale e per tipologia di istituti scolastici (più indietro le scuole del Mezzogiorno e quelle professionalizzanti).
Secondo i più recenti dati pubblicati [16]rimane irrisolto il nodo della dispersione scolastica: il tasso di scolarità secondaria superiore, nell'anno 2004-2005, ha raggiunto il 92,3% dei giovani tra i 14 e i 18 anni e, nello stesso periodo, il 76,6% dell'intera popolazione giovanile, tra 19 e 20 anni, consegue un diploma (è il dato più elevato mai conseguito in Italia). Ma se il traguardo fissato dalla Strategia di Lisbona è quello di raggiungere per il 2010 la quota dell'85% dei giovani 20-24enni in possesso di almeno un titolo di scuola secondaria superiore, l'Italia, nel 2005, è ancora lontana (72,9%). La scolarità decresce con l'innalzarsi dell'età: si passa dal 98,3% dei 14enni al 71,7% dei 18enni; inoltre, più di 100.000 giovani risultano ancora fuori da qualsiasi tipo di percorso formativo e scolastico e il 21,9% dei 18-24enni possiede al massimo il titolo di licenza media e non partecipa ad alcuna attività di formazione. Se aumenta del 4,5% la quota dei giovani iscritti ai licei, diminuisce dell'1,6% il numero dei frequentanti gli istituti tecnici e dello 0,8% quello degli istituti professionali.

Immigrazione. In Italia, nel 2005, gli immigrati regolari hanno superato i tre milioni e rappresentano circa il 5 % del totale dei residenti. Alla presenza regolare si aggiunge una vasta area di irregolari le cui stime più recenti variano tra le 540.000 e le 800.000 unità. Secondo i dati ISTAT di fine 2005, gli immigrati al lavoro sono circa 1.200.000. I nuovi nati hanno raggiunto le 55/69 mila unità, ossia 9 neonati su 100 hanno un genitore straniero. I minori iscritti nella scuole italiane sono oltre 400.000. Il recente processo di regolarizzazione intrapreso dall'Italia con l'obiettivo di far emergere dal lavoro "nero" lavoratori stranieri "invisibili", impegnati in attività svolte in violazione della disciplina vigente e privi di tutele contrattuali e copertura assicurativa, ha fatto emergere 641.638 lavoratori (dati del Ministero dell'Interno anno 2004).

[15] Il 70 per cento dei giovani tra i 25 e i 29 anni vive con i genitori, la più alta percentuale d'Europa, nella sostanziale impossibilità, a causa delle difficoltà lavorative ed abitative, di rendersi autonomi nonché di formare nuove famiglie.
[16] Secondo il 'Rapporto Isfol 2006', il tasso di scolarità secondaria superiore, nell'anno 2004-2005, raggiunge il 92,3% dei giovani tra i 14 e i 18 anni. E il 76,6% dell'intera popolazione giovanile, tra 19 e 20 anni, consegue un diploma, il dato più elevato mai conseguito in Italia. Ma il 21,9% dei 18-24enni possiede al massimo il titolo di licenza media e non partecipa ad attività di formazione.

Invecchiamento della popolazione e disabilità. Nel nostro Paese la popolazione di età superiore ai 65 anni ammonta a 11.379.341 unità[17], di cui 6.662.171 donne e 4.717.170 uomini. La quota degli anziani sul totale della popolazione è divenuta nel corso degli anni assai rilevante, si attesta infatti al 19,5%, tra le donne la percentuale sale al 22,1%, scende al 16,6% tra gli uomini. Quasi la metà degli over 65 ha oltre 75 anni di età, pari al 9,8% della popolazione totale, la quota più alta si registra tra le donne, 11%, mentre nella popolazione maschile gli ultra settantacinquenni rappresentano il 6,8%. Una conseguenza diretta dell'invecchiamento della popolazione è l'elevato numero di anziani in condizione di disabilità, nel 2000 si stimano[18] circa 1.951.000 persone con disabilità ultrasessantacinquenni (1.358.000 donne e 593.000 uomini). Non trascurabile, inoltre, il numero di anziani che vivono soli. Una indagine campionaria Istat[19] ha stimato che, nel 2003, gli ultrasessantacinquenni che vivono soli sono circa 3 milioni, di cui 2.432.000 donne e 614.000 uomini. Un forte impegno a favore delle persone anziane è sostenuto dalle strutture di assistenza socio-sanitaria, nel 2003[20] sono stati 227 mila gli anziani assistiti nei presidi residenziali, 174 mila donne e 53 mila uomini. Quasi il 70% degli anziani ospitati nelle strutture erano in condizione di non autosufficienza.

DEFINIZIONE DELLA STRATEGIA

Obiettivi generali

Il quadro della situazione sociale del paese, descritto per sommi capi nella parte generale e nella sezione precedente di questo Rapporto, mette in evidenza alcune difficoltà strutturali e altre emergenti a cui si dovrà far fronte. Si è già parlato del contesto in cui si è trovato ad operare il nuovo Governo al momento del suo insediamento: la prima metà del decennio è stata quella con la crescita economica più bassa del dopoguerra; allo stesso tempo, è sembrata perdersi parzialmente la disciplina di bilancio, faticosamente raggiunta negli anni 90. Anche nello specifico delle politiche sociali, l'impegno che a livello centrale sarebbe stato necessario per procedere razionalmente verso uno storico processo di decentralizzazione delle politiche, assicurando su tutto il territorio nazionale il pieno esercizio dei diritti sociali e civili, in realtà non è stato portato avanti in misura adeguata. E' tempo di agire e bisogna farlo al più presto, e il Governo non intende sottrarsi a questa responsabilità.

L'analisi precedente, attraverso il confronto tra i paesi UE e lo studio delle dinamiche recenti, ha mostrato le seguenti priorità dell'azione, tutte chiaramente interrelate e parzialmente sovrapponentesi:

- lotta alla povertà monetaria, in particolare nella forma di sostegno al reddito famigliare
- lotta alla disuguaglianza
- lotta alla precarietà del lavoro
- lotta alle differenze territoriali
- sostegno al reddito dei disoccupati
- incentivi all'occupazione, soprattutto femminile
- investimenti nella scuola e nell'università
- integrazione degli immigrati
- rafforzamento delle tutele per gli individui non auto-sufficienti

In generale, questi obiettivi di equità non sono visti dal Governo in maniera disgiunta dagli altri obiettivi, altrettanto prioritari e indifferibili, quali quello del ritorno su un percorso di risanamento delle finanze pubbliche e di rilancio dello sviluppo economico. In analogia con la

[17] Il dato si riferisce al 1 gennaio 2005
[18] Cfr. Istat, *Le condizioni di salute della popolazione.* Anno 1999-2000. Roma 2001
[19] Cfr Istat,*Iindagine multiscopo sulle famiglie Aspetti della vita quotidiana media 2003-2005.*
[20] Istat, *L'assistenza residenziali in Italia: regioni a confronto* . Anno 2003. 1 marzo 2006

Strategia di Lisbona, equità, risanamento e sviluppo sono visti come parte di un unico disegno da portare avanti con coerenza nell'orizzonte della legislatura appena iniziata.

Un esempio di come questi diversi obiettivi possano essere portati avanti in maniera congiunta e coerente, può subito qui essere illustrato. E' il caso di uno degli interventi che più hanno caratterizzato il dibattito elettorale con l'impegno da parte dell'attuale maggioranza a ridurre di cinque punti rispetto alla retribuzione lorda il cosiddetto cuneo fiscale e contributivo sul lavoro. Tra le vie alternative che il governo avrebbe potuto seguire, è stata scelta quella di intervenire sulle imposte e non sui contributi previdenziali, evitando di incrinare il delicato equilibrio tra contribuzioni e prestazioni future (o viceversa ridurre ulteriormente prestazioni future già fortemente intaccate dagli interventi riformatori degli anni 90 al fine di stabilizzare il sistema a regime). Sono quindi state ridotte le imposte gravanti sul lavoro, ripartendo però il vantaggio tra le imprese – che così vedranno ridursi di tre punti[21] il costo del lavoro mediante una riduzione dell'Irap – e i lavoratori – che vedranno aumentare in media di due punti la busta paga per effetto di una riduzione dell'Irpef e un aumento degli assegni familiari.

L'esigenza di risanamento ha limitato l'estensione del provvedimento, ma le scelte sono state sempre compiute senza mai dimenticare gli altri obiettivi dello sviluppo e dell'equità: dal punto di vista delle imprese, sono stati esclusi i settori meno esposti alla concorrenza internazionale; dal punto di vista dei lavoratori, quelli a reddito più alto non avranno benefici; il vantaggio maggiore sarà concentrato tra le famiglie con più figli. Il provvedimento è anche limitato a favore dei lavoratori assunti a tempo indeterminato: si configura quindi come un primo notevole passo nella lotta alla precarietà, riducendo in maniera non trascurabile, a parità di altre condizioni, la convenienza di assumere lavoratori con contratti atipici (allo stesso tempo sono stati aumentati i contributi previdenziali dei lavoratori cosiddetti parasubordinati – garantendo loro in futuro prestazioni pensionistiche più dignitose e riducendo contemporaneamente il divario rispetto al lavoro dipendente).

La riduzione del cuneo per le imprese è particolarmente favorevole al Mezzogiorno: la misura è costruita a livello nazionale abbattendo la base imponibile dell'Irap di tutti i contributi sociali più una somma fissa per ciascun lavoratore, ma quest'ultima nel Mezzogiorno è doppia (10.000 euro) rispetto al resto del paese (5.000 euro); viene così ridotto in questa area sfortunata del paese il costo del lavoro in maniera differenziale, senza però alcuna riduzione per le retribuzioni nette e fornendo al contempo un incentivo all'emersione di lavoro nero.

La rimodulazione dell'imposta sui redditi ha assunto un carattere di maggiore progressività, concentrando i disagi nel decile più ricco della popolazione e fornendo un contributo, seppur limitato, alla riduzione della disuguaglianza, come detto tra le più alte d'Europa. La riduzione del cuneo per i lavoratori è attuata non solo con la rimodulazione dell'Irpef, ma anche con l'aumento consistente degli assegni familiari: è questa una classica misura di *in-work benefit* che oltre a migliorare la condizione economica delle famiglie con figli – quelle come si è visto a più alto rischio di povertà – fornisce un forte incentivo all'offerta di lavoro. Gli assegni sono stati estesi anche ai lavoratori parasubordinati, migliorandone notevolmente le condizioni di vita in presenza di responsabilità familiari. Questo intervento si inserisce in un quadro volto a rilanciare le politiche famigliari, per cui all'incremento dei trasferimenti monetari a sostegno del reddito famigliare, farà seguito anche un miglioramento dei servizi a supporto delle responsabilità famigliari, a partire dalle risposte per la prima infanzia e per il sostegno al lavoro di cura svolto all'interno della famiglia.

Potenziati sono stati anche gli incentivi alla domanda di lavoro delle donne nel Mezzogiorno, la zona d'Europa col più basso tasso d'attività femminile: nell'ambito dell'intervento sul cuneo si è fortemente incrementato l'incentivo alle assunzioni a tempo indeterminato delle donne del Sud permettendo alle imprese di risparmiare in termini di imposta (Irap) fino a quasi 2.000 euro in più all'anno per lavoratrice nuova assunta, oltre ai più di 4.000 euro che già potevano essere risparmiati

[21] Al livello della retribuzione media

per ogni nuova assunzione nel Mezzogiorno ai sensi della legislazione vigente. Mai un'azione positiva a favore dell'occupazione femminile aveva assunto questa consistenza.

Sono solo alcune delle norme che il Governo ha presentato con il disegno di legge finanziaria per il 2007. Delle altre si discuterà nel dettaglio più avanti, così come della strategia nello specifico delle politiche sociali. Molto resta ancora da fare, in particolare per i soggetti incapienti e per quelli più al margine nella società. Ma il Governo non verrà meno alle sue responsabilità.

Le priorità

Gli obiettivi prioritari della nuova strategia di inclusione sociale per gli anni 2006-2008 sono stati individuati attraverso il quadro di riferimento complessivo delineato nella prima parte del Rapporto, i dati aggiornati sulla condizione di povertà, i contributi presentati da istituzioni, parti e formazioni sociali che partecipano al processo di definizione del piano, nonché sulla base delle valutazioni espresse dalla Commissione d'indagine sull'esclusione sociale (CIES), con il Rapporto 2005 e dalla Commissione europea[22]. Tale contesto evidenzia alcune criticità su cui intervenire ed alcune sfide per i prossimi anni. Tra queste: l'assenza ad oggi di un sistema di diritti sociali definito attraverso i livelli essenziali di assistenza; la necessità che le iniziative regionali e locali si collochino in un contesto di riferimento nazionale maggiormente definito al fine di garantire maggiore uniformità sul territorio nazionale nell'accesso a prestazioni e servizi. Quanto alle sfide lanciate dalla Commissione Europea esse si orientano soprattutto verso una maggior partecipazione al mercato del lavoro, in particolare di donne, giovani e le persone anziane; lo sviluppo di sistema complessivo nell'area sud del paese anche con il rafforzamento ed il coordinamento tra gli interventi nazionali e subnazionali allo scopo di ridurre le disparità regionali.
Il Governo intende accogliere pienamente le indicazioni comunitarie impegnandosi a svolgere, di concerto con le regioni e le autonomie locali, il proprio fondamentale ruolo di indirizzo, attivandosi perché l'inclusione nel mercato del lavoro non si traduca (a causa della precarizzazione) in un ulteriore fattore di impoverimento, ma si aggiunga alle altre condizioni di una lotta effettiva alla povertà.

In Italia, come affermato dalla CIES, la povertà rappresenta un fenomeno stabile e radicato, anche a causa della mancata definizione nel tempo di politiche di lotta alla povertà e all'esclusione sociale prioritarie, efficaci ed organiche, cosicché l'incidenza di questi fenomeni è rimasta sostanzialmente simile nel corso dell'ultimo decennio. Gli interventi attivati hanno sostanzialmente mantenuto sotto controllo le dimensioni complessive del problema, senza imprimere tuttavia una decisa e stabile inversione di tendenza, specie per quanto riguarda i forti squilibri territoriali che – anche sotto questo profilo – caratterizzano strutturalmente il nostro paese. Qualche segnale incoraggiante si è avuto sul versante della povertà relativa della popolazione anziana, per effetto dei trasferimenti monetari di natura previdenziale ed assistenziale, mentre allarmante è la concomitante crescita della povertà dei minori – a causa della sempre più elevata incidenza della povertà tra le famiglie con figli piccoli – e della povertà nelle classi di età giovanili.

Si deve quindi ripartire dalla riduzione dei livelli di povertà, almeno per avvicinarsi alla media europea; dalla riduzione delle disuguaglianze per il ripristino di una maggior giustizia sociale, alla riduzione dei dualismi territoriali. Tali obiettivi sono chiaramente enunciati nel Documento di programmazione economica e finanziaria e sono indirizzati specificamente verso le famiglie numerose, con figli minori o persone anziane, verso chi è in possesso di un basso livello di istruzione, chi ha un accesso limitato al mercato del lavoro, chi appartiene a gruppi con maggiori fragilità,, in particolare le persone con disabilità e gli immigrati.

Inoltre, si tiene conto nella strategia complessiva, del persistente svantaggio di genere, avendo riguardo anche di quelle nuove forme di povertà che possono investire sensibilmente le donne ed in

[22] Rapporto Congiunto sulla protezione ed inclusione sociale [2006] e rapporto sull'Inclusione sociale in Europa [2006]

particolare quelle in condizioni di maggior vulnerabilità: le donne immigrate, le donne in forte condizione povertà, le donne sole capofamiglia con redditi minimi, le donne con bassi titoli di studio, le donne anziane. Il "genere" presenta ancora oggi condizioni di debolezza, che possono degenerare verso l'area dell'esclusione sociale, coinvolgendo famiglie, minori, anziani ed allargando quindi l'area del disagio sociale e che si ampliano all'interno di alcuni territori, in particolare nel Mezzogiorno. Nel contesto italiano, sono presenti ancora consistenti criticità legate all'accesso e permanenza nel mercato del lavoro, alle discriminazioni di genere sia verticale che orizzontale (qualità del lavoro, sviluppo delle carriere, disparità retributive etc..), al maggiore rischio di povertà ed isolamento sociale, legato spesso a fattori culturali. L'intervento diretto al miglioramento complessivo delle condizioni di vita e di realizzazione delle donne è quindi obiettivo priotario del Governo che ha previsto il varo di un Piano d'Azione per le pari opportunità con un *focus* specifico sull'innalzamento dell'occupazione femminile e sulla conciliazione dei tempi. Il governo intende inoltre rafforzare l'azione di contrasto sistematico alla violenza contro le donne, a garanzia del rispetto dei diritti umani e dell'inviolabilità della persona, attraverso la costituzione di un Osservatorio nazionale, allo scopo di acquisire e monitorare dati e informazioni relative all'attività svolte a livello nazionale da tutte le pubbliche istituzioni volte alla prevenzione ed alla repressione della violenza sulle donne e alla realizzazione di campagne istituzionali di informazione e di sensibilizzazione.

Le priorità politiche di inclusione sociale richiedono per il loro raggiungimento un approccio multidimensionale ed una stretta e concreta integrazione tra le politiche pubbliche e i livelli di responsabilità istituzionale. Determinante inoltre, il rafforzamento della partecipazione delle forze sociali nella programmazione ed implementazione delle scelte operate attraverso il nuovo Piano nazionale per l'inclusione sociale 2006-2008. In questi anni infatti le formazioni sociali, il volontariato, le imprese sociali hanno dimostrato di poter intervenire quali veri attori del sistema di welfare. Lo sviluppo dell'economia sociale[23] rappresenta certamente una caratteristica del sistema italiano che si intende ulteriormente sostenere e sviluppare, in coerenza anche con le indicazioni emerse in sede europea sulle opportunità di crescita del settore. Un tale sostegno ed un tale sviluppo consistono anche nel chiaro riconoscimento legislativo del ruolo del terzo settore e nel processo di definizione dei suoi standard operativi, delle condizioni di accreditamento, dei profili professionali.

In tale quadro, la strategia per combattere la povertà e favorire l'inclusione sociale di chi vive a rischio di esclusione o si trova al di fuori del tessuto sociale del paese, si fonda su alcuni pilastri strettamente correlati tra loro:

1. **La determinazione del sistema dei diritti sociali** è una priorità delle politiche italiane per l'inclusione sociale nel prossimo biennio. I livelli essenziali, di competenza della Stato secondo il nuovo assetto istituzionale, sono la garanzia di eguaglianza di tutti i cittadini nel sistema sociale. La loro definizione appare tanto più urgente tenuto anche conto della più volte richiamata disomogeneità territoriale, che potrebbe esser causa di discriminazione nell'accesso e nell'esercizio dei diritti. La norma costituzionale si prefigge infatti di garantire quel nucleo "duro" di prestazioni assistenziali che costituiscono il fattore unificante della cittadinanza sociale contro il rischio di una frammentazione della stessa nelle diverse parti del territorio nazionale.

Essi devono essere comunque stabiliti nel quadro di un processo di cooperazione interistituzionale, affinché siano garantiti i criteri di universalità del diritto e valorizzazione delle specificità territoriali e di progressività nella attuazione.

[23] Sono 850 mila le persone che lavorano in organizzazioni non profit in Italia; il 4 per cento degli occupati in Italia e dal 2001 ad oggi sono aumentati in media del 5% ogni anno (dal rapporto dell'Osservatorio Sodalitas-Hay Group – maggio 2006)

Alla costruzione del sistema dei diritti corrisponde **lo sviluppo dei sistema dei servizi** - potenziati e diversificati - recuperando il fondamento nella Legge quadro di riforma dell'assistenza (legge 328/2000), agendo eventualmente sui punti critici che la sua applicazione ha evidenziato. Ciò vuol dire interpretare la sussidiarietà non come disinteresse e disimpegno delle autorità centrali, ma come interazione tra società ed istituzioni e tra diverse competenze istituzionali: interazione finalizzata ad un'erogazione di servizi che sappia coniugare l'universalità dei diritti con la concreta efficacia della prestazione. L'obiettivo è di costruire un nuovo modello di governo del sistema dei servizi finalizzato a promuovere azioni di coesione, sviluppo e valorizzazione di competenze e responsabilità della comunità locale, che pongano al centro la persona e la famiglia, l'individuo e le sue reti di relazioni, con le loro specifiche esigenze. L'obiettivo è di sostenere un radicamento dei servizi nella comunità di riferimento e una parallela capacità di accoglienza di tutte le forme di disagio, mediante una riorganizzazione del sistema volta a privilegiare un approccio di tipo qualitativo, in grado di produrre misure e interventi per stimolare e sostenere, attraverso l'inclusione in rapporti sociali ricchi e partecipati, l'autonomia e le capacità individuali. Nell'ambito dello sviluppo del processo di sussidiarietà, assumono un'importanza centrale quelle modalità organizzative (quali gli *uffici di cittadinanza)* che svolgono attività di informazione, supporto e tutela individuale e collettiva sui diritti della persona. E' questo il luogo dove si esercita il primo dei livelli essenziali - almeno cronologicamente –, cioè il diritto all'informazione sulla rete dei servizi, il diritto all'accesso e il diritto eventuale ad un piano personalizzato che tenga conto dei bisogni della persona e della famiglia.

Prioritario in questo ambito lo sviluppo dei servizi di cura per i minori che rispondono a molteplici esigenze: non soltanto strumento di crescita dei bambini, ma strumento cruciale per la conciliazione delle responsabilità genitoriali e professionali, particolarmente in favore delle donne. Altrettanto fondamentale la determinazione dei livelli essenziali di assistenza delle persone non autosufficienti e il correlato sviluppo di servizi innovativi per la presa in carico della persona non autonoma e della sua famiglia, basati sull'integrazione socio-sanitaria e sull' assistenza domiciliare.

Il sistema di servizi si deve realizzare attraverso un'efficace correlazione tra piani nazionali, piani regionali e piani di zona, con il potenziamento delle risorse finanziarie (Fondo nazionale per le politiche sociali) ma anche un miglioramento nell'economicità, efficacia ed efficienza nella loro gestione, facendo in modo che le risorse che dal centro vengono destinate alla periferia, rappresentino un volano di mobilitazione di ulteriori risorse pubbliche e private. A tal fine saranno valorizzate le molteplici buone pratiche già in essere sul territorio e sarà sollecitato uno scambio di esperienze innovative per ridurre il divario tra le diverse aree del paese...

2. **La riforma del sistema di distribuzione della ricchezza** nel paese, attraverso un fisco più equo ed un sistema di misure di sostegno al reddito, orientate in particolare alle famiglie con figli minori. Sono queste ultime infatti, come ampiamente dimostrato dai dati statistici, a vivere le condizioni di maggior svantaggio, soprattutto se residenti al Sud. Gli interventi volti all'ampliamento della no tax area, alla ridefinizione delle aliquote, all'ammodernamento ed incremento degli assegni al nucleo famigliare e del sistema delle detrazioni per famigliari a carico, comportano un sensibile alleggerimento della pressione fiscale sui redditi medi e medio bassi delle famiglie, dei pensionali, dei lavoratori dipendenti ed autonomi e un rafforzamento dei redditi famigliari.

Si evidenzia tuttavia che **la povertà ed il disagio dei minori** richiedono, un approccio olistico basato quindi non soltanto sui trasferimenti monetari alla famiglia, ma sul riconoscimento concreto dei loro diritti e delle pari opportunità (prescindendo dall'ambito di origine) e sulla prevenzione, fornendo loro tutti gli strumenti e i servizi necessari ad una crescita libera ed armoniosa. Strategico pertanto proseguire nell'azione di riduzione del livello di abbandono scolastico - tenuto conto dei dati tuttora insoddisfacenti registrati in questo ambito- e nelle azioni volte ad offrire ai bambini un sistema educativo rispondente ai processi di crescita e innovazione del paese. Ciò a partire dai primi anni di vita. In tal senso l'obiettivo è di aumentare l'offerta di servizi per la prima infanzia di 6 punti percentuali nel prossimo quinquennio, di migliorare la qualità dell'istruzione per i livelli

superiori e di fornire efficienti centri di orientamento in vista delle scelte che i giovani intendono assumere per il loro futuro. Verrà elevato a 16 anni l'obbligo scolastico con l'istituzione di un biennio unitario e di conseguenza l'età di accesso al mondo del lavoro sarà innalzato a 15 o 16 anni.

Per la loro rilevanza nel quadro complessivo di lotta alle marginalità sociali, le **politiche abitative** rappresentano in Italia un aspetto di particolare criticità sul quale il Governo, d'intesa con le Regioni e le autonomie locali, intende intervenire in maniera incisiva. L'aumento dei prezzi immobiliari e dei canoni d'affitto grava significativamente sulla situazione economica delle famiglie a basso reddito che non hanno accesso alla proprietà della casa e di quelle a medio reddito che non sono in grado di sostenere il mercato delle locazioni. Politiche per le famiglie in difficoltà sono utili anche per sostenere le giovani coppie, i giovani studenti fuori sede e gli immigrati. Queste ultime categorie infatti, rischiano di veder compromesso fortemente il loro percorso di integrazione sociale e professionale proprio a causa dell'ostacolo "abitazione". In tal senso risorse ad hoc sono destinate ad essi. Tali politiche devono però essere integrate anche con provvedimenti di rilancio dell'offerta.

3**. Interventi sui gruppi *target***.
La crescente presenza di **popolazione immigrata** rappresenta una sfida importante nei processi di crescita e sviluppo del paese. Negli ultimi decenni l'Italia ha visto incrementare rapidamente i il numero degli stranieri residenti che rappresentano oggi quasi il 5% della popolazione. Tale presenza, pur nella difficoltà di gestione dei processi di integrazione e di contrasto ad ogni forma di illegalità, sfruttamento, ecc. rappresenta una grande opportunità di crescita per il Paese e non soltanto per gli aspetti economici e lavorativi (indubbio l'apporto che gli stranieri assicurano nell'ambito dei processi di trasformazione demografica, favorendo un maggior equilibrio tra popolazione residente e popolazione attiva) ma per le possibilità di sviluppo sociale e culturale dell'intera comunità. Le politiche di immigrazione assumono quindi, nel contesto della strategia di inclusione sociale, una valenza primaria e sono orientate a tutti gli ambiti: il riconoscimento e l' attuazione dei diritti (unità famigliare, casa, educazione, salute, ecc.); la promozione di misure contro ogni forma di discriminazione e sfruttamento; il consolidamento della cultura dell'accoglienza e del riconoscimento della "diversità" nei processi di integrazione. Ciò viene realizzato attraverso interventi legislativi quali la riforma della legge di cittadinanza, la modifica della attuale normativa in materia di ingresso e residenza; programmi centrati sull'integrazione sociale, sull'emergenza abitativa, interventi per l'integrazione dei bambini e dei giovani immigrati nel sistema scolastico.
La promozione e la tutela dei diritti per combattere ogni forma di discriminazione nei confronti delle **persone con disabilità**, rimane una priorità dell'azione di Governo, in linea con gli impegni assunti dall'Italia nel corso dell'Anno europeo delle persone con disabilità (2003) e con la strategia lanciata dalla Commissione europea per assicurare una società realmente inclusiva per tutti. Fondamentale è il rafforzamento del *mainstreaming* delle politiche per la disabilità in tutti gli ambiti per conseguire un significativo incremento della partecipazione al mondo del lavoro, alla educazione e formazione, per favorire l'accesso all'ambiente, alle ITC, ai servizi.
Gravi povertà: un primo step orientato all'inclusione delle situazioni caratterizzate da grave marginalità – fenomeno diffuso a livello territoriale, ma anche articolato in modo specifico nelle aree territoriali – richiede una precisa azione di conoscenza e di analisi da sviluppare attraverso un'attività coordinata con il mondo delle associazioni che costituisce una sicura fonte di esperienza quotidiana e di produzione di servizi da correlare e mettere in rete.

4. La "circolarità" delle politiche per l'inclusione sociale vede nelle **politiche per l'occupazione e nella riduzione del divario territoriale** due prospettive trasversali nel quadro del piano complessivo.

Quanto alle prime, la rinnovata strategia di Lisbona chiede agli Stati membri di integrare la crescita e lo sviluppo del paese con politiche per l'occupazione orientate ad aumentare la partecipazione al lavoro di tutti gli individui, con una spinta all'occupazione di donne, giovani e persone più anziane, attraverso il miglioramento della qualità e di 'buona' flessibilità del lavoro. Gli interventi del Governo, saranno incentrati principalmente su questi assi (incentivando, come già si è detto, forme di stabilizzazione del rapporto di lavoro), nonché sulla lotta alle disparità territoriali. Passaggio fondamentale è la ripresa del metodo della concertazione con le parti sociali, quale mezzo per perseguire gli obiettivi di stabilità finanziaria, crescita e migliore occupazione nonché per generare fiducia tra i soggetti interessati. Tra gli strumenti: la riduzione degli oneri a carico del lavoro, a beneficio sia dell'impresa sia delle lavoratrici o dei lavoratori, per favorire il lavoro a tempo indeterminato, finalizzati quindi ad un recupero immediato di margini di competitività attraverso una riduzione del costo del lavoro. Un *welfare* attivo richiede inoltre che il funzionamento degli strumenti di sostegno e d'integrazione del reddito sia strettamente integrato con i servizi all'impiego, con la formazione continua e con politiche attive di inserimento al lavoro. In quest'ottica, si definirà un nuovo sistema di ammortizzatori sociali e di garanzie per le lavoratrici e i lavoratori che dedichi particolare attenzione alle categorie più deboli – giovani, donne e lavoratori ultracinquantenni – al fine di garantire l'equilibrio tra le esigenze di flessibilità del mercato del lavoro e le indispensabili tutele del modello sociale europeo.
Quanto alla riduzione del differenziale tra le aree del Paese, essa è stata assunta come priorità generale delle politiche - come definite nel DPEF e nella legge finanziaria - che puntano ad uno sviluppo complessivo del Mezzogiorno attraverso investimenti nel settore delle infrastrutture, interventi di contrasto all'illegalità e di ripristino di condizioni di sviluppo sociale, di rilancio dell'attività imprenditoriale e di occupazione con un'attenzione specifica all'occupazione femminile. Nel raggiungimento degli obiettivi indicati di lotta alla povertà - che come ricordato è sostanzialmente concentrati al sud - e di sviluppo del sistema dei servizi - ancora carente in queste aree del paese -, gli interventi di riduzione del gap nord-sud assumono una rilevanza particolare. In tal senso fondamentale appare la destinazione di specifiche risorse, quali i Fondi strutturali e il Fondo delle aree sottoutilizzate.

Il Governo, d'intesa con le regioni e le autonomie locali, atteso il recente avvio del proprio programma orientato alla crescita, sviluppo, innovazione del Paese nel contesto del risanamento delle finanze pubbliche, è impegnato a perseguire gli obiettivi di inclusione sociale nel triennio di riferimento e ad operare mediante un'azione puntuale di monitoraggio, anche al fine di eventuali rimodulazioni e migliori indicazioni specifiche degli obiettivi e degli strumenti adottati per perseguirli.

Le azioni, i progetti, gli strumenti

1. ACCESSO AI DIRITTI E AI SERVIZI

Il Governo ha assunto l'impegno di attuare una serie di interventi di politica sociale, orientati ad assicurare a tutti i cittadini un funzionale accesso al sistema di diritti sociali.

1.1 Accesso ai diritti: definizione dei livelli essenziali di assistenza. Secondo il dettato costituzionale la determinazione dei livelli essenziali di assistenza è assegnata in via esclusiva allo Stato. Tale esercizio, nel quadro di una rinnovata cooperazione tra Centro e periferia, deve necessariamente essere condotto con lo spirito di leale cooperazione che deve contraddistinguere i rapporti tra i livelli di governo.

In tema di livelli essenziali, si opererà secondo un percorso in parte già concordato con le regioni al termine della passata legislatura, avendo in considerazione anche i risultati di una serie di indagini già condotte di cui si dà notizia in questo Rapporto (vedi in particolare il paragrafo

successivo relativo alle attività di analisi e valutazione della domanda e offerta di servizi sociali) ed attraverso l'individuazione di alcune priorità (es: definizione dei livelli essenziali di assistenza per le persone non autosufficienti).

In particolare, saranno definiti:

- il sistema di classificazione dei servizi per le persone e le famiglie da garantire in tutto il territorio nazionale;
- i contenuti dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale;
- le modalità di finanziamento a cura dello stato, delle regioni, degli enti locali nonché i criteri di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini;
- la costruzione dei sistemi di monitoraggio e verifica;

1.2. L'accesso ai servizi

Analisi e valutazione della domanda e dell' offerta dei servizi sociali

Il Rapporto di monitoraggio delle politiche di inclusione 2003-05 ha dato conto dei processi di razionalizzazione e ampliamento del sistema di servizi condotti a livello centrale e periferico per intercettare in maniera più adeguata ed efficiente i fabbisogni emergenti. Gli interventi e le sperimentazioni hanno riguardato tutti gli ambiti di politica sociale e sono stati condotti con la messa a regime delle procedure di programmazione promossa dalla Legge di riforma dei servizi sociali 328/2000 (Pianificazione sociale regionale, di zona ecc.); con il rafforzamento del partenariato pubblico-privato nella erogazione dei servizi e avvalendosi delle opportunità offerte dai Fondi strutturali nel periodo di programmazione 2000–2006. Permangono tuttavia considerevoli differenziazioni tra le diverse aree regionali nella definizione ed offerta dei servizi. In tal senso l'Anagrafe dei servizi sociali (SIS) previsto dalla legge 328/00 rappresenta un valido strumento per operare in maniera più puntuale a colmare le distanze esistenti.

Si è inoltre rafforzato l'impegno del Governo riguardo alle attività di conoscenza e valutazione del sistema di *welfare* sociale nelle sue diverse articolazioni, con il consolidamento di attività orientate al monitoraggio e alla valutazione delle politiche che possa tradursi in una loro maggiore efficienza ed efficacia nonché in una più elevata qualità degli interventi e dei servizi. Ciò attraverso:

a. la costituzione di un *Gruppo di valutazione* con esperti di politiche sociali interni ed esterni alle amministrazioni (anche locali);

b. la definizione di un programma pluriennale di ricerca sull'articolazione della *domanda sociale* nel Paese, (in collaborazione con CNR), finalizzato alla maggiore e più ampia conoscenza della domanda sociale a livello nazionale e territoriale, articolata per aree di bisogno in relazione alle principali caratteristiche socio-demografiche della popolazione;

c. creazione di un portale informatico realizzato in collaborazione con diversi attori istituzionali in stretto raccordo con quanto già attivato a livello regionale, per costituire un punto di raccolta e di divulgazione di indagini e rapporti sul *welfare* sociale quale strumento di informazione sul sistema integrato di servizi e prestazioni effettivamente operante a livello centrale e locale. Ciò ai sensi della legge quadro 328/00 art. 21 (realizzazione Sistema informativo dei Servizi sociali);

d. Il rapporto di monitoraggio delle politiche sociali – parte II [24](vd. Cap. 8) prende in esame il sistema dei servizi sociali territoriali con un'analisi dettagliata che tiene conto delle più recenti informazioni statistiche prodotte in materia di prestazioni sociali e spesa dei comuni singoli e associati. Vengono considerati: la triplice misurazione della spesa, il numero di beneficiari, il costo unitario o il costo pro-capite della prestazione. La struttura del testo si articola in due aree: nella prima si introduce il quadro istituzionale della rete dei servizi, sono confrontate le due principali fonti informative esistenti e sono esposti i principali dati relativi alle prestazioni nel

[24] Pubblicato ottobre 2006

2003; nella seconda parte si ragiona sulle attività di monitoraggio nella prospettiva della definizione dei Livelli essenziali delle prestazioni, individuando gli ulteriori fabbisogni informativi ora non adeguatamente coperti e gli assetti istituzionali a tale scopo necessari.

Oltre alla disomogeneità territoriale, che è causa di disparità di opportunità e quindi di reali situazione di discriminazione nell'accesso al sistema da parte dei cittadini, il DPEF evidenzia che la persistente carenza di offerta di servizi - in particolare quelli destinati alla cura dell'infanzia e degli anziani -, contribuisce a mantenere basso il tasso di attività femminile (solo il 45% delle donne ha un'occupazione, 30% nel Mezzogiorno), con effetti negativi sul tasso di crescita potenziale dell'economia e con il corollario di un basso tasso di natalità. L'obiettivo del Governo, delle Regioni e delle Autonomie locali è rivolto quindi, nel rispetto delle aree di responsabilità, a migliorare e potenziare l'offerta di servizi sul territorio, ad assicurare ai minori ed alle persone anziane nuovi strumenti di promozione e tutela dei loro diritti e, nel contempo, rafforzare le pari opportunità per le donne, che svolgono i 2/3 del lavoro di cura all'interno delle famiglie, risultando così particolarmente penalizzate nella conciliazione dei tempi della loro vita.

Uno degli obiettivi primari rimane quello di promuovere modalità di accesso alle prestazioni in forma coordinata, integrata e programmata.
Questo prevede lo sviluppo e l'attuazione di diversi modelli di integrazione:
- l'*integrazione interistituzionale* che consente ai diversi soggetti titolari delle competenze sia in ambito sanitario che sociale di operare congiuntamente anche laddove - o sino a quando - non vi siano modalità di gestione unitaria dei servizi;
- l'*integrazione professionale* che consente ad operatori diversi di intervenire in modo coordinato sui bisogni accertati dei cittadini, assicurando risposte unitarie e integrate.

Tale processo si sviluppa tramite la diffusione di sistemi aventi le caratteristiche del *punto unico di accesso*, in grado di effettuare una valutazione complessiva del bisogno, predisporre diagnosi e percorsi individualizzati, orientare le singole azioni.

Ulteriore strumento che garantisce azioni di sistema sul tema della sussidiarietà è quello della *carta di cittadinanza*, che definisce, documenta e regola, i diritti e i doveri dei cittadini e delle amministrazioni in termini di servizi sociali, rafforzandone l'identità e l'appartenenza alla comunità, stabilendo un vero e proprio "patto" sul territorio riguardo agli impegni e alle responsabilità per una costruzione partecipata dei servizi sociali. Particolare attenzione inoltre sarà rivolta alle attività svolte dal difensore civico, dagli uffici di pari opportunità, dai centri antidiscriminazione, nell'ottica di una ottimizzazione delle risorse e dell'integrazione tra i servizi.

Asili nido. Uno specifico impegno, sulla scia degli orientamenti più volti ribaditi a livello comunitario – da ultimo il Consiglio di Primavera 2006 - è rivolto allo sviluppo dei servizi per la prima infanzia da condividere tra Amministrazioni centrali, regionali e locali. Lo sviluppo del sistema di asili-nido – orientato al raggiungimento del livello di offerta indicato dalla Strategia di Lisbona (33%), ha già fatto registrare dei miglioramenti negli anni passati, anche grazie a specifiche risorse finanziarie a ciò destinate (Fondo asili nido € 300milioni) che hanno peraltro mobilizzato sul territorio risorse finanziarie per 1 miliardo di €. I dati più recenti[25] evidenziano un numero di strutture rilevate dai sistemi informativi delle Regioni e delle Province autonome pari a 4.885 unità (di cui 2.905 pubblici e 1.850 privati), cioè il 62% in più rispetto ai 3.008 registrati nel 2000, con una percentuale di bambini accolti complessivamente, aumentata dal 7,4% del 2000 a quasi il 10% nel 2005, tenendo conto anche del valore del bacino di utenza sostanzialmente stabile nel quinquennio, costituito - allora come oggi - da poco più di circa 1.600.000 bambini 0-2 anni.

[25] ***I nidi e gli altri servizi educativi integrativi per la prima infanzia;*** Questioni e documenti vol. 36; Centro Nazionale di Documentazione e di analisi per l'Infanzia e adolescenza del Ministero della Solidarietà Sociale, marzo 2006

Consistente risulta l'apporto del settore privato allo sviluppo della rete dei servizi, operando per una quota prossima alla soglia del 40%. Ancora rilevanti le disomogeneità territoriali con percentuali di accoglienza di bambini che vanno dal 24% (Emilia Romagna) al 1,2 (Sardegna). Tale disomogeneità si riscontra anche in relazione alla spesa sostenuta dalle diverse regioni[26].

Su questa linea, lo sforzo è di avvicinarsi progressivamente agli obiettivi fissati a livello comunitario, incrementando in un quinquennio i posti per bambini 0-2 anni di 6 punti percentuali, attraverso la definizione di un Piano straordinario di intervento alle cui finalità si provvede con uno stanziamento di 100 milioni di euro l'anno per il periodo 2007-2009 (previsto nella legge Finanziaria 2007). Un impegno di risorse pubbliche, nazionali e regionali per dotare l'Italia di una rete di servizi educativi ed integrativi per l'infanzia, estesa, differenziata e qualificata, gestiti da una pluralità di soggetti pubblici e privati.

Il programma di azione per lo sviluppo del sistema di asili-nido fa leva, inoltre, sull'integrazione con il sistema scolastico, puntando anche ad ampliare e modulare gli orari di apertura dei nidi e delle scuola materne in modo da facilitare la conciliazione con gli orari di lavoro dei genitori. Per consolidare l'offerta educativa e per venire incontro alle esigenze delle famiglie, verranno istituite classi primavera dedicate ai bambini fra i 2 e i 3 anni secondo un progetto educativo a cui il Ministero della Pubblica Istruzione contribuisce con personale adeguatamente formato, d'intesa con gli enti locali, in via sperimentale.

Piano di intervento di servizi e prestazioni per le persone anziane. L'obiettivo è di promuovere una nuova strategia per l'invecchiamento attivo e di assicurare - nel contempo - l'assistenza alle persone non autosufficienti. Attraverso l'istituzione, nell'ambito della definizione dei livelli essenziali di assistenza, di un apposito Fondo (previsto nel disegno di legge finanziaria 2007 per 100 milioni di Euro, incrementati a 200 negli anni successivi) destinato al potenziamento del sistema di servizi assistenziali particolarmente a valenza domiciliare, e per assicurare l'integrazione con quelli sanitari. Le prime risorse del Fondo potranno essere utilizzate proprio allo scopo di promuovere il miglioramento degli assetti organizzativi e della diffusione di buone pratiche sul territorio. L'obiettivo è di determinare da un lato il sistema di diritti garantiti a tutte le persone che si trovano in condizioni di non autosufficienza sul territorio (con particolare attenzione alle generazioni più anziane) e dall'altro di sostenere e promuovere, nel rispetto delle competenze istituzionali in materia di programmazione degli interventi, lo sviluppo di modelli innovativi di presa in carico della persona anziana non autosufficiente e della propria famiglia, per la definizione di un progetto personalizzato, tarato sulle reali condizioni ed esigenze, messo a punto ed implementato attraverso un reale coordinamento tra operatori sociali e sanitari (equipes integrate, centrali operative, nuclei di valutazione, ecc.)

Nella definizione del nuovo piano di interventi si tiene conto anche dei flussi di spesa destinati alla protezione delle persone disabili e non autosufficienti, che complessivamente - con riferimento all'anno 2002 - ammontano a 49.097 milioni di euro in favore di 4.951.195 percettori di prestazioni di invalidità. Lo strumento principale è rappresentato dall'indennità di accompagnamento erogata nel 2005 a 1.629.290 persone, per un importo medio di € 5.012,00 ed un ammontare complessivo di circa € 8.165.890.000,00.[27]

Rilevante nel sistema di cura è l'offerta adeguata e distribuita in maniera equilibrata di assistenti familiari. Il governo sta definendo un progetto, che si ricollega ad iniziative già assunte a

[26] I dati in via di pubblicazione sulla spesa sociale dei Comuni dal Ministero della solidarietà sociale e ISTAT evidenziano Le regioni che hanno sostenuto la spesa maggiore sono state: Emilia-Romagna (135 milioni), Lazio (133 milioni), Lombardia (131 milioni), Piemonte (91 milioni) e Toscana (87 milioni) che insieme assorbono più dei due terzi dell'intero ammontare, nonostante la popolazione target di tali regioni sia pari soltanto a poco più di un terzo di quella totale

[27] assegno di carattere universale erogato per dodici mensilità in favore di persone invalide al 100% e non deambulanti o non in grado di compiere gli atti quotidiani della vita.

livello locale, da attuarsi attraverso la stipula di un'intesa istituzionale di programma con le regioni e che avrà ad oggetto la formazione e la qualificazione del personale destinato all'assistenza familiare, al fine di fornire aiuto e competenze nel lavoro di cura.

Piano nazionale per la famiglia.

Il Governo ha assunto l'impegno di imprimere una svolta significativa agli interventi in materia di politiche famigliari. A tal fine è stato istituito, nel contesto della manovra di risanamento della spesa pubblica varata nel luglio scorso, il Fondo nazionale per la famiglia per un ammontare di 3 milioni di euro per l'anno 2006 e di dieci milioni di euro a decorrere dall'anno 2007, incrementato nel disegno di legge finanziaria, di 210 milioni di euro a partire dal prossimo anno. Tra le finalità del Fondo - oltre all'Osservatorio Nazionale sulla Famiglia, al finanziamento di iniziative per la conciliazione dei tempi e la sperimentazione di iniziative per l'abbattimento di costi di servizi per le famiglie numerose - è prevista la definizione del Piano nazionale, che dovrà rappresentare il quadro conoscitivo, promozionale e orientativo degli interventi, con particolare riferimento alle forme di sostegno per la costituzione di nuove famiglie, per promuovere la genitorialità, per dare sollievo alle famiglie con persone malate e non autosufficienti, per prevenire e contrastare i fattori di crisi, per facilitare l'aiuto reciproco e la solidarietà intergenerazionale nella famiglia.

LOTTA ALLA POVERTA'

Il Governo, con il Documento di programmazione finanziaria, ha assunto uno specifico impegno per assicurare equità, giustizia sociale e migliori condizioni di benessere per gli individui e le famiglie a partire dalla riduzione della povertà. In tal senso entro il 2010 il Governo si impegna a portare l'indice di povertà in linea con la media europea. Tale obiettivo è perseguito attraverso la riforma delle politiche fiscali e di sostegno al reddito famigliare, di interventi nell'ambito delle politiche abitative, nella riduzione della povertà dei minori, nel potenziamento del ruolo del terzo settore, dell'economia sociale ed una nuova attenzione al problema delle povertà estreme.

In dettaglio:

Il sistema fiscale e di sostegno ai redditi

Con il disegno di legge per la finanziaria 2007 il Governo ha dato avvio alla riforma del sistema fiscale e dei redditi, indirizzando innanzitutto gli interventi per assicurare sostegno in favore di lavoratori e famiglie con redditi medi e medio bassi.

La manovra, attraverso un investimento complessivo pari a **7,3 miliardi di Euro,** è stata così articolata:

- **ampliamento della no tax area**, con l'innalzamento del livello di reddito minimo imponibile per i lavoratori dipendenti, autonomi e pensionati e con la trasformazione delle deduzioni da lavoro e pensione in detrazioni d'imposta e il loro innalzamento.
- **rimodulazione delle aliquote e degli scaglioni** di reddito in modo da ridurre l'imposta per i redditi medi e i redditi bassi. [28]
- **rimodulazione di assegni e detrazioni,** sostegno alle famiglie con figli. Inoltre, le deduzioni per carichi familiari vengono trasformate in detrazioni d'imposta uguali per tutti e incrementate in misura consistente.

Il risultato complessivo comporterà una riduzione delle imposte per oltre il 90 per cento dei contribuenti italiani, che vivono con meno di 40 mila euro l'anno lordi[29].

[28] Il tetto di reddito per il quale non interviene alcun prelievo fiscale è innalzato per i pensionati da 7.000 a 7.500 euro Per i dipendenti si tiene conto dei maggiori oneri per il lavoro e si arriva a 8.000 euro; il minimo imponibile per il lavoro autonomo è aumentato da 4.500 a 4.800 euro).

- la prima aliquota rimane a 23% fino a 15.000,00 euro annui
- la seconda e la terza si collocano rispettivamente al 27% (fino a 28.000,00 € e al 38% (fino a 55.000,00 €) (attualmente al 33 e 39%)
- viene introdotta una quarta aliquota al 41% (per redditi fino a 75.000,00 €)
- viene lasciata al43% l'aliquota massima, che agisce a partire da 75.000,00 € (attualmente sopra i 100.000 €).

Vengono anche aumentati gli assegni per il nucleo familiare per i dipendenti subordinati, parasubordinati e riformati. Rispetto ad oggi si avrà un aumento medio di € 250 all'anno per ogni figlio minore a carico. Inoltre, l'assegno familiare, combinato con la detrazione, raggiungerà, per i redditi bassi (€ 13.000), i € 2.400 annui in presenza di figli minori di tre anni e i € 2.300 in presenza di figli da tre a diciotto anni. Grazie alla detrazione d'imposta, anche il lavoratore autonomo avrà un aumento pari a oltre € 100 in media per ogni figlio minore.
All'incremento degli assegni familiari il disegno di legge finanziaria destina 1.400 milioni di euro[30]. Tale misura è rivolta a contrastare la condizione di svantaggio delle famiglie e dei minori fornendo, indipendentemente dalla condizione lavorativa dei genitori, una integrazione di reddito crescente in funzione della numerosità del nucleo familiare. Essa riconosce, nel contempo, il valore sociale della maternità e della paternità dotando così ogni bambino di un reddito che aiuta la famiglia fino al raggiungimento della maggiore età.

I nuovi interventi si affiancano ed integrano gli strumenti già esistenti e destinati a specifiche categorie di cittadini, quali l'assegno (e pensione sociale) [31] per il quale i più recenti dati pubblicati riportano una spesa complessiva nell'anno 2003 pari **€ 3.109.443.000,00** per un importo medio annuo di € 4.184 in favore di 743.232 beneficiari, o l'integrazione nel caso di persone titolari di una pensione[32]. Nel 2003, il numero di trattamenti pensionistici integrati al minimo sono stati pari a 4,7 milioni di euro per un importo complessivo annuo (comprensivo della prestazione di base e dell'integrazione) di 24.267 milioni di euro[33].

Un impegno indicato nel DPEF riguarda la riattivazione, su nuove basi, coerenti con gli orientamenti comunitari e con l'architettura istituzionale, del Reddito Minimo di inserimento in favore di chi vive in condizioni economiche particolarmente disagiate da coordinare con le azioni di inserimento o reinserimento lavorativo e sociale, in particolare nel Mezzogiorno. La definizione terrà conto di quanto fin qua sperimentato in termini di lotta alla povertà[34], anche a livello regionale, valutando l'efficacia in rapporto agli oneri finanziari posti a carico della collettività. Delle iniziative attive a livello regionale o locale si è dato conto nel Rapporto di monitoraggio 2005.

Interventi specifici per il contrasto alla povertà ed al disagio dei minori

Per intervenire in maniera incisiva nella riduzione della povertà dei minori, il Piano d'azione per l'infanzia e l'adolescenza 2006-2009, (in via di definizione) in linea con gli obiettivi e le azioni definite nel DPEF, prevede oltre a quanto già richiamato in relazione alla riforma dei sostegni al reddito famigliare e alle misure di conciliazione dei tempi di lavoro e di cura dei genitori, una serie di azioni di sostegno all'autonomia dei giovani e di prevenzione della dispersione scolastica, di contrasto allo sfruttamento e all'impiego illecito ed illegale dei minori.
Quanto alla prima tipologia di misure, è allo studio del Governo la creazione di una "Dotazione di capitale per i giovani", con la quale al momento della nascita si predisporrà una dotazione di capitale che il giovane può utilizzare al compimento del diciottesimo anno.

---

[29] Risorse per tipologie di beneficiari della manovra: oltre 3,8 miliardi di euro in favore di lavoratori dipendenti e parasubordinati (di cui 2,1 miliardi come sostegno alle loro famiglie); oltre1,8 miliardi di euro ai pensionati; oltre 1,6 miliardi di euro ai lavoratori autonomi (di cui quasi 1 miliardo come sostegno alle loro famiglie).

[30] Nel 2004 l'INPS ha erogato prestazioni in forma di assegno al nucleo famigliare (o assegni famigliari) in favore di lavoratori dipendenti e parasubordinati, nella misura di 4.437.685 per un importo complessivo pari a € 4.758milioni di euro

[31] erogati ai cittadini italiani, comunitari ed extracomunitari se in possesso di carta di soggiorno,
ultrasessentacinquenni privi di reddito

[32] I beneficiari delle pensioni IVS integrate al minimo sono per lo più donne; ad esse è, infatti,destinato il 78,3% del totale dei trattamenti, percentuale che sale all'85,3% nel caso delle sole pensioni ai superstiti

[33] ***Rapporto di monitoraggio NAP inclusione sociale*** citato; ***Rapporto di monitoraggio politiche sociali***, parte II. Ministero del lavoro e pol. Soc. marzo 2006.

[34] L'esperienza del Rmi costituisce un precedente importante sui cui il Governo sta operando una riflessione e un confronto con istituzioni e parti sociali. Nei bienni di sperimentazione (1999-2000, 2001-2002), sono stati 306 i comuni coinvolti, distribuiti soprattutto nelle aree del Centro Sud. L'implementazione è stata accompagnata da una azione di valutazione al fine di evidenziarne il grado di adeguatezza rispetto all'obiettivo finale.

Con riferimento alle misure di contrasto della dispersione scolastica e dello sfruttamento del lavoro minorile, il Governo:

a. prosegue nella realizzazione del piano di iniziative ed azioni di contrasto alla dispersione scolastica, che nonostante i positivi risultati è ancora al di sopra della media europea del 18,8%, livello che si intende perseguire entro il 2010.

Rilevante inoltre, il significativo incremento del tasso di scolarità nel primo anno delle scuole secondarie di II grado (dal 86% del 2000 si è passati ad oltre il 91% nel 2003, percentuale in lieve aumento nel 2004). Nel contempo, è considerevolmente aumentato anche il numero dei giovani (di circa 25 mila unità a fronte dei 600.000 alunni iscritti alla prima classe della scuola secondaria superiore), che hanno scelto di tornare a studiare dopo almeno un anno dal conseguimento della licenza media.

Per assicurare la continuità educativa anche in condizioni di particolare disagio, sono attivi numerosi progetti di istruzione domiciliare rivolti agli alunni malati e ospedalizzati .Sono inoltre funzionanti sezioni di ogni ordine e grado presso ospedali pediatrici e specialistici e classi per coloro che sono impegnati in attività sportive agonistiche.[35]

b. in relazione al contrasto allo sfruttamento del lavoro minorile, ha ricostituito nel settembre di questo anno il **Tavolo tra Governo e Parti Sociali** al fine di favorire il dibattito sul lavoro minorile riconoscendo che un approccio coordinato - da parte dei Governi, le parti sociali, le organizzazioni internazionali, gli enti locali, le ONG, le altre organizzazioni coinvolte e i singoli cittadini - , costituisce il modo più efficace per ottenere risultati positivi. Attenzione prioritaria è riservata inoltre alla formazione continua degli Ispettori del Lavoro su tale problematica, al fine di promuovere programmi innovativi volti a intercettare i bambini e gli adolescenti che hanno abbandonato la scuola o i processi di apprendimento o che ne sono stati esclusi.

Infine, a garanzia di un'efficace ed effettiva attuazione di queste misure per l'attuazione del principio delle pari opportunità per tutti i bambini e le bambine presenti sul territorio dello stato italiano, il Piano prevede l'istituzione del Garante per l'infanzia, figura che in base a quanto indicato dalla Risoluzione dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite 48/134 (c.d. Principi di Parigi) si pone su un piano di indipendenza rispetto ai poteri dello Stato e ha lo scopo di promuovere i diritti dell'infanzia.

Il Piano nazionale prende inoltre in considerazione il problema dei minori appartenenti alle minoranze etniche, con particolare riferimento ai bambini appartenenti alle popolazioni nomadi, quali i Rom. Di tale aspetto si darà conto più avanti.

Gli interventi per ridurre il disagio abitativo: un altro strumento di contrasto alle situazioni di povertà .

.

Il governo intende varare, in raccordo con le Regioni e le autonomie locali, un Piano nazionale per affrontare in maniera più compiuta il problema del disagio abitativo che rappresenta un aspetto di sensibile criticità nel contesto nazionale. La legge finanziaria prevede un primo stanziamento di 50milioni di euro per sostenerne la realizzazione e che accompagna la predisposizione di un disegno di legge governativo Il provvedimento definisce le modalità di proroga degli sfratti per un periodo tra gli otto e i diciotto mesi in favore di famiglie con un reddito inferiore a 27mila euro e che presentano all'interno del nucleo un famigliare ultrasessantacinquenne o figli a carico, o un malato

- [35] **Scuole Polo** che supportano le classi presso le **strutture ospedaliere** per gli studenti ospedalizzati e il servizio di istruzione domiciliare. Le scuole polo sono attualmente 18, distribuite su 18 regioni italiane, che coinvolgono 139 scuole e 207 sezioni ospedaliere. **Progetto "Ski College":** finalizzato a prevenire la dispersione scolastica e sportiva degli studenti agonistici degli sport invernali. Tale progetto, che coinvolge 9 istituti dislocati nelle aree alpine e dell'Appennino centro-meridionale, utilizza tutti gli strumenti della flessibilità organizzativa e didattica.

terminale, o persona con disabilità superiore al 66%[36]. Rimane al 40,5% la detrazione per chi affitta a canale concordato, con possibilità di creare risorse residuali da investire nei programmi A fronte di ciò i Comuni devono assicurare il varo di piani pluriennali per definire interventi strutturali di rilancio delle politiche abitative. Il Piano nazionale è volto inoltre a stimolare l'offerta di alloggi attraverso l'edilizia residenziale pubblica e interventi di housing sociale, nonché a promuovere il recupero di immobili attraverso forme di autorecupero e autocostruzione, anche tenendo presente esperienze regionali già attivate, in favore di famiglie con redditi medio e medio-bassi .
Sarà realizzato infine entro il 2007 un convegno internazionale incentrato sullo sviluppo di forme di autorecupero e autocostruzione.

Il contributo del volontariato, dell'associazionismo di promozione sociale alla riduzione delle condizioni di povertà. L'economia sociale e la responsabilità sociale delle imprese

L'Osservatorio nazionale del volontariato finanzia annualmente, in base ad una direttiva ministeriale, progetti presentati dalle organizzazioni, orientati alle diverse aree dell'inclusione (per l'anno in corso la priorità è riservata alla prevenzione del disagio minorile e giovanile, di giovani immigrati e alla promozione di forme di volontariato dei giovani). L'obiettivo principale è quello di favorire l'introduzione e la diffusione di metodologie di intervento integrate partecipative, condivise e particolarmente innovative[37], protési *"……*ad *includere più che ad assistere e a promuovere più che a riparare"*. Ciò anche attraverso l'ampliamento degli indicatori per l'efficacia e l'efficienza dei progetti nonché la relativa sostenibilità ed impatto.
Un ulteriore contributo alla riduzione delle condizioni di marginalità ed esclusione sociale viene dall'Associazionismo di promozione sociale - di cui alla legge 383/2000 -, che riconosce il valore sociale dell'associazionismo liberamente costituito e delle sue molteplici attività, come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo; anche in questo contesto vengono approvati e finanziati progetti ed attività elaborati da tali associazioni per fare fronte a particolari emergenze sociali e sviluppare metodologie avanzate attente al sostegno e all'integrazione sociale di persone fragili.

Il riconoscimento giuridico del fenomeno, già in via di espansione, ha determinato una ulteriore crescita esponenziale della dimensione economica e sociale del terzo settore determinando un aumento dell'incidenza economica delle attività non profit sul prodotto interno lordo del nostro paese e soprattutto una importante capacità di assorbimento di forza lavoro, come peraltro esplicitamente sollecitato dai Consigli europei di primavera.

Il decreto legislativo sull'impresa sociale del 24 marzo 2006 e i conseguenti atti in fase di predisposizione, disciplinano questo nuovo soggetto giuridico, che si differenzia dalle imprese commerciali, ma anche dal settore non profit tradizionale, coniugando l'attività economica con la finalità sociale, dedicandosi senza scopo di lucro ai beni e ai servizi di utilità sociale. [38]

In tale prospettiva si colloca anche l'azione attivata per la promozione e la diffusione della cultura della responsabilità sociale delle imprese, incentrata su un approccio volontario e

[36] La proroga ha durata fino al 30 giugno 2007 per i Comuni che hanno presentato la documentazione per il piano abitativo, e fino al 30 giungo 2008 per chi abita in una casa il cui proprietario ne possiede altre 99.

[37] "*Rafforzando in questo modo la governance, la trasparenza e la partecipazione dei soggetti interessati all'elaborazione, all'attuazione e al monitoraggio delle politiche*". Cfr. Comunicazione della Commissione europea "lavorare insieme, lavorare meglio: un nuovo quadro…..", pag. 6.

[38] Il Ministero della Solidarietà sociale in collaborazione con Isfol, , ha previsto di dar corso ad una nuova serie di attività incentrate su peculiari punti di interesse della nuova disciplina; nello specifico si tratta di studi su:settori di "utilità sociale" correlati ai cd. nuovi bacini di impiego: un'indagine quali-quantitativa su domanda e offerta di settore; rapporto normativa di settore/normativa impresa sociale e politiche di promozione, incentivi del settore/politiche di promozione, incentivi per l'impresa sociale; i fabbisogni di policy da parte dei soggetti del terzo settore. coinvolgimento dei lavoratori e dei destinatari delle attività di cui all'art. 12 ed all'art. 14 comma 3; bilanci sociali di cui all'art. 10 comma 2 ed all'art. 14 comma 3: si ritiene opportuno a tale riguardo promuovere alcune azioni volte a favorire il mainstreaming di prassi innovative e di regolamenti organizzativi utili alla definizione di linee guida per la definizione attuativa.

multisteakeolder, in una logica di integrazione tra competitività e scelte socialmente responsabili, di rendicontazione sociale ed attraverso un costante sguardo allo sviluppo di buone prassi tipiche del contesto socio-produttivo. Attenzione particolare è rivolta al mondo delle piccole e medie imprese che costituisce il tessuto portante del nostro sistema produttivo.

2.1. Le povertà estreme

Il problema della persone che vivono in condizione di grave marginalità è stato affrontato in Italia in maniera piuttosto frammentaria Gli ultimi dati ufficialmente disponibili, a seguito di una ricerca quantitativa svolta a livello nazionale, risalgono al 2000 ed hanno portato a stimare in 17.000 circa le persone senza dimora[39] presenti in Italia, con una forte concentrazione nei comuni di dimensioni più grandi, una presenza prevalente di uomini (80%), relativamente giovani (70% < 48 anni), egualmente suddivisi tra italiani e stranieri.

Da considerare tuttavia è la valutazione, seppur empirica degli operatori, che quotidianamente constatano presso i propri servizi un aumento di presenze e frequenza oltremodo preoccupante (tra il 2001 ed il 2006 in città come Roma, Milano o Genova alcuni servizi di prima accoglienza, specialmente diurna, hanno registrato aumenti di affluenza sino al 250%), accompagnato ad una diversificazione crescente della tipologia delle persone che sono o divengono senza dimora, non più riconducibili, se mai lo sono state, ad alcuno degli stereotipi diffusi nell'opinione pubblica.

Gli interventi attivati in questi anni sono stati per lo più di carattere assistenziale e derivati dall' art. 28 L. 328/2000. Di alcune iniziative assunte a livello locale si è data indicazione nel Rapporto di monitoraggio.

Anche in tal senso è necessario definire una strategia complessiva condivisa tra i livelli istituzionali e le organizzazioni non governative specializzate in questo ambito, partendo proprio da un'indagine che consenta di disporre di dati aggiornati[40], sia con riferimento alla popolazione che vive in condizioni di estrema marginalizzazione e senza fissa dimora sia con riferimento all'offerta di servizi e prestazioni attualmente erogati. Ciò consentirà l'individuazione di misure più appropriate, idonee a garantire la diffusione nel territorio nazionale di strutture di ascolto, accoglienza progettuale ed accompagnamento sociale, di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili ed indirizzare le azioni da compiere in maniera il più possibile efficiente ed efficace.

3. RAFFORZARE I PERCORSI DI INCLUSIONE SOCIALE PER GRUPPI *TARGET*

3.1 Gli interventi in favore delle persone immigrate

Di fronte alla complessa questione dell'immigrazione, il Governo sta ponendo in atto una strategia articolata con un obiettivo di fondo: favorire l'integrazione degli immigrati, anche attraverso un miglior governo dell'immigrazione regolare e il contrasto all'immigrazione irregolare. Le politiche di integrazione degli immigrati si stanno indirizzando sempre più verso politiche che assicurino l'accesso ai diritti, a partire dal diritto all'unità famigliare, alle cure sanitarie, all'alloggio, al lavoro, allo studio e alla formazione professionale, nonché all'eliminazione delle discriminazioni, la lotta allo sfruttamento legato al lavoro nero, la tratta di esseri umani, andando quindi ben oltre l'accoglienza.

L'azione complessiva è costituita da provvedimenti già definiti, quali lo schema di decreto sui ricongiungimenti familiari, quello per la carta di lungo-soggiorno, il disegno di legge sulla cittadinanza ed altri interventi in corso di definizione, primo fra tutti la riforma dell'attuale

[39] L'indagine ha preso in considerazione in un ampio campione di città italiane, le persone presenti in una stessa notte in strada o in dormitori di prima accoglienza. Le persone censite rappresentano dunque la fascia di disagio più acuto nell'ambito della grave emarginazione, senza peraltro esaurirla. Adottando le definizioni contenute nel modello europeo ETHOS, promosso da FEANTSA e proposto in allegato al presente contributo, le persone censite dall'indagine italiana, all'interno dell'*homelessness*, sono essenzialmente i *roofless* e parte degli *houseless.*

[40] Unici dati più aggiornati sono stati prodotti dalla regione Veneto che nel 2005 ha condotto un'indagine in questo ambito, con particolare riferimento al numero di persone senza fissa dimora e strutture di accoglienza e erogazione servizi.

normativa italiana in materia di immigrazione. I primi due provvedimenti, in corso di definizione, sono in attuazione di specifiche direttive europee[41].

Sotto l'aspetto della cittadinanza, il Governo ha varato un disegno di legge che porta il requisito per il riconoscimento della cittadinanza a cinque anni di residenza legale senza interruzioni, accompagnato - per gli adulti - a un accertamento dell'intervenuta integrazione. Il disegno di legge introduce anche il principio dello *ius soli* che riconosce al minore figlio di cittadini stranieri residenti in Italia da almeno cinque anni, il diritto alla cittadinanza italiana.

A tali interventi normativi si aggiungono una serie di misure volte a favorire l'incontro "regolare" tra la domanda e l'offerta di lavoro straniero, rendendo il collegamento tra soggiorno e impiego più realistico e rispondente alle esigenze delle nostre imprese e delle nostre famiglie; di adeguare la durata del permesso di soggiorno alla realtà del mondo del lavoro e rendere meno gravosi per l'Amministrazione e per l'immigrato i procedimenti di rinnovo.

Tra gli interventi di revisione normativa si possono annoverare: la previsione del permesso di soggiorno per ricerca lavoro, la reintroduzione dell'istituto dello sponsor, la definizione di tempi e procedure certe per il rilascio del permesso di soggiorno, il riconoscimento ai cittadini stranieri regolarmente residenti in Italia dell'elettorato attivo e passivo nelle consultazioni amministrative locali

Inoltre, la legge finanziaria per il 2007, prevede l'istituzione di un Fondo per l'inclusione delle persone immigrate, con un'assegnazione di risorse pari a 50 milioni di euro per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009, con particolare riguardo alle situazioni locali di degrado sociale e abitativo dei migranti e dei loro familiari.

Va ricordato che, anche in questo ambito, particolare attenzione è rivolta – come evidenziato in altre sezioni del presente Rapporto - al rafforzamento della governance. Così la programmazione delle quote annuali di ingressi per motivi di lavoro definita a livello centrale viene realizzata con un metodo di concertazione partecipata a cui aderiscono non solo Regioni ed Enti Locali, ma anche le Parti Sociali. Ciò al fine di garantire che gli ingressi di cittadini stranieri nel territorio nazionale siano coerenti con le reali potenzialità territoriali di accoglienza ed integrazione e con la disponibilità di manodopera nei paesi di origine, tenendo conto della situazione del mercato del lavoro italiano e dei fabbisogni espressi dalle Regioni e dagli enti locali.

Il Governo, inoltre, intende valorizzare i momenti di confronto tra il livello istituzionale e il mondo dell'associazionismo attraverso la ricostituzione della Consulta per i problemi degli immigrati, di cui fanno parte associazioni, parti sociali, etc. Al fine di monitorare annualmente lo stato di attuazione delle politiche di integrazione, nonché di elaborare politiche che possano adeguarsi ai mutevoli bisogni, sarà ricostruita la Commissione per le politiche di integrazione.

L'integrazione scolastica degli studenti stranieri

Con riferimento al disagio specificamente legato alle **aree a rischio e a forte processo immigratorio** è confermato l'ammontare annuo di risorse finanziarie, pari a € 53.195.060,00 per il finanziamento di progetti di scuole, di ogni ordine e grado, collocate in aree a rischio di tutto il territorio nazionale[42].

---

[41] Lo schema di decreto sui ricongiungimenti famigliari disciplina in particolare: la condizione dei figli minori (non più "a carico", requisito implicito); il ricongiungimento dei genitori, riconosicuto in assenza di un "adeguato sostegno familiare nel Paese di origine"; la possibilità di esercitare attività lavorativa per lo straniero che fa ingresso per assistere un minore. Anche i rifugiati, infine, potranno avvalersi del ricongiungimento sulla base di queste norme.
Per quanto attiene alla carta di soggiorno lo schema di decreto prevede come requisito minimo per ottenere lo status di soggiornante di lungo periodo il termine di cinque anni di permesso di soggiorno, invece che sei previsti dalla ormativa italiana. La "carta per soggiornanti di lungo periodo" è a tempo indeterminato ed è rilasciata entro 90 giorni dalla richiesta.

[42] Le risorse sono suddivise annualmente tra gli Uffici Scolastici Regionali, utilizzando indicatori di carattere sociale e di disagio economico. Tra le azioni figurano:

1. interventi di formazione del personale scolastico, da attuarsi in collaborazione con le agenzie locali, partendo dalla situazione territoriale e dalle esigenze specifiche e individuando le modalità di formazione ritenute più idonee;

Il monitoraggio delle azioni realizzate in precedenza, evidenzia oltre ad un miglioramento della qualità dell'intervento (grazie a reti scolastiche e locali, coinvolgimento di docenti qualificati, partecipazione diretta delle famiglie) anche nella positività dei risultati conseguiti dagli alunni in particolare la riduzione dell'insuccesso scolastico.

A conferma della rilevanza assegnata a questo ambito, è in funzione **l'Ufficio per l'integrazione degli alunni stranieri,** con compiti di studio e programmazione degli interventi e gestione delle relative risorse, di monitoraggio sull'impiego delle risorse e valutazione d'impatto dei progetti, promozione di iniziative condivise con i diversi attori istituzionali e non.

Minori stranieri non accompagnati

La presenza di minori stranieri non accompagnati(oltre 15.000 minori rilevati su tutto il territorio nazionale - dato al 2004) rappresenta un fenomeno criticamente diffuso sul territorio nazionale che richiede un forte impegno in particolare da parte dei Comuni che assicurano i servizi basilari di accoglienza, salute e scolarizzazione. Per mettere in campo interventi efficaci si intende pervenire alla standardizzazione delle procedure atte a censire e monitorare il fenomeno. Le Regioni, inoltre, per contrastare il fenomeno dei minori stranieri non accompagnati, concorrono alla realizzazione di azioni nei paesi di origine dei minori stessi, favorendo l'investimento di più rilevanti risorse, il partenariato con le Autorità nazionali e locali e le ONG che operano nei paesi di origine nell'ambito della cooperazione decentrata, in modo da incidere sul fenomeno in un'ottica di prevenzione scoraggiando, da un lato, la partenza e sostenendo, dall'altro, i processi di reinserimento a seguito di un rimpatrio assistito.

Inoltre, l'obiettivo degli interventi sul versante territoriale è quello di reperire risorse da destinare all'implementazione e al potenziamento della rete locale di accoglienza, sostenendo le realtà più significativamente interessate dal fenomeno provvedendo parallelamente al monitoraggio dello stesso.

Le minoranze – I Rom.

Nell'ambito dell'attuazione del principio di non discriminazione, alla base della Convenzione ONU sui diritti per l'infanzia, particolare rilevo assume la promozione dei diritti dei minori appartenenti alle minoranze etniche. Sono state individuate e definite misure indirizzate alla specifica situazione dei minori appartenenti a popolazioni nomadi quali i Rom. Tra le misure figurano:

- un tavolo che riunisca Governo, associazioni Rom e associazioni del privato sociale che lavorano con i minori Rom, al fine di stilare un piano d'azione per la loro inclusione con particolare attenzione all'accesso all'istruzione[43] e ai servizi sanitari;
- la diffusione delle buone pratiche relative a servizi e interventi realizzati a livello locale, quali ad esempio il Centro antimendicità realizzato dal Comune di Roma;
- Il rafforzamento dell'utilizzo di mediatori culturali**,** in particolare negli interventi rivolti ai minori Rom, Sinti e Camminanti.

Tra i minori particolarmente svantaggiati sono da considerare anche i ragazzi ospitati negli Istituti Penali per Minorenni e nelle Comunità ministeriali, molti dei quali appartengono alla minoranza nomade ROM**.** Per questi soggetti è stato co-finanziato dal Dipartimento per l'Innovazione

---

2. interventi a favore degli alunni e delle loro famiglie, anche attraverso l'attivazione di reti fra scuole per la diffusione delle esperienze e lo scambio di materiali, di reti istituzionali ed interistituzionali sul territorio al fine di realizzare iniziative locali atte a favorire l'accoglienza e l'inserimento degli alunni stranieri;
3. l'accoglienza e l'integrazione da attuarsi nelle scuole (strumenti di comunicazione in lingua tra scuola e famiglia;
4. la costituzione di nuclei per la continuità dell'integrazione, l'individuazione di scuole polo per la continuità dell'integrazione degli alunni immigrati;
5. la realizzazione di intese collaborative fra scuole.

[43] E' stato finalizzato ad es. un Protocollo d'Intesa tra il MIUR e l'Opera Nomadi per la tutela dei minori zingari, nomadi e viaggianti e sono state realizzate due indagini annuali: "Alunni con Cittadinanza Non Italiana - Scuole statali e non statali", sulla presenza degli alunni stranieri nella scuola e "Indagine sugli esiti degli alunni con Cittadinanza Non Italiana (anno 2005)", che esamina alcuni aspetti qualitativi del fenomeno ed approfondisce le diverse implicazioni di una realtà che ormai sta assumendo una dimensione stabile e una valenza strutturale.

Tecnologia il progetto "@URORA (**AU**silio per il **R**ecupero, l'**O**rientamento ed il **R**einserimento degli **A**dolescenti del penale) . Il progetto è finalizzato a garantire il diritto all'istruzione-formazione fino ai 18 anni, nel quadro più complessivo del contenimento della dispersione scolastica, incrementando il livello di motivazione allo studio grazie all'impiego delle nuove tecnologie. Obiettivo generale: facilitare il reinserimento sociale dei minori sottoposti a provvedimento penale offrendo loro percorsi formativi professionali affini alle discipline informatiche mediante l'uso intensivo delle muove tecnologie multimediali.

3. 2. L'inclusione delle persone con disabilità

Interventi ed azioni sono stati promossi con particolare riferimento all'accessibilità (ai servizi, alle tecnologie, al lavoro ed all'istruzione[44]); al sostegno alle famiglie con persone disabili, ai progetti per la vita indipendente (15 milioni di euro destinati alla realizzazione di strutture per "Il dopo di noi").

Il nuovo percorso di interventi, fondato sui principi di non discriminazione e pari opportunità (rilevante in tal senso la prossima adozione della Convenzione ONU sui diritti delle persone disabili), coerente con le sfide definite a livello comunitario (accesso a tutto per tutti) è volto a conseguire risultati significativi nel campo dell'integrazione lavorativa, dell'accesso ai servizi, all'ambiente e ai trasporti, alle tecnologie. In particolare:

- forme innovative di coordinamento tra tutte le amministrazioni, centrali e decentrate, con la partecipazione attiva delle rappresentanze associative e delle parti sociali per assicurare il *mainstreaming* della disabilità nel contesto complessivo delle politiche, definendo congiuntamente nuove strategie di inclusione, attraverso la costituzione di uno specifico Organismo sulla condizione delle persone con disabilità;
- la razionalizzazione del sistema di protezione delle persone disabili, anche attraverso la semplificazione ed omogeinizzazione delle procedure in materia di accertamento delle disabilità (un gruppo tecnico interistituzionale è già attivo);
- risorse specificamente destinate all'abbattimento delle barriere architettoniche (l. 13/89) e un piano complessivo per favorire la mobilità delle persone disabili che tenga conto tra gli altri, del recente Regolamento UE in tema di relativo ai diritti delle persone disabili e delle persone a mobilità ridotta nel trasporto aereo;
- il proseguimento ed ampliamento della prima sperimentazione effettuata per introdurre a livello nazionale la nuova classificazione della disabilità (ICF approvata dall'OMS) anche al fine di utilizzarla progressivamente nel sistema nazionale di criteri di accertamento, rendendolo così più omogeneo e rispondente ai reali bisogni delle persone disabili;
- la sistematizzazione della normativa vigente per assicurare un quadro legislativo certo.
- l'utilizzazione dei programmi di accessibilità per i disabili a tutti i Portali dell'istruzione e della formazione professionale.
- Misure specifiche rivolte all'educazione, alla formazione e all'integrazione lavorativa delle persone con disabilità con un'attenzione specifica al passaggio scuola-lavoro. In tal senso, è stato costituito un Osservatorio presso il Ministero dell'Istruzione con la partecipazione delle associazioni. In tema di lavoro, oltre ai progetti già attivati, prioritaria è la ridefinizione di alcuni aspetti della legislazione in materia di collocamento mirato (l. 68/1999 e d. lgs. 276/2003) per rendere le norme più efficaci ai percorsi di inserimento personalizzato dei lavoratori disabili. E' stato inoltre ripartito tra le regioni e province autonome, il Fondo per il diritto al lavoro dei disabili, per l'anno 2006, nella misura complessiva di € 30.987.414,00.

[44] Il rapporto di monitoraggio delle politiche di inclusione sociale 2003-2005 registra un notevole incremento di alunni disabili (oltre 160mila nell'anno 2004-05). E' notevolmente cresciuta anche la presenza di studenti disabili nelle scuole superiori, (oltre 30mila).

2. INNALZAMENTO E STABILIZZAZIONE DEI LIVELLI DI PARTECIPAZIONE AL MERCATO DEL LAVORO

In materia di politiche per l'occupazione, gli interventi del governo, come indicati nel Disegno di legge finanziaria 2007, sono incentrati principalmente sullo sviluppo dell'occupazione di qualità, sulla lotta alle disparità territoriali, sull'emersione del lavoro irregolare, sulla tutela delle fasce deboli e sul miglioramento della sicurezza sul lavoro, in adesione agli obiettivi della rinnovata Strategia di Lisbona. Tali interventi consistono sia in misure di portata generale, attuate attraverso lo strumento legislativo, sia in azioni mirate, soprattutto progetti di tipo sperimentale. In particolare, gli interventi di natura fiscale e contributiva sono finalizzati al recupero immediato di margini di competitività attraverso una riduzione del costo del lavoro. Si tratta di una scelta che apre la strada a una flessibilità che si riflette in rapporti di lavoro più stabili e riducendo la frammentazione delle tipologie occupazionali.

La principale misura riguarda la riduzione degli oneri a carico del lavoro, il cosiddetto "cuneo fiscale": riduzione del carico fiscale e contributivo di 5 punti percentuali rispetto alla retribuzione lorda.[45] Si applica esclusivamente al costo del lavoro dipendente a tempo indeterminato, al fine di ridurre l'incidenza dei lavoratori precari. Sono deducibili altresì le spese relative agli apprendisti, ai disabili, al personale con contratti di formazione-lavoro e al personale addetto alla ricerca e sviluppo. Un'ulteriore riduzione è prevista per le aziende del sud che assumono donne.

Nel complesso si tratta di un intervento che, rispetto alla retribuzione media lorda (quasi € 24.000 , inclusi i contributi a carico del lavoratore) fa risparmiare all'impresa il 3% l'anno (cioè circa € 700 di Irap in meno) per ogni lavoratore assunto a tempo indeterminato. Tenendo conto anche della riforma degli assegni famigliari, va considerato complessivamente un vantaggio di circa due punti percentuali in busta paga a favore del lavoratore medio -.

Inoltre, sono definite misure di incentivazione per trasformare i rapporti di collaborazione a termine in contratti di lavoro subordinato a tempo indeterminato.[46] Esse sono particolarmente orientate a favorire i giovani già impegnati in rapporti di lavoro a termine, migliorandone sensibilmente l'accumulo contributivo per il periodo di tale attività, anche ai fini di un miglior trattamento pensionistico, e naturalmente per contrastare la continuità di una situazione di precaria, agendo sulle convenienze offerte dall'ordinamento in sinergia con le altre misure varate, (il cuneo fiscale per il lavoro a tempo indeterminato).

Al contempo, un sistema efficiente e universale di sicurezza sociale è una priorità dell'azione di Governo dei prossimi anni. In questa ottica, l'impegno è di mettere a punto un nuovo sistema di ammortizzatori sociali e di garanzie per le lavoratrici e i lavoratori con particolare attenzione alle categorie più deboli – giovani, donne e lavoratori ultracinquantenni – al fine di garantire l'equilibrio tra le esigenze di flessibilità del mercato del lavoro e le indispensabili tutele del modello sociale europeo. Alcune misure sono già previste nel disegno di legge finanziaria.

La strategia indicata dalla Finanziaria 2007 per favorire l'emersione del lavoro irregolare e contro il lavoro nero si articola in vari interventi, con misure volte a promuovere l'emersione spontanea, rendendola conveniente per il datore di lavoro, senza che ciò danneggi il lavoratore, ma

---

[45] così ripartito: per il 60% (3 punti) a favore delle imprese e per il 40% (2 punti) a favore dei lavoratori. Per la parte di sgravio rivolta alle imprese, la deduzione di parte del costo del lavoro dalla base imponibile dell'Irap attraverso: (*a*) deduzione di tutti gli oneri sociali relativi ai lavoratori assunti a tempo indeterminato e (*b*) ulteriore deduzione di 5.000 euro per ogni lavoratore, a cui si aggiungono altri 5.000 euro nelle regioni del Mezzogiorno (nel rispetto dei limiti derivanti dall'applicazione della regola "*de minimis*" di cui al Reg. CE 69/2001).

[46] Le disposizioni per la stabilizzazione dei rapporti di lavoro favoriscono la trasformazione di rapporti di lavoro a tempo determinato e a progetto (co.co.co., co.co.pro.) in lavoro subordinato. Operano a seguito di accordi aziendali ovvero territoriali tra datore di lavoro (committente) e Organizzazioni sindacali, fino al 30 aprile 2007. In caso di assunzione con contratto di lavoro subordinato del lavoratore già utilizzato con co.co.pro., il datore di lavoro verserà una somma a titolo di contributo straordinario integrativo alla gestione speciale presso l'INPS, cui corrisponderà, a carico della finanza pubblica, un contributo nella misura massima utile a raggiungere l'aliquota contributiva prevista per il lavoro subordinato.

anzi ne garantisca la regolare e stabile occupazione[47]. Si promuovono inoltre accordi sindacali che favoriscano la regolarizzazione del lavoro nero.

Per quanto riguarda i nuovi progetti, alcuni accompagneranno in vario modo le misure sopra accennate; con altri si sperimenteranno *"Indici di congruità"*, cioè metodologie che consentano di individuare, per bacini territoriali e settoriali, gli indicatori e gli standard di congruità aziendali, al fine di definire i gruppi di imprese che mostrino profili di anomalia[48]. Tali indici saranno di supporto alle attività di ispezione e controllo per la lotta al lavoro irregolare per la quale si adotterà anche uno specifico programma di formazione del personale ispettivo.

4.1 Integrazione occupazionale: precondizioni sociali e strumenti d'inserimento occupazionale

La sostenibilità nel tempo dell'integrazione occupazionale dei soggetti più deboli può essere considerata dipendente in buona misura dalla creazione di buone precondizioni, identificabili in prima battuta con un livello di reddito minimo stabilito, condizioni abitative non precarie e, ove necessario, l'alleggerimento dei carichi di cura familiare o di condizioni di disagio dei minori presenti nei nuclei interessati.

In secondo luogo i percorsi di avvicinamento all'integrazione occupazionale possono essere costruiti rafforzando e dotando di risorse aggiuntive la strumentazione regolativa attualmente disponibile per flessibilizzare le fasi di ingresso nel mondo del lavoro, progettandole con consistenti componenti formative (apprendistato, tirocinio, convenzioni ecc.). Strumenti quali la convenzione o il tirocinio sono stati in questi anni utilmente sperimentati nelle politiche locali del lavoro per realizzare inserimenti mediati e graduali nelle organizzazioni produttive. Di qui l'opportunità di disporre di strumenti finanziari flessibili per rafforzare lo sviluppo di *policy mix* locali che consentano l'effettiva integrazione sociale ed economica di cittadini altrimenti impossibilitati a confrontarsi con il mercato del lavoro aperto.

Nell'ottica della nuova politica di coesione sociale europea, vanno dunque valorizzati, a livello nazionale, interventi pluridimensionali, che sviluppano una gamma di azioni: da quelle assistenziali a quelle attive e preventive, allo sviluppo delle reti e dei servizi, alle politiche di emersione e a quelle relative allo sviluppo del sapere, delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione.[49]

L'occupazione femminile

Il persistente svantaggio di genere si evidenzia in particolare nell'ambito occupazionale, contrassegnato da una difficoltà di ingresso e ricollocazione delle donne nel mercato del lavoro, da una rilevante presenza femminile nel mercato del lavoro sommerso, da discriminazioni di genere sia

[47] Tra i principali interventi: l'estensione dell'obbligo di comunicazione a tutti i settori di attività dell'instaurazione del rapporto di lavoro il giorno antecedente; meccanismi di rafforzamento della capacità ispettiva, quali il potenziamento dell'organico del Comando dei Carabinieri;inasprimento delle sanzioni amministrative in materia di lavoro ; misure di carattere amministrativo per migliorare l'attività conoscitiva del fenomeno; introduzione di meccanismi per garantire il rispetto degli obblighi contributivi (estensione DURC) e avvio degli indici di congruità che rapportano la qualità dei servizi e beni prodotti con la quantità delle ore necessarie per produrli.

[48] Si tratta di progetti in tema di Regolarizzazione dei lavoratori dei "call center" ; Politiche integrate per l'emersione del lavoro irregolare; Gli indici di congruità per la regolarità delle imprese; Sviluppo della rete dei servizi per l'impiego; Sicurezza sul lavoro/Sperimentazione indici di congruità; Adeguamento dell'attività ispettiva connessa alla sicurezza sul lavoro; Formazione continua per l'occupabilità dei lavoratori over 50

[49] Alcuni progetti sono stati attivati dal Ministero per il Lavoro e della Previdenza Sociale, indirizzati a soggetti ad elevato svantaggio sociale ,finalizzati all'inserimento occupazionale: *1.Progetto INLA* ;progetto di inserimento lavorativo di fasce particolarmente deboli del mercato del lavoro a Napoli ; *2.Progetto Associa*,progetto di finanziamento di associazioni giovanili per lo sviluppo di reti di socializzazione finalizzate allea prevenzione del disagio giovanile; *3.Progetto Indulto*,progetto di inserimento lavorativo di di 2000 persone che hanno usufruito dell'indulto.

verticale che orizzontale (qualità del lavoro, sviluppo delle carriere, disparità retributive etc..) che possono acutizzarsi anche a seguito delle evoluzioni del mercato del lavoro (v. flessibilità del lavoro – andamento occupazionale) e della maggiore spinta verso la competitività anche del capitale umano. Le disposizioni della finanziaria 2007 in materia di lavoro hanno quindi evidenti ricadute in questo ambito. Si ricordano in particolare: gli interventi relativi alla stabilizzazione dei rapporti di lavoro, alla lotta all'irregolarità, le misure specifiche per favorire l'occupazione femminile al Sud. Quest'ultimo punto in particolare prevede che, grazie alla riduzione del costo del lavoro nelle zone del Sud e nelle aree depresse del Centro- nord, assumere una donna farà risparmiare alle imprese tra i 150 e i 170 euro in più al mese.

Accanto a questo, uno degli ambiti cruciali sui quali intervenire per favorire una maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro è certamente quello di attuare concrete misure di conciliazione tra responsabilità lavorative e responsabilità familiari, oltre allo sviluppo del sistema di servizi per la prima infanzia di cui si è detto.

L'attuale normativa garantisce un insieme di disposizioni molto efficaci di congedi di maternità, di paternità e parentali. Sulla base di recenti riforme adottate in altri paesi europei è ipotizzabile il prolungamento della durata complessiva dei congedi parentali (attualmente pari a 17 mesi) nonché l'innalzamento della copertura retributiva di tale periodo. Sussiste inoltre la necessità di individuare forme di copertura finanziaria adeguate per sostenere i congedi parentali relativi alle tipologie contrattuali che non ne usufruiscono. Ulteriori modifiche potrebbero essere finalizzate ad equilibrare l'esercizio dei compiti di cura dei minori da parte dei coniugi introducendo incentivi più forti e forme di condizionamento più nette all'utilizzo dei congedi da parte del padre.

Di particolare efficacia, accanto agli strumenti normativi si è rilevato il finanziamento di progetti relativi alla sperimentazione di nuove forme di lavoro flessibile (part-time, forme di flessibilità in entrata e in uscita), nuove forme di contrattazione, innovativi modelli di gestione ed organizzazione dell'impresa e del territorio. I lavoratori hanno in particolare potuto usufruire di programmi di formazione finalizzati al reinserimento dopo il periodo di congedo. L'obiettivo è adesso quello di ampliare le categorie di imprese beneficiarie di tali misure e di considerare una più ampia gamma di interventi e di azioni, al fine di promuovere la diffusione delle migliori pratiche e di promuoverne di nuove. Una quota del Fondo per la famiglia incrementato con la manovra finanziaria per il 2007, è destinata specificamente al finanziamento di tali progetti (l. 53/2000, art. 9).

Un piano per i giovani

Per ampliare realmente le opportunità per i giovani di costruire un progetto di vita adeguato alle proprie capacità ed aspirazioni e per rendere l'Italia più competitiva, è necessario scegliere di investire con forza anche sulla parte giovane del paese, sostenendone e valorizzandone le energie creative. In tale ambito il Governo si impegna ad avviare un vero e proprio Piano Nazionale per i giovani che risponda agli obiettivi dell'accesso al lavoro, all'impresa, al credito per la casa e alla cultura, migliorando innanzitutto la qualità dei sistemi di istruzione e formazione. Da qui discende infatti la possibilità di far fronte all'urgenza di incrementare i tassi di attività, aumentare la partecipazione al mercato del lavoro, l'inclusione sociale e la competitività dei sistemi produttivi.

Interventi sono previsti pertanto nel settore scolastico, per ridurre gli abbandoni precoci, innalzare il numero di giovani che completano gli studi secondari superiori, assicurare l'educazione degli adulti e la formazione degli insegnanti. Le misure adottate a sostegno di tali obiettivi comprendono lo sviluppo di percorsi di alternanza scuola-lavoro, con lo scopo di utilizzare a fini formativi il potenziale presente nel sistema imprenditoriale e per avvicinare i giovani al mondo produttivo; la costruzione di un sistema di orientamento dei giovani nella scelta dei percorsi universitari, dalla creazione di un progetto per l'erogazione di borse di studio in accordo con le regioni, per la formazione di alto livello al di fuori del territorio regionale, con il vincolo, per i partecipanti, di riportare nella propria regione la formazione acquisita. Si intende così anche ridurre il divario che l'Italia fa registrare rispetto ad altri paesi, posizionandosi al 26° posto, su 29, nella classifica che misura il livello di competenze scientifiche.

E' stato costituito un Comitato nazionale per l'Orientamento al fine di elaborare un Piano nazionale di Orientamento volto a superare la frammentarietà dei servizi attualmente offerti da vari Soggetti ed Istituzioni, pubblici e privati e ad avviare la costruzione di un reale Sistema Formativo Integrato.
E' stato inoltre lanciato il progetto nazionale **"Centri per l'aggregazione giovanile"**, che mette a frutto esperienze italiane ed europee, rivolto a un target costituito da giovani di età compresa tra i 13 ed i 18 anni. Tali iniziative, ispirate al principio della complementarietà degli interventi da parte delle principali agenzie educative (scuola, famiglia e privato sociale), sostengono i processi di crescita e sviluppo, di orientamento e partecipazione responsabile.

Fondamentali, ai fini di favorire l'accesso e la permanenza dei giovani nel mercato del lavoro, sono le disposizioni contenute nella manovra finanziaria per il 2007; in particolare quelle rivolte alla trasformazione dei rapporti di lavoro, (vedi sopra) per ridurre gli ambiti di precarietà, agendo sulle convenienze offerte dall'ordinamento, in sinergia cioè con le altre misure varate (cuneo fiscale per il lavoro a tempo indeterminato), quelle relative ai contratti di apprendistato per cui è prevista la proroga al 2007 dello stanziamento di 100 milioni per le iniziative di formazione.

Inoltre, sono in corso di definizione, anche in raccordo con amministrazioni locali, forme agevolate di accesso al credito per gli studi curriculari, la formazione informale, le locazioni di case per abitazione, l'acquisto di apparecchiature ICT e programmi di inclusione lavorativa in particolare nelle regioni del Sud avvalendosi delle risorse del FAS (vd Accordo Regione Puglia n. 30).

Per il raggiungimento degli obiettivi di integrazione dei giovani alla partecipazione attiva, per assicurare percorsi adeguati di formazione culturale, professionale e sociale, è stato istituito[50] il Fondo per le politiche giovanili, con una prima dotazione di 3 milioni di euro per il 2006 e di 10 milioni di euro a partire dal 2007, per interventi volti a favorire l'accesso all'abitazione, facilitare l'accesso al credito per l'acquisto e l'utilizzo di beni e servizi. Il disegno di legge finanziaria per il 2007 prevede anche un'integrazione del Fondo di 125 milioni di euro per ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009. Inoltre, tenuto conto dell'offerta e dei costi per la locazione che gli studenti universitari fuori sede devono affrontare, sono state previste detrazioni fiscali nella misura del 19% delle spese derivanti da contratti di locazione, per un importo non superiore a € 2.633.

Infine, per sopperire alla mancanza di informazione su argomenti strategici di cui soffrono i giovani, oggetto di numerose iniziative della Commissione Europea, si creerà un sistema di supporto alla rete nazionale di punti informativi finalizzati all'orientamento, mettendo a sistema e potenziando, anche sotto il profilo dei contenuti, i punti già esistenti.

Gli interventi a sostegno dei i lavoratori ultracinquantenni

In Italia attualmente esistono diverse tipologie di intervento per sostenere l'invecchiamento attivo nelle specifiche programmazioni regionali, all'interno delle quali un ruolo non secondario viene giocato dai servizi per l'impiego.
L'iniziativa di più ampia portata in questo campo, finanziata dal Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale nel 2005-2006, articolata su base regionale e con il coinvolgimento diretto delle Amministrazioni decentrate, è il programma PARI (Programma d'azione per il reimpiego di lavoratori svantaggiati). Si tratta del primo intervento su scala nazionale interamente costruito secondo il modello del "welfare to work", basato sul passaggio dall'assistenza sociale al lavoro attraverso una strategia che integra diverse tipologie di azioni: dagli incentivi alle imprese che assumono i disoccupati, ai "voucher" per la formazione, fino al sostegno al reddito, con una particolare attenzione proprio alla valorizzazione delle competenze e dell'esperienza degli ultraquarantacinquenni.
Un modo per valorizzare le competenze delle fasce di popolazione con età più avanzata, è iniziare a concepire le politiche attive del lavoro (orientamento, formazione, lavoro) come opportunità di crescita professionale, non solo come rimedio alla disoccupazione.

[50] L. 248 del 4 agosto 2006

In quest'ottica, è in fase di elaborazione un disegno di legge sulla formazione e l'orientamento professionale, per assicurare e promuovere il diritto all'apprendimento permanente, al lavoro e l'inclusione sociale di tutti i cittadini.
Un provvedimento di sostegno per i lavoratori "over 50" è rappresentato dalla legge 202/2006 che prevede misure volte a garantire l'occupabilità di tali lavoratori, attraverso un Programma sperimentale per il sostegno al reddito, finalizzato al reimpiego di 3.000 lavoratori espulsi dall'impresa di appartenenza, sulla base di accordi con le organizzazioni sindacali. Le attività orientate al reinserimento lavorativo, nell'ambito delle quali si erogano servizi di "welfare to work", attraverso un un'azione combinata di politiche attive del lavoro e politiche di sostegno al reddito, sono svolte dalle agenzie del lavoro e dagli altri operatori accreditati.
Il Ministero del Lavoro sta anche promuovendo una campagna di formazione continua rivolta ai lavoratori "over 50" dipendenti delle imprese private. In accordo con le Regioni e con le Parti sociali, si sta mettendo a punto un progetto che intende promuovere a livello locale iniziative di formazione che vedano protagonisti i lavoratori "over 50", con particolare attenzione a quelli che presentano un livello di istruzione inadeguato, affinché possano inserirsi in posizioni lavorative interessate da processi di cambiamento e ristrutturazione.
Le iniziative proposte dovrebbero favorire l'accesso alla formazione di 50.000 lavoratori adulti "over 50" nell'arco di due anni.
Inoltre, proprio al fine di ridurre le uscite dal sistema produttivo dei lavoratori ultracinquantenni, oltre che per promuovere la creazione di nuovi posti di lavoro, il Governo ha inserito nella legge finanziaria che il Parlamento sta in questi giorni approvando, l'accordo di solidarietà tra generazioni – detto anche "staffetta giovani-anziani" – che prevede su base volontaria, la trasformazione a tempo parziale dei contratti di lavoro dei dipendenti che abbiano compiuto i 55 anni di età e la contemporanea assunzione con contratto di lavoro a tempo parziale, per un orario pari a quello ridotto, di giovani occupati o disoccupati di età inferiore ai 25 anni, oppure ai 29 se in possesso della laurea. E' una norma sperimentale che parte da un'idea forte: favorire su base volontaria la permanenza al lavoro dei "senior" e valorizzarne il ruolo anche attraverso un'azione di tutoraggio verso i neo assunti, per realizzare la quale gli ultra 55enni potranno restare in azienda anche oltre l'orario del "part-time" e per la quale riceveranno un compenso, con relativa copertura previdenziale, pari a quella non più erogata a seguito della riduzione dell'orario di lavoro. La differenza non graverà sulle casse delle aziende ma su quelle dello Stato. Si tratta di un'innovativa misura di "active ageing" che rende concreta l'idea del lavoratore "senior" come risorsa, promuovendo il concetto di tutoraggio che in Italia non esiste ancora, e rappresenta inoltre un esempio positivo di flessibilità.
Le scelte politiche del Governo italiano sono orientate allo sviluppo di un'occupazione di qualità, al raggiungimento di una maggiore equità sociale, alla tutela delle fasce più deboli attraverso il metodo della concertazione con le parti sociali. In quest'ottica gli interventi a favore degli "over 50" rappresentano un tassello fondamentale di un welfare attivo che coniughi la flessibilità del mercato del lavoro con il modello sociale europeo.

5. IL DIVARIO NORD –SUD

Come rilevato anche in occasione del monitoraggio del NAP inclusione 2003-2005, il divario regionale rappresenta tuttora una delle forti criticità nell'ambito dei processi di inclusione sociale. La povertà, la disoccupazione, la carenza di offerta nei servizi a sostegno dei percorsi di integrazione delle fasce deboli sono concentrati in modo prevalente nell'area meridionale del Paese, ove persiste un netto divario, una sorta di dualismo territoriale, in termini di benessere e di capacità di impiegare le risorse disponibili, umane in primo luogo.
Gli elementi di criticità evidenziati nel DPEF riguardano in particolare: lo scarso livello delle competenze acquisite nella scuola, il livello insufficiente della ricerca e dell'innovazione,

l'inefficienza e la scarsa concorrenza nel mercato dei servizi anche pubblici e, infine, diffusi fenomeni di esclusione sociale

La Finanziaria 2007 punta molto sullo sviluppo del Mezzogiorno, prevedendo una serie di interventi in diversi ambiti, tra cui prioritario è quello dello sviluppo delle imprese e del sostegno all'occupazione. In tal senso è stato previsto un intervento differenziato sul cuneo fiscale per le imprese del Sud, dove la riduzione del costo del lavoro sarà di 10 mila euro per ogni lavoratore a tempo indeterminato (rispetto ai 5 mila euro previsti invece per le aziende nel resto del Paese), oltre a crediti d'imposta per nuovi investimenti nelle aree svantaggiate. Inoltre. per favorire l'occupazione femminile in queste aree, sono previsti incentivi ad hoc alle aziende che assumono donne.

Per promuovere lo sviluppo economico e sociale, anche tramite interventi di recupero urbano, di aree e quartieri degradati nelle città del Mezzogiorno, identificati quali zone franche urbane, è stato istituito un Fondo con una dotazione di 50 milioni di euro per ciascuno degli esercizi 2008 e 2009, in cofinanziamento di programmi regionali. Le aree interessate si caratterizzano per condizioni di particolare degrado ed esclusione sociale e le agevolazioni previste sono disciplinate in conformità e nei limiti definiti dagli orientamenti della Unione Europea in materia di aiuti a finalità regionale.

Un'ulteriore recente iniziativa per sostenere la crescita dell'economia sociale nel Mezzogiorno, fondata sui principi di equità e di coesione sociale, è rappresentata dalla "*Fondazione per il Sud*"[51], che ha come scopo prioritario la promozione ed il potenziamento delle infrastrutture sociali del Mezzogiorno, in particolare delle regioni che rientrano nell'obiettivo 1 e nell'attuale obiettivo convergenza. La dotazione iniziale della Fondazione è di 300 milioni di euro (105milioni di risorse pubbliche resesi disponibili, unite a risorse messe a disposizione da altri partners). La Fondazione favorirà, attraverso l'attuazione di forme di collaborazione e di sinergia con le diverse espressioni delle realtà locali, in un contesto di sussidiarietà e di responsabilità sociale, lo sviluppo di reti di solidarietà e di cittadinanza attiva nelle comunità locali.

Nell'ambito delle risorse finalizzate alla promozione dello sviluppo economico per rimuovere gli squilibri economici e sociali, la programmazione nazionale ha destinato risorse finanziarie allo sviluppo delle aree sottoutilizzate attraverso il FAS (Fondo aree sottoutilizzate) per realizzare - in forma di co-finanziamento - interventi infrastrutturali materiali ed immateriali da incrementare a livello regionale attraverso Accordi Quadro di Programma (APQ)[52].

Nella programmazione 2000-2006 del FAS alcune Regioni tra cui Abruzzo, Basilicata e Puglia hanno definito interventi di sviluppo nel settore della promozione e della solidarietà sociale[53] .

La politica regionale di sviluppo, definita nel quadro strategico nazionale 2007-2013, è destinata ad incrementare il proprio impegno a favore oltre che della crescita e dell'occupazione, anche del miglioramento della qualità della vita, della sicurezza e l'inclusione sociale. Saranno previsti interventi per il miglioramento dell'accessibilità, con particolare attenzione alla logistica e alla disponibilità e qualità dei servizi sociali. Indispensabili risultano inoltre azioni che, soprattutto in alcune regioni del Mezzogiorno, contrastino e prevengano i fenomeni criminali, ripristinando condizioni di adeguata sicurezza. Esse saranno condotte con un forte impegno sulla qualità delle risorse umane coinvolte e con un legame alle iniziative territoriali, che è finora mancato. A questi

[51] Istituita in data 11 settembre 2006 con Decreto del Ministro dell'Economia e delle Finanze di concerto con il Ministro della solidarietà sociale; nasce a seguito del protocollo d'intesa sottoscritto il 5 ottobre 2005 per la realizzazione di un piano di infrastrutturazione sociale del Mezzogiorno al quale, oltre all'Acri e alla Compagnia di San Paolo e al Forum del Terzo Settore, avevano aderito: Consulta Nazionale Permanente del Volontariato presso il Forum; Convol - Conferenza Permanente Presidenti Associazioni e Federazioni Nazionali di Volontariato; CSV.net - Coordinamento Nazionale dei Centri di Servizio per il Volontariato; Consulta Nazionale dei Comitati di Gestione - Co.Ge.

[52] La finanziaria per il 2007 ha stabilizzato il FAS con durata settennale (ad oggi ha copertura è triennale) con un finanziamento di circa 120miliardi di € nel settennio, di cui 63 a carico dei fondi nazionali e 55 dei programmi co-finanziati ue.

[53] Vd. Allegato ad *hoc*

obiettivi è rivolta la priorità "Inclusione sociale e servizi per la qualità della vita e łattrattività territoriale", con accresciute risorse finanziarie.

6. QUADRO GENERALE SULLE RISORSE FINANZIARIE

Le risorse finanziarie necessarie alla realizzazione degli obiettivi definiti dal Rapporto provengono, come evidenziato, da fonti differenziate. I principali strumenti di finanziamento delle politiche e degli interventi sociali sono rappresentati dal Fondo nazionale delle politiche sociali e dalle risorse comunitarie (FSE, Progress, ecc.).

Inoltre, oltre agli stanziamenti relativi alla fiscalità generale, sono stati istituiti dalla finanziaria per il 2007, fondi dedicati ad ambiti specifici di sviluppo delle politiche sociali, quali il Fondo per la famiglia (228milioni di euro annui), quello per i giovani (150milioni di euro annui), per le politiche abitative (50 milioni di euro annui), il Fondo per la non autosufficienza (500milioni di euro nel triennio).

6.1. Il Fondo nazionale per le politiche sociali

Rappresenta il principale strumento di finanziamento centrale delle politiche sociali in Italia. E' determinato annualmente dalla legge finanziaria e ripartito con provvedimento governativo, previo accordo stato-regioni in un contesto di fondo indistinto che consente alle Regioni di individuare proprie specifiche priorità in coerenza con la programmazione regionale sociale.

Il riparto delle risorse finanziarie è soltanto l'ultimo passaggio di un procedimento complesso, sul quale si riverberano gli aspetti più problematici del rapporto Stato-Regioni, quale è, tra l'altro, delineato dal nuovo titolo V della Costituzione. Per tale motivo il DPEF 2007-2011 ha posto l'accento sull'importanza di potenziare e riorganizzare il Fondo, al fine di razionalizzare e rendere maggiormente efficaci gli strumenti necessari alla programmazione sia a livello statale che, e soprattutto, a livello regionale e locale. In particolare i trasferimenti statali con finalità sociale devono svolgere sempre più una funzione di volano per la mobilitazione efficace delle risorse pubbliche e private sul territorio[54]. In tale contesto si colloca la predisposizione di forme di finanziamento premianti in ordine ad iniziative delle autonomie locali. Il Governo, a conferma dei prioritari obiettivi di rilancio delle politiche sociali – e quindi della spesa sociale - nel contesto degli equilibri macroeconomici, ha ritenuto di dover intervenire con la manovra finanziaria di metà anno[55], integrando il FNPS di 300 milioni di euro per il triennio 2006-08, riportandolo così al livello del 2004 ed assicurando un conseguente plafond di risorse più adeguato agli obiettivi prefissati di equità sociale fissati nel DPEF.

Per l'anno 2006 le risorse stanziate complessivamente sul Fondo ammontano a circa 1.625 milioni di euro; esse saranno ulteriormente incrementate a partire dal 2007 – come previsto dal disegno di legge finanziaria - per una quota pari a circa 145 milioni di euro.

6.2. Uso dei fondi comunitari con particolare riferimento al FSE

Nel corso della programmazione comunitaria dei Fondi 2000-2006 il FSE ha garantito in indispensabile supporto nella promozione di interventi volti a migliorare il capitale umano nelle sue diverse forme e contribuire all'integrazione sociale dei soggetti a rischio di esclusione sociale (Misura B1 "Azioni di sistema per l'inclusione sociale"); in tale contesto sono stati realizzati interventi centrati su studi e ricerche gestite a livello nazionale in modo omogeneo e dirette a sostenere i principali processi di riforma e di innovazione nel campo delle politiche sociali.

---

[54] Il rapporto di monitoraggio sulle politiche sociali (I parte, sett. 2005) (cfr. cap.8) ha rilevato che i trasferimenti da Stato e Regioni, corrispondono ad una quota minoritaria, pur se crescente, della spesa locale: si passa dal 15 al 18% tra 1999 e 2003.

[55] D.L. 4 luglio 2006, n. 223 - recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale -, convertito con legge 4 agosto 2006 n. 248, all'articolo 18, comma 2

Le indagini effettuate costituiscono uno strumento di supporto ed accompagnamento alle funzioni di programmazione e progettazione di competenza delle Regioni nel quadro degli interventi programmati nei Programmi Operativi Regionali.

Gli studi e le indagini, effettuate anche attraverso il contributo di ISFOL, hanno riguardato le seguenti aree di attività:

- monitoraggio della riforma dell'assistenza e sostegno alla qualificazione dei piani di zona,
- linee guida per la realizzazione di un sistema di qualità dei servizi sociali,
- analisi delle politiche regionali e degli interventi cofinanziati destinati a categorie svantaggiate,
- sostegno dell'impresa sociale, nell'ottica della sussidiarietà orizzontale, come soggetto che partecipa alla progettazione, gestione e realizzazione ed offerta dei servizi sociali,
- schemi di monitoraggio e valutazione dei sistemi di welfare locale,
- modelli formativi e sperimentazione di nuove figure professionali,
- sviluppo delle comunità professionali e figure di accompagnamento,
- analisi comparata di politiche di sostegno al reddito,
- sperimentazione e diffusione di pratiche di progettazione partecipata e concertazione.

Nelle Regioni del Sud Ob.1, a valere sul Programma Operativo Nazionale "Assistenza Tecnica ed Azioni di sistema", il FSE ha finanziato i Progetti Operativi "Azioni di sistema per la crescita professionale degli operatori degli Enti locali e per sostenere lo sviluppo di interventi integrati per l'inclusione sociale" e "Piano di assistenza tecnica per favorire lo sviluppo dei servizi alla persona e alla comunità" attraverso le seguenti linee di intervento:.

- le competenze professionali nel sociale;
- modelli imprenditoriali innovativi nelle diverse aree del Mezzogiorno;
- implementazione della struttura informativa sui servizi sociali;
- rilevazione dei fabbisogni e delle potenzialità locali.

Nelle Regioni del Sud Ob.1, a valere sul Programma Operativo Nazionale "La Scuola per lo Sviluppo" che è uno dei 7 programmi operativi nazionali previsti dal Quadro Comunitario di Sostegno (QCS) finanziati dai Fondi Strutturali Obiettivo 1. La titolarità di questo programma è del Ministero dell'istruzione . Il PON Scuola si avvale di due Fondi il Fondo Sociale Europeo (**FSE**) e il Fondo Europeo di Sviluppo Regionale (**FESR**) ed ha come ambito di riferimento territoriale le scuole pubbliche di 6 Regioni del Mezzogiorno, ossia: **Basilicata**, **Calabria**, **Campania**, **Puglia**, **Sardegna** e **Sicilia**.

Il piano finanziario, inizialmente previsto per un importo pari a 718,557 Meuro, ha beneficiato di un incremento di 111 Meuro a decorrere dal 2004, a seguito del raggiungimento di tutti gli indicatori previsti per la riserva di premialità comunitaria e nazionale ed ammonta oggi complessivamente a 830.Meuro.

Si tratta dunque di un vasto piano di sostegno finanziario allo sviluppo del sistema di istruzione e formazione delle regioni del mezzogiorno che ha come obiettivi di grande rilievo:

1. La riduzione del fenomeno della dispersione scolastica
2. Lo sviluppo della società della conoscenza e dell'informazione
3. L'ampliamento delle competenze di base
4. Il sostegno alla mobilità dei giovani e lo sviluppo degli strumenti per garantirla
5. L'integrazione con il mondo del lavoro (stage, accreditamento competenze, certificazione)
6. Lo sviluppo dell'istruzione permanente
7. La formazione dei docenti e del personale scolastico
8. Il rafforzamento delle pari opportunità di genere
9. Lo sviluppo di una cultura ambientale

6.3. Quadro Strategico Nazionale - Programmazione comunitaria 2007-2013

In vista delle scadenze riguardanti l'attuale periodo di programmazione dei fondi strutturali, gli Stati membri e le Regioni stanno predisponendo il nuovo piano di programmazione 2007-2013. Le linee guida della strategia comunitaria inviate agli Stati membri nel 2005 attribuiscono alla politica europea di coesione il ruolo di strumento principale per attuare in via prioritaria, mediante interventi finanziati con risorse aggiuntive, la crescita sostenibile, la competitività e l'occupazione, come indicato nella rinnovata strategia di Lisbona.

In tale contesto è in corso di elaborazione da parte dei Ministeri del Lavoro e dello Sviluppo Economico la bozza di Quadro Strategico Nazionale di riferimento anni 2007-2013 definita sulla base dei testi predisposti dai gruppi tecnici di lavoro – che hanno coinvolto tutte le istituzioni nazionali e regionali ed il partenariato economico e sociale - derivanti dagli 8 tavoli tematici che hanno lavorato nel corso degli anni 2005 e 2006.

Per quanto concerne il tema dell'inclusione sociale è specificatamente prevista l'esigenza di prestare particolare attenzione all'integrazione nel mercato del lavoro delle persone svantaggiate, inclusi i lavoratori meno qualificati, tramite lo sviluppo dei servizi sociali e dell'economia sociale, nonché lo sviluppo di nuove fonti di impiego in risposta ai bisogni collettivi. Il contrasto alla discriminazione, l'incentivazione dell'occupazione dei disabili e l'integrazione degli immigrati e delle minoranze costituiscono uno snodo centrale dell'attività.
Questo obiettivo/priorità attiva due livelli di intervento:

1. le politiche rivolte alle persone e alle imprese, la cui centralità nella definizione dei programmi e dei progetti deve essere assicurata attraverso un pieno coinvolgimento;
2. le azioni di sistema ovvero le politiche strumentali rivolte al consolidamento del sistema di servizi (infrastrutture materiali ed immateriali, diffusione e sperimentazione standard di servizio, di professioni sociali, di profilo di cittadinanza sociale, di azioni informative e di orientamento, sensibilizzazione, rafforzamento della legalità), accompagnati da interventi formativi e dalla promozione buone pratiche già sperimentate in tema di servizi

In questo scenario, le politiche regionali per la promozione di una società realmente inclusiva e di contrasto alle vulnerabilità sociali saranno quindi orientate a rafforzare il legame tra le politiche volte alla valorizzazione delle risorse umane e la dimensione locale dello sviluppo socio-economico, con l'obiettivo di innescare processi di sviluppo territoriale, in grado di assicurare un legame stabile tra economia e società. Ciò, attraverso l'elaborazione di strategie finalizzate allo sviluppo del territorio, fondate sulla stretta integrazione tra politiche per la competitività del sistema produttivo e politiche per lo sviluppo delle risorse umane e professionali, che a loro volta richiedono una forte integrazione tra politiche dell'istruzione, della formazione, del lavoro e dell'inclusione sociale. La garanzia della centralità assoluta dei beneficiari finali e intermedi (persone e imprese) nella definizione delle politiche e nell'attuazione dei programmi e dei progetti, la necessità di integrare e supportare le azioni rivolte alle persone con adeguate azioni di sistema, la valorizzazione del partenariato, istituzionale ed economico e sociale sono i principi fondanti l'azione delle regioni nell'attuazione del nuovo QSN.

Per quanto riguarda inoltre l'istruzione e fasi relative alla programmazione per il periodo 2007-2013 sono in corso di attuazione, in conformità con quanto stabilito con le **Linee guida** del 3 febbraio 2005, approvate dall'intesa Stato-Regioni-Enti locali.

7. LA GOVERNANCE

7.1. Un nuovo patto tra i livelli di governo.

Del processo di ridefinizione degli ambiti di competenza definito dal Titolo V della Costituzione, in relazione alle politiche sociali, si è dato conto nel Rapporto di monitoraggio del Piano nazionale per l'inclusione sociale 2003-05, facendo in particolare riferimento a forme di coordinamento interistituzionale, all'attività legislativa delle regioni [56] e alla giurisprudenza della Corte Costituzionale. Molti degli strumenti normativi regionali guardano allo schema innovativo della legge 328/00, in particolare per i nuovi criteri organizzativi, per il coordinamento, per le modalità di integrazione degli interventi, dell'orientamento alla qualità dei servizi, nonché per il coinvolgimento dei soggetti privati nella rete dei servizi ed il forte ruolo riconosciuto alle soggettività, alla famiglia ed alle formazioni sociali. La Corte costituzionale ha ribadito più volte l'esigenza di operare attraverso nuove procedure concordate tra Stato e Regioni volte a creare i presupposti per una leale cooperazione ed ha indicato le modalità di allocazione delle risorse finanziarie tra centro e periferia.

Il Governo e le Regioni sono ora impegnate a rafforzare un sistema di politiche sociali, di ispirazione universalistica, inquadrato nel nuovo assetto istituzionale e che abbia come fondamento la legge quadro 328/2000, agendo anche sui tanti punti critici che la sua applicazione ha evidenziato. Ciò vuol dire, innanzitutto, partire da un nuovo partenariato tra i livelli di governo cui spettano responsabilità distinte ma necessariamente coordinate per raggiungere il massimo dei risultati, secondo il principio di sussidiarietà verticale.

Sono stati quindi attivati una serie di tavoli per coordinare le iniziative del Governo, delle Regioni e delle autonomie locali per proseguire nell'esercizio di determinazione dei livelli essenziali di assistenza, per definire le iniziative specifiche di contrasto al disagio abitativo, per coordinare le iniziative volte all'integrazione delle persone immigrate.

Il nuovo sistema di relazioni tra centro e periferia riguarda poi, in particolare, la determinazione e l'allocazione delle risorse finanziarie che annualmente vengono destinate alle regioni per la realizzazione del sistema di interventi in ambito sociale. Coerentemente con quanto definito nel DPEF, le risorse allocate in sede di riparto annuale del Fondo nazionale rappresentano un punto di partenza, una moltiplicatore che funga da volano per una più ampia mobilitazione di fondi, provenienti dal sistema pubblico delle autonomie locali e da quello privato, in una sorta di compartecipazione finalizzata.

Il coinvolgimento delle formazioni sociali

Tale aspetto rappresenta una delle priorità politiche dell'intera strategia come indicato nell'introduzione al presente Piano di azione. Le organizzazioni sociali, nel senso più ampio del termine, hanno rafforzato la loro capacità di essere attori del sistema di sviluppo del sistema di welfare, partecipando attraverso gli strumenti di rappresentanza, alla definizione dell'agenda sociale. Le istituzioni dal canto loro, a tutti i livelli di responsabilità, stanno "imparando" sempre più a lavorare in partenariato con il privato, mettendo anche a punto nuove metodologie di coinvolgimento. Su tale percorso si intende proseguire soprattutto per definire congiuntamente sistemi efficaci di confronto e di monitoraggio delle politiche di inclusione sociale.

7.2 Il processo di costruzione del Rapporto.

Il Piano nazionale per l'inclusione sociale 2006-2008 è stato elaborato con il contributo attivo delle regioni, delle autonomie locali e delle formazioni sociali, impegnate nella promozione ed attuazione di politiche per l'inclusione sociale.

Il Piano evidenzia il contributo delle Regioni e delle città, nel rispetto di una sussidiarietà attiva e positiva, rivolto a coordinare i rapporti e i piani locali con la struttura dei piani d'azione nazionali (PAN) di inclusione, anche al fine di offrire al processo esistente un plusvalore

[56] Cfr. allegato n. relativo alla produzione legislativa regionale attuativa della legge quadro 328/00 curato da ISFOL.

significativo in materia di indicatori regionali e locali comuni, di buone prassi, di valutazione e di assicurazione della qualità delle politiche.

La costruzione del Piano si è articolata attorno a queste fasi:

a. 27.7.06 primo incontro presieduto dal Ministro e dal Sottosegretario di Stato alla presenza della Commissione europea con :Amministrazioni centrali competenti, rappresentanti di Regioni, Province, Comuni, Parti sociali e Associazioni di rappresentanza;
b. raccolta dei contributi;
c. esame dei contributi;
d. coordinamento tra i Ministeri della Solidarietà sociale, del Lavoro e della Salute per definire il quadro strategico di insieme, l'individuazione di obiettivi condivisi e la coerenza complessiva del documento.
e. presentazione della bozza di documento ai partner attivati;
f. presentazione documento al tavolo di consultazione.

7.3. *Mainstreaming* delle politiche per l'inclusione sociale

Il Ministero della Solidarietà Sociale istituito nella nuova compagine governativa, è impegnato ad assicurare alle politiche di contrasto alla povertà ed all'esclusione sociale una trasversalità nel contesto delle politiche pubbliche.

Tenuto conto del recente avvio delle attività di Governo e della costituzione di alcuni Ministeri dedicati ad aree di intervento specifiche, quali le politiche per la famiglia, le politiche giovanili, a conferma delle priorità di natura "sociale" che il Governo si è dato nel quadro delle politiche pubbliche, si stanno mettendo a punto procedure per assicurare un adeguato coordinamento con tutti i Dicasteri affinché la promozione della cultura dell'inclusione sociale sia tenuta nella massima considerazione anche nelle strategie specifiche dei singoli Ministeri.

8. IL SISTEMA DI MONITORAGGIO del Piano nazionale per l'inclusione sociale fa leva su alcuni strumenti già attivi ed in via di consolidamento:

- Utilizzazione metodologia di monitoraggio, così come definita in occasione del Rapporto di monitoraggio del NAP inclusione sociale. 2003-2005, efficace in particolare per rilevare l'impegno nazionale, regionale e locale nell'attuazione degli obiettivi e valutazione dei risultati raggiunti per aggregazioni tematiche, anche attraverso la selezione di indicatori specifici;
- Attività di monitoraggio sulle politiche sociali : a partire dal 2005 è stato predisposto e pubblicato un Rapporto basato su un approccio quantitativo e comprensivo dell'intero spettro di interventi costitutivi le politiche sociali. In particolare, oltre a una disamina generale e articolata delle politiche sociali nella prospettiva della definizione dei livelli essenziali delle prestazioni e della costruzione del sistema informativo dei servizi sociali (SISS) (Parte I), il rapporto ha focalizzato l'attenzione sui seguenti aspetti: i trasferimenti monetari per invalidità, pensioni sociali, integrazioni al minimo, pensioni di guerra e ai superstiti (Parte II – Sezione I) e i servizi sociali territoriali (Parte II – Sezione II).
- Adeguamento e miglioramento della metodologia per un maggiore coinvolgimento attivo delle rappresentanze sociali nell'attività di monitoraggio attraverso strumenti quali il Tavolo di partenariato attivato in occasione della predisposizione del Rapporto e della presentazione del documento di lavoro, anche per il monitoraggio e valutazione sull'attuazione del Piano;
- Definizione e sistematizzazione delle modalità di monitoraggio a regime realizzato anche attraverso l'integrazione dei diversi osservatori tematici (quando presenti), della Commissione di indagine per l'esclusione sociale e del rapporto di monitoraggio sulla spesa e le politiche, per garantire una misurazione costante dello stato di attuazione del rapporto.

- Tale meccanismo potrà consentire il *feeding in* (il contributo delle politiche sociali agli obiettivi di crescita ed occupazione) ed il *feeding out* (il contributo delle politiche per la crescita e l'occupazione alla coesione sociale);
- attivazione di percorsi condivisi ai fini della valutazione delle politiche locali ricadenti nelle misure del Piano e di apprendimento e diffusione di buone prassi

III PARTE

RAPPORTO SULLA STRATEGIA NAZIONALE PER LE PENSIONI

INTRODUZIONE

A fronte di una popolazione più anziana e longeva rispetto agli altri paesi dell'Unione Europea, il sistema pensionistico italiano costituisce un importante ed esteso strumento di protezione sociale. Il sistema assicura una efficace protezione dei lavoratori e degli anziani in genere, sia attraverso meccanismi previdenziali che assistenziali. Le pensioni non sono di livello elevato, ma permettono ai pensionati di ridurre in misura significativa il rischio di povertà e, ai lavoratori, di mantenere dopo un'adeguata carriera contributiva il proprio standard di vita in modo soddisfacente.

Quando il graduale invecchiamento della popolazione ha evidenziato la possibilità che sorgessero squilibri, il governo è intervenuto riformando il sistema. Con le riforme del 1992, 1995, 1997 l'Italia ha ricondotto – fra i primi paesi dell'Unione – sotto controllo la spesa pensionistica, anche in una prospettiva di lungo periodo. L'età minima di pensionamento è stata sostanzialmente elevata, l'età effettiva di ritiro dal mercato del lavoro si è portata in linea con gli altri paesi dell'Unione. L'adozione del sistema contributivo ha introdotto nel sistema pensionistico meccanismi di riequilibrio, che permettono di guardare con fiducia alle prospettive finanziarie del sistema, lasciando al contempo spazio per le integrazioni e correzioni che le politiche previdenziali vorranno perseguire.

In un quadro nel quale il sistema ha riacquistato solidità, restano comunque problemi aperti. Rimangono troppo bassi i tassi di occupazione dei lavoratori over 50 e delle donne, malgrado si colgano positive evoluzioni. Il Governo intende predisporre misure tendenti a incentivare l'innalzamento dell'età di pensionamento e dell'età di ritiro dal mercato del lavoro, per compensare un invecchiamento più accentuato che nel resto d'Europa. Questo sia per mantenere elevata la capacità produttiva del paese, sia per assicurare ai lavoratori, anche per il futuro, adeguati livelli pensionistici a fronte dell'aumento della speranza di vita.

In tale contesto anche la previdenza privata, di carattere volontario e integrativo, non sostitutivo della previdenza pubblica, è chiamata a dare un contributo, dovendo arrivare a costituire un secondo pilastro forte e diffuso che assicuri una adeguata integrazione alle pensioni pubbliche. E' necessario che tale previdenza operi contenendo costi e rischi; a tal fine operano le autorità di regolazione, chiamate ad assicurare la trasparenza, la competenza e il rispetto delle norme da parte dei fondi pensione.

Nel 2004, in considerazione dell'aumento temporaneo del rapporto tra spesa pensionistica e PIL previsto nel periodo tra il 2020 e il 2040, il precedente governo ha provveduto ad una ulteriore riforma del sistema pensionistico. Laddove alcuni punti di quella riforma sono stati ritenuti condivisibili, altri sono stati considerati inadeguati, in particolare alcuni che introducono un'eccessiva rigidità nel sistema. Su questi punti il governo intende intervenire nel 2007; a tal fine ha sottoscritto un memorandum di intesa con i sindacati più rappresentativi, per realizzare quegli ulteriori interventi necessari al sistema, in un'ottica di continuità con le riforme pensionistiche degli anni '90 e di completamento e manutenzione del nuovo sistema pensionistico che hanno delineato.

Alcuni interventi sono stati anticipati già nel Disegno di Legge Finanziaria per il 2007, presentato dal Governo al Parlamento nell'ambito della manovra di bilancio per il 2007. Sono interventi che, in particolare, anticipano al 2007 la riforma del sistema di previdenza privata, che dovrebbe da ciò ricevere nuovo impulso, e che rafforzano il legame fra contributi e prestazioni,

migliorando al contempo le prestazioni pensionistiche future di alcune categorie che rischiavano di essere penalizzate nel sistema pensionistico riformato.

Il Governo italiano rinnova il suo impegno alla salvaguardia di un sistema pensionistico pubblico che assicuri agli anziani un reddito adeguato e ai lavoratori la possibilità di maturare diritti pensionistici idonei a permettere il mantenimento di un congruo standard di vita dopo il ritiro dal lavoro. La previdenza privata integrativa assicurerà, ai lavoratori che vorranno farne parte, ulteriori utili risorse per la propria vecchiaia.

Il Governo rinnova altresì l'impegno a costruire un sistema pensionistico efficiente, sicuro e trasparente, sufficientemente flessibile e che non discrimini in base al sesso o alla provenienza geografica del lavoratore.

Il presente Rapporto sulla strategia nazionale per le pensioni espone dunque la strategia del Governo da poco entrato in carica, che tuttavia ha delineato la propria impostazione nell'ambito previdenziale ed ha perseguito da subito il consenso dei cittadini e delle parti sociali, convinto che in questo ambito la condivisione dei problemi e delle politiche sia fondamentale. L'accordo conseguito già di per sé dà ragione di tale impostazione.

Nel 2005, il precedente Governo non ha predisposto il Rapporto strategico nazionale sulle pensioni che era tenuto a presentare in sede europea.

L'aggiornamento qui contenuto fa riferimento alle strategie del nuovo Governo e all'evoluzione del sistema pensionistico italiano dal settembre 2005.

Nell'allegato sono inseriti:

- una sintetica presentazione della riforma pensionistica attuata nel 2004;
- alcuni indicatori particolarmente rilevanti per la comprensione delle politiche previdenziali che si andranno a mettere in atto.

1 - Aggiornamento dei rapporti strategici nazionali

Le modifiche intervenute nel sistema previdenziale italiano nell'ultimo anno sono duplici.

In primo luogo vi è stata l'emissione di alcune norme attuative della riforma previdenziale del 2004 ad opera del precedente Governo; esse riguardano in particolare l'emissione di un primo Decreto che ha rinnovato la regolamentazione delle previdenza integrativa privata in Italia e di un secondo Decreto che è intervenuto sulla possibilità di cumulare i periodi contributivi eventualmente distribuiti su più enti pensionistici del sistema pensionistico obbligatorio.

In secondo luogo vi è l'azione del nuovo Governo insediatosi a maggio 2006. Esso ha anticipato alcuni interventi previdenziali nel Disegno di Legge Finanziaria per il 2007[57], in corso di esame parlamentare, e si propone un intervento di più ampio respiro sul sistema, da attuare nel corso del 2007, le cui linee guida sono contenute in un memorandum comune tra Governo e parti sociali.

[57] Di seguito si fa riferimento al Disegno di Legge Finanziaria così come è stato presentato dal Governo; si sottolinea come nel corso dell'esame parlamentare siano possibili modifiche. Laddove specificato, si fa riferimento anche a due memorandum di intesa: il primo, fra Governo e le organizzazioni più rappresentative degli imprenditori e dei lavoratori, specifico sul Trattamento di Fine Rapporto; il secondo, fra Governo e le organizzazioni sindacali più rappresentative, che delinea una serie di interventi di portata più generale di revisione del sistema pensionistico.

1.1 Modifiche relative al sistema di previdenza integrativa privata esistente in Italia

Il Decreto Legislativo n. 252 del 5 dicembre 2005 di *Disciplina delle forme pensionistiche complementari*, la cui entrata in vigore era prevista nel 2008 ma che il Governo anticiperà al 2007, ha operato una riforma complessiva della previdenza complementare, finalizzata al suo sviluppo quale strumento essenziale volto alla costruzione di una rendita aggiuntiva destinata ad integrare adeguatamente il livello complessivo di reddito nell'età anziana.

La scelta di potenziare la previdenza complementare si ricollega alla riforma del sistema di previdenza obbligatoria attuata a partire dagli anni novanta, che può comportare una riduzione del tasso di sostituzione a parità di anzianità contributiva e anagrafica specie per pensionamenti in età inferiore a quella per l'accesso alla pensione di vecchiaia (65 anni per gli uomini, 60 per le donne).

Il Decreto realizza un assetto normativo volto a favorire l'aumento delle adesioni e l'accrescimento dei flussi di finanziamento alla previdenza complementare attraverso:

- Il conferimento del trattamento di fine rapporto (di seguito TFR). Lo sviluppo del settore della previdenza complementare per i lavoratori dipendenti viene in buona parte perseguito attraverso il conferimento del TFR ad una delle forme pensionistiche complementari, ivi comprese quelle ad adesione individuale (pur se, per queste ultime forme, solo per effetto di scelta esplicita del lavoratore). Viene quindi superato l'attuale vincolo normativo di destinazione del TFR solo a forme di natura collettiva.
- L'ampliamento delle opportunità di scelta per i lavoratori e l'adozione di strumenti volti ad assicurare un'adesione effettivamente consapevole. Il decreto conferma il principio della libertà e volontarietà dell'adesione alle forme pensionistiche complementari. Tale principio trova applicazione anche nel caso di conferimento del TFR con modalità tacite (silenzio assenso), che si applicherà ai lavoratori dipendenti del settore privato, intendendosi il silenzio del lavoratore come manifestazione implicita del lavoratore di aderire ad una forma pensionistica complementare, individuata secondo i criteri fissati dal Decreto stesso. La scelta di destinazione del TFR deve essere effettuata dal lavoratore entro sei mesi dall'assunzione o, per i lavoratori già assunti, dalla data di entrata in vigore del Decreto. Con dichiarazione esplicita diretta al datore di lavoro, il lavoratore potrà scegliere di destinare il TFR maturando alla forma di previdenza complementare prescelta, sia essa collettiva o individuale, oppure di mantenere il TFR presso il datore di lavoro. Con il silenzio del lavoratore (manifestazione implicita di volontà) il TFR maturando sarà destinato dal datore di lavoro alla forma pensionistica collettiva attivata in quel settore produttivo o, in mancanza, ad una forma pensionistica complementare appositamente costituita presso l'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS).
- Un più favorevole regime fiscale di contributi e prestazioni, L'aliquota di tassazione applicata sulla quota imponibile delle somme erogate è infatti pari al 15 per cento e scende di 0,30 punti percentuali per ogni anno di partecipazione successivo al quindicesimo fino ad un massimo del 6 per cento. Dopo 35 anni di partecipazione, dunque, l'aliquota applicata è pari al 9 per cento.

1.2 Modifiche relative al sistema di cumulo dei periodi contributivi per il sistema pubblico

Il Decreto Legislativo n. 42 del 2 febbraio 2006 ha rivisto i meccanismi di "totalizzazione" dei periodi assicurativi. La totalizzazione offre la possibilità di computo e di cumulo ai fini previdenziali dei contributi versati di volta in volta a diversi enti pensionistici obbligatori in seguito allo svolgimento da parte di un individuo di attività diverse nel corso della propria vita lavorativa. Si affianca alla possibilità di ricongiungere tali periodi contributivi, ovvero di ricondurre tutti i periodi lavorativi all'interno dell'ultimo ente pensionistico di riferimento, opzione a volte

impraticabile o troppo onerosa per il lavoratore. La totalizzazione è stata introdotta a livello di principio generale nel 2000. Ad essa era stata data una applicazione solo parziale nel 2003.
La totalizzazione consente dunque a quei lavoratori che nel corso della propria vita lavorativa abbiano svolto attività diverse e che siano stati dunque iscritti a diverse gestioni previdenziali, di utilizzare i vari periodi contributivi ai fini del calcolo di un unico trattamento pensionistico. Si tratta di una misura che risponde all'esigenza di garantire un trattamento pensionistico adeguato al lavoratore che, nell'arco della vita lavorativa, sia passato attraverso differenti esperienze professionali.

Con la nuova disciplina i diversi periodi di iscrizione alle varie gestioni pensionistiche potranno essere totalizzati a condizione che il lavoratore totalizzi almeno 20 anni di contributi e abbia raggiunto i 65 anni di età, ovvero 40 anni di contributi a prescindere dall'età. Esigenze di bilancio hanno tuttavia reso necessario limitare la possibilità di totalizzazione ai periodi di lunghezza pari almeno 6 anni. La pensione totalizzata è calcolata col metodo contributivo, con alcuni correttivi nel caso delle pensioni per i liberi professionisti.

1.3 Modifiche inserite all'interno del Disegno di Legge Finanziaria per il 2007

Il Disegno di Legge Finanziaria per il 2007, in corso di esame parlamentare, introduce alcune modifiche al sistema previdenziale.

Innanzitutto, viene anticipata al 2007 l'entrata in vigore del Decreto sulla previdenza integrativa e viene istituito un Fondo per l'erogazione del TFR, nel quale confluiranno le quote di TFR che i lavoratori decideranno di non destinare alla previdenza privata, limitatamente alle imprese con più di 50 dipendenti. Tale materia è stata oggetto di confronto fra il Governo e le Parti Sociali; il 23 ottobre 2006 è intervenuto un accordo che definisce uno schema concertato per l'applicazione di queste misure, e le relative modifiche al Disegno di Legge Finanziaria saranno presentate dal Governo al Parlamento. In base all'accordo:

- viene anticipata al 1 gennaio 2007 (rispetto al 1 gennaio 2008 previsto dal Decreto del dicembre 2005) l'entrata in vigore della nuova normativa sulla previdenza integrativa. Essa, come già detto, estende la possibilità per il lavoratore di destinare il proprio TFR alla previdenza complementare e introduce la clausola del silenzio assenso. In favore delle imprese che perderanno la possibilità di gestire i relativi flussi di TFR sono previste compensazioni, in termini di riduzione delle aliquote contributive non pensionistiche e della base imponibile dell'imposta sul reddito di impresa;
- si prevede una revisione della normativa sulla tassazione dei fondi pensione per omogeneizzarla a quello della maggior parte dei paesi europei[58];
- La quota di TFR che non verrà destinata dai lavoratori alla previdenza integrativa continuerà ad essere gestita dalle imprese (per quelle con meno di 50 dipendenti) oppure verrà versata ad un apposito Fondo per l'erogazione dei trattamenti di fine rapporto gestito dall'INPS (per le altre imprese). Le risorse del Fondo saranno utilizzate, oltre che in funzione della stabilizzazione dei conti pubblici, per promuovere lo sviluppo economico e finanziare infrastrutture strategiche. Anche in questo caso sono previste le compensazioni per le imprese che perdono la possibilità di gestire i flussi di TFR.

La riduzione delle aliquote contributive non pensionistiche e della base imponibile di cui sopra, si somma ad un importante intervento di riduzione del cuneo fiscale e contributivo contenuto nel Disegno di Legge Finanziaria, che mira ad aumentare l'efficienza economica

[58] Attualmente l'Italia adotta un sistema ETaT ibrido (Esenzione fiscale dei contributi, Tassazione agevolata dei rendimenti dei fondi pensione in fase di accumulazione (con aliquota dell'11%), Tassazione della sola parte legata alla contribuzione in fase di erogazione della rendita pensionistica integrativa).
3) La deducibilità del costo del lavoro dalla base imponibile per ridurre il "cuneo fiscale" è ammessa esclusivamente per i rapporti di lavoro a tempo indeterminato.

complessiva e stimolare l'occupazione stabile. Si tratta della riduzione di 3 punti del costo del lavoro a favore delle imprese, cui si aggiunge una riduzione equivalente ad altri 2 punti a favore dei lavoratori, perseguita attraverso una riforma della tassazione sul reddito personale, rivolta in particolare alle famiglie.

Ai fini di non minare l'equilibrio finanziario del sistema pensionistico e l'adeguatezza delle prestazioni pensionistiche legate alla contribuzione, anche la riduzione del cuneo fiscale è stata perseguita senza toccare i contributi pensionistici. Inoltre, le modalità di applicazione sono tali da premiare in modo particolare le imprese che impiegano una forza lavoro stabile. (3)

Per coniugare sostenibilità finanziaria ed aumento dell'adeguatezza delle prestazioni pensionistiche, il Disegno di Legge Finanziaria prevede anche norme volte ad allineare le aliquote contributive effettive a quelle considerate ai fini di computo della pensione, e ad avvicinare le aliquote contributive dei lavoratori parasubordinati e autonomi a quella dei lavoratori dipendenti. Questo è tanto più rilevante in quanto la graduale entrata a regime del sistema di calcolo contributivo delle prestazioni pensionistiche introdotto nel 1995, evidenzia la necessità di aliquote contributive atte a fondare sulla contribuzione del lavoratore adeguate prestazioni pensionistiche. Si prevede dunque:

- un incremento per i lavoratori dipendenti dello 0,3% dell'aliquota previdenziale, dal 32,7% al 33%;
- un aumento dei contributi per i lavoratori parasubordinati di circa 5 punti percentuali, al 23%;
- un rafforzamento delle tutele di malattia e maternità per i lavoratori parasubordinati, fino ad ora troppo deboli;
- un aumento dei contributi per i commercianti e artigiani di circa 1,5 punti percentuali, fino al 19,5% (20% dal 2008);
- l'introduzione di un contributo di solidarietà del 5% sulle pensioni superiori a 5000 euro mensili.

1.3.1

Le misure predisposte potenziano la capacità del sistema previdenziale italiano di assicurare il mantenimento, entro ragionevoli livelli, dello standard di vita del lavoratore nell'età della pensione. Da una parte l'aumento delle aliquote contributive sulle tipologie di lavoratori (in particolare i parasubordinati) per i quali risultavano eccessivamente basse è indispensabile ad assicurare un'adeguata tutela pensionistica pubblica, e nella stessa direzione vanno le misure in favore della totalizzazione dei periodi contributivi, che tutelano i versamenti pensionistici del lavoratore senza frapporre ostacoli alla mobilità nel mercato del lavoro. D'altra parte, l'entrata in vigore anticipata del Decreto sulla previdenza complementare consentirà di potenziare il secondo pilastro del sistema pensionistico italiano per tutti quei lavoratori che vorranno o che saranno in grado di accedere alla previdenza integrativa mediante la destinazione a tale scopo del TFR, che attualmente viene accantonato dall'impresa a favore del lavoratore ma che ha un rendimento garantito pari all' 1,5% più lo 0,75% del tasso di inflazione; nella misura in cui il tasso di rendimento della previdenza integrativa fosse superiore a questo tasso si avrebbe un aumento di copertura previdenziale rispetto alla situazione attuale.

1.3.2

Il sistema pensionistico italiano riformato vede nell'equilibrio finanziario e nella rispondenza fra contributi e prestazioni i principi fondanti di un moderno sistema pensionistico pubblico, in grado di continuare anche nel futuro a fornire alla totalità del lavoratori italiani la possibilità di maturare promesse pensionistiche adeguate e sicure. Tali principi sono rafforzati dalle nuove norme che allineano le aliquote contributive effettive a quelle di calcolo ai fini pensionistici e dall'aumento delle aliquote contributive per i lavoratori autonomi e parasubordinati contenuto nel

Disegno di Legge Finanziaria. Per ciò che concerne la sicurezza del sistema privato essa è accresciuta dalla più chiara regolazione che si dà al sistema dei fondi integrativi privati nel Decreto sulla previdenza integrativa, ed in particolare dalle nuove norme su supervisione, vigilanza, e trasparenza, rafforzate e omogeneizzate per le varie tipologie di fondi pensione.

1.3.3

Le nuove misure si inseriscono e sono coerenti con il processo di riforma iniziato con la legge 335 del 1995 che ha contribuito in maniera rilevante alla sostenibilità finanziaria del sistema e alla sua equità.

2 – Il memorandum Governo – parti sociali per la revisione del sistema previdenziale

Un importante evento che condizionerà in futuro l'assetto del sistema previdenziale sarà il confronto che partirà a gennaio 2007 tra Governo e parti sociali. Tale confronto deriva in primo luogo dalla necessità di monitorare e regolare il sistema previdenziale italiano dal punto di vista della sostenibilità finanziaria, in relazione agli andamenti della speranza di vita e alla fase di transizione in corso verso il sistema contributivo; in secondo luogo dalla necessità di modificare la normativa impostata dal precedente governo che provoca nel 2008 un brusco innalzamento dell'età di pensionamento con la definizione di un nuovo requisito di 60 anni di età per l'accesso anche al pensionamento di anzianità; infine dall'esigenza di assicurare una maggiore equità e sostenibilità sociale della normativa previdenziale.

Preliminarmente all'avvio del confronto, il Governo ha perseguito il confronto con le parti sociali ed ha firmato nel mese di ottobre un memorandum con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative che delinea una valutazione comune dei problemi da affrontare e delle linee di possibile riforma.

Il memorandum prevede il completamento del processo di riforma per tenere conto del cambiamento del quadro demografico ed economico determinatosi dopo la riforma del 1995. Il forte aumento dell'aspettativa di vita, la flessibilità e la precarietà del mercato del lavoro hanno determinate condizioni nuove che si riflettono sul sistema previdenziale. L'aumento dell'aspettativa di vita sollecita soluzioni che diano la possibilità di continuare a svolgere una attività di lavoro. Ciò richiede una coerente politica articolata su molteplici piani: lavoro part-time, formazione, un mercato del lavoro meno ostile ai lavoratori più anziani etc. Tutto ciò nell'ambito di un sistema pubblico strutturato con la regola del pensionamento flessibile, idonea ad incentivare la prosecuzione volontaria dell'attività lavorativa.

Gli obiettivi che ci si propongono sono quelli di:

- assicurare 1'equità sociale e la sostenibilità finanziaria;
- migliorare le prospettive per i giovani sia a breve che a lungo termine;
- garantire a tutti gli anziani pensioni di importo adeguato;
- far beneficiare il Paese della maggiore forza di lavoro rappresentata dal prolungarsi della vita attiva.

Le linee guida di riferimento per la riforma vengono indicate nella sostenibilità del sistema pensionistico nel medio e nel lungo termine, che richiede il rafforzamento di criteri che legano l'età di pensionamento all'importo della pensione tenendo conto della dinamica demografica ed economica e salvaguardando la flessibilità nell'accesso alla pensione; nell'aumento della possibilità di scelta basato sulla flessibilità dell'età di pensionamento, incentrato su misure che favoriscano l'allungamento della permanenza nel mercato del lavoro; nella rimozione delle restrizioni all'attività lavorativa degli anziani, superando il divieto di cumulo; nella garanzia agli anziani di pensioni di importo adeguato con revisione del requisito minimo di pensione a calcolo e con il potenziamento delle forme di solidarietà nel sistema previdenziale; nel pieno decollo della previdenza integrativa per tutte le categorie dei lavoratori, inclusi i dipendenti pubblici; nell'estensione delle tutele sociali e contributive dei

giovani con occupazione precaria e discontinua; nel completamento dell'armonizzazione del sistema contributivo; nel superamento dei privilegi ancora esistenti all'interno del sistema pensionistico e nell'avvio di un processo di razionalizzazione degli enti previdenziali.

IV PARTE

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

INTRODUZIONE

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) italiano è un sistema pubblico di carattere universalistico e solidaristico, che garantisce l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini assicurando l'accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso, della qualità e dell'appropriatezza delle cure e dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Il sistema sanitario italiano si colloca in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie internazionali circa la tutela della salute della popolazione e la qualità complessiva delle prestazioni. Ciò nonostante esso presenta seri elementi di criticità: l'inappropriatezza di alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e dei pronto soccorso dovuto all'organizzazione ancora prevalentemente burocratica della medicina di base e alla carenza di servizi di assistenza domiciliare integrata; le lunghe liste di attesa; l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune Regioni; l'insufficiente qualità dei servizi sanitari in alcune Regioni, che spinge i cittadini a rivolgersi alle strutture di altre Regioni per usufruire di cure adeguate, l'insufficiente livello di partecipazione e di empowrment dei cittadini.

Le tendenze di lungo periodo della spesa sanitaria risentono di due fattori di fondo: l'invecchiamento della popolazione e il progresso della medicina, che genera migliori cure ma anche un aumento dei costi. In questo ambito si possono riscontrare anche inefficienze e inappropriatezze che, presenti in varie forme nell'insieme del sistema sanitario, sono particolarmente pervasive in alcune Regioni. Proprio la distribuzione dei disavanzi fra le diverse Regioni conferma che vi sono margini di miglioramento nell'efficienza e nell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

E' dunque possibile, come indicato nel Documento di programmazione economico finanziaria 2007-2011, e in sintonia con le indicazioni della Commissione europea mantenere e migliorare qualità ed efficacia dei servizi sanitari e al tempo stesso ricondurre la dinamica di tale voce di spesa nell'ambito dei vincoli della finanza pubblica. Anzi, proprio la massimizzazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse è condizione essenziale affinché la sanità possa svolgere pienamente il suo ruolo sociale ed economico, in quanto forma essenziale di investimento nel capitale umano. Si tratta di un ruolo di interesse nazionale, che richiede di combinare la politica di promozione e coordinamento propria del Governo con il rafforzamento dell'autonomia organizzativa e della responsabilità finanziaria delle Regioni.

Sulla base di queste premesse condivise, Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano hanno sancito un Nuovo Patto per la Salute volto a ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria, a dare certezza di risorse per il Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) su un arco pluriennale, a sollecitare e sostenere le azioni necessarie a elevare qualità e appropriatezza delle prestazioni, a riequilibrare le capacità di fornire servizi di analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio nazionale.

Si è evidenziata la necessità e l'opportunità di operare una svolta che all'attenzione ai deficit ed alla modalità della loro copertura, affianchi la costruzione di procedure che impediscano il formarsi dei deficit medesimi, nel rispetto della piena erogazione dei LEA.

Governo e Regioni hanno ritenuto necessario individuare in modo condiviso le regole e le procedure di verifica e controllo delle attività delle Regioni per garantire i LEA su tutto il territorio nazionale e modalità di finanziamento che diano certezza di risorse su un arco pluriennale.
La sanità non può essere considerata come indipendente dal quadro di compatibilità complessive di finanza pubblica e quindi deve contribuire, pur nella sua specificità, agli obiettivi di risanamento: l'ammontare di risorse complessivamente messe a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale per il triennio 2007-2009 dovrà essere tale affinchè anche il settore sanitario contribuisca a ridurre la spesa tendenziale rispetto al PIL. Si interromperà così la spirale di aumento della spesa registrata in questi anni, garantendo peraltro al sistema le risorse necessarie a un suo più adeguato funzionamento.
All'interno di questo quadro di compatibilità, il Nuovo Patto punta a rafforzare la capacità programmatoria e organizzativa delle Regioni promuovendo azioni incisive di miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni, che consentano di utilizzare l'ammontare di risorse stabilito in modo da accrescere la qualità e l'efficacia dei servizi e da assicurare una loro più equilibrata fruizione su tutto il territorio nazionale. Verrà rafforzato il sistema di monitoraggio circa l'erogazione effettiva dei LEA e il livello centrale, sia ministeriale che del coordinamento interregionale, svolgerà non solo una funzione di verifica ma anche di supporto, servizio ed affiancamento per le Regioni. Il miglioramento delle prestazioni richiede un significativo rafforzamento dell'attività di prevenzione, la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie, lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, a cominciare dall'assistenza ai non autosufficienti. In questo settore, in sintonia con le indicazioni della Commissione europea si stanno portando avanti azioni integrate e coordinate per migliorare i servizi sanitari per gli anziani e migliorare il coordinamento per ottenere l'implementazione della qualità dei servizi e l'utilizzo più efficiente delle risorse.

Come criteri di valutazione dell'assistenza sanitaria erogata per soddisfare il bisogno sanitario che emerge dalla popolazione si utilizzano sistemi di indicatori. Il decreto del Ministro della salute (DM 12/12/2001) individua un set di indicatori per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata dalle strutture del SSN, ed ulteriori indicatori per la descrizione dello stato di salute e del contesto socio-ambientale e demografico delle popolazioni di riferimento (All.1)

1. BREVE DESCRIZIONE DEL SISTEMA "CURE SANITARIE"

Il SSN ha diversi livelli di responsabilità e di governo:

- il livello statale (Ministero della Salute)
- il livello regionale (21 Governi delle Regioni e Provincie Autonome)
- il livello locale (ASL e Comuni)

Lo Stato ha la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie, attraverso la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), la definizione dell'importo delle disponibilità finanziarie per il SSN, il controllo dell'erogazione delle prestazioni tramite un articolato sistema di monitoraggio.

Le Regioni hanno la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese. La progressiva crescita del ruolo delle Regioni nel governo del sistema sanitario, culminata nell'attribuzione al governo regionale dei poteri di legislazione concorrente, rappresenta, forse, una delle scelte più significative di questi ultimi decenni in campo istituzionale. Essa si motiva con la necessità di avvicinare territorialmente, socialmente e culturalmente "l'offerta di servizi e la domanda di assistenza" nel rispetto del principio di sussidiarietà, liberando meccanismi virtuosi di autonomia programmatoria, organizzativa e gestionale che in molte situazioni hanno dato luogo a esperienze straordinarie di governo della cosa pubblica.

Al momento attuale, tuttavia, ci troviamo all'inizio di una nuova fase, di un passaggio che possiamo identificare come "la necessità di un nuova forma di governo condiviso". La nuova attribuzione di compiti stabilita dal Titolo V, ha prodotto spesso difficoltà interpretative, se non addirittura diffidenze reciproche tra Stato e Regioni, senza dare luogo a quella nuova cabina di regia comune in grado di monitorare e governare l'intero sistema nel pieno rispetto delle autonomie.

E' per questo che il primo atto di Governo compiuto dal Ministro della salute è stato quello di insediare un tavolo permanente di consultazione con le Regioni, al quale affidare il compito di governare il sistema privilegiando il metodo della condivisione su tutte le grandi questioni aperte in materia di tutela della salute. In tal modo la logica dei poteri concorrenti si sviluppa e si articola in quella del "concorrere" insieme al miglioramento e allo sviluppo della sanità pubblica italiana in una rinnovata logica di unità, intesa come unitarietà di governo e di indirizzo capace di trasformare le differenze in opportunità, superando insieme le disuguaglianze, le disomogeneità e le discriminazioni ancora oggi presenti, non solo tra Nord e Sud ma anche all'interno di territori contigui. A tale proposito si rileva che il rafforzamento del coordinamento tra il livello nazionale e il livello regionale viene individuato dalla Commissione europea come funzionale alla finalità di ridurre le disparità regionali.

Il Servizio sanitario nazionale garantisce, pertanto, in condizioni di uniformità, i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001) attraverso le risorse finanziarie pubbliche nella quota destinata all'assistenza sanitaria.

Le prestazioni incluse nei LEA sono quelle rispondenti al principio di essenzialità, efficacia e appropriatezza clinica e sono riconducibili alle seguenti aree di offerta:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- assistenza distrettuale, che include l'assistenza medica di base (anche a domicilio), l'assistenza farmaceutica, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza territoriale domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale (assistenza sanitaria e socio sanitaria agli anziani, ai disabili, ai pazienti psichiatrici, AIDS, ecc.) la fornitura di protesi ed ausili, i prodotti dietetici a soggetti in condizioni particolari, le cure termali;
- assistenza ospedaliera.

Il Piano sanitario nazionale e i documenti ad esso correlati delineano gli obiettivi prioritari da raggiungere per la garanzia dei LEA. Si ricorda, ad esempio, il Progetto obiettivo materno infantile che individua gli obiettivi, gli strumenti e gli standard per la qualità nella tutela della salute in ambito materno infantile.

In questo quadro istituzionale il Ministero della salute ha compiti di pianificazione strategica, indirizzo e vigilanza; le Regioni hanno competenza concorrente nella regolamentazione ed organizzazione dei servizi, dell'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, delle attività di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti delle predette unità sanitarie locali ed aziende, anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato, ed assegnano i finanziamenti alle Aziende sanitarie locali e alle Aziende ospedaliere.

Le Aziende sanitarie locali (ASL) sono le aziende del SSN che assicurano l'assistenza sanitaria attraverso proprie strutture operative o acquistando le prestazioni a favore dei propri assistiti dalle strutture sanitarie pubbliche (aziende ospedaliere, policlinici universitari, istituti di cura e di ricerca) o private accreditate (case di cura, ambulatori e laboratori). Tutte le strutture che operano nell'ambito del SSN o per conto del SSN devono essere in possesso di specifici requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi individuati dal D.P.R. 14 gennaio 1997.

Anche le Università sono chiamate a concorrere agli obiettivi del SSN secondo le modalità stabilite dal d.lgs. 517/99. Il decreto prevede la stipula di specifici protocolli di intesa tra le Regioni

e le università ubicate nel proprio territorio, per disciplinare, tra l'altro, l'integrazione dell'attività assistenziale, formativa e di ricerca tra Servizio sanitario nazionale e università, definire le linee generali della partecipazione delle università alla programmazione sanitaria regionale, indicare i parametri per l'individuazione delle attività e delle strutture assistenziali complesse, funzionali alle esigenze di didattica e di ricerca dei corsi di laurea della facoltà di medicina e chirurgia, nonché delle Aziende USL per quanto concerne le attività di prevenzione, secondo criteri di essenzialità ed efficacia assistenziale, di economicità nell'impiego delle risorse professionali e di funzionalità e coerenza con le esigenze di ricerca e di didattica.

Il Servizio sanitario nazionale è finanziato attraverso la fiscalità generale e, in particolare, attraverso imposte dirette (addizionale IRPEF ed IRAP) ed indirette (compartecipazione all'IVA, accise sulla benzina) il cui gettito rappresenta un'entrata propria delle Regioni, e residuali trasferimenti erariali. Inoltre, le aziende sanitarie locali dispongono di entrate dirette derivanti dai ticket sanitari e dalle prestazioni rese a pagamento. Per la realizzazione degli obiettivi di solidarietà interregionale a favore dei territori con minore capacità fiscale per abitante è stato istituito un fondo di perequazione nazionale, scelta peraltro confermata dalla modifica Costituzionale intervenuta nel 2001.

La legge finanziaria stabilisce l'ammontare delle risorse destinate al finanziamento del SSN e le ripartisce tra le Regioni in base alla popolazione residente, mediante la definizione di una quota capitaria di finanziamento.

I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate.

1.1 Superamento delle diseguaglianze nell'accesso all'assistenza sanitaria

Il Servizio sanitario nazionale italiano è un sistema "universalistico", rivolto cioè a tutta la popolazione di riferimento senza distinzioni di genere, residenza, età, reddito, lavoro.
L'universalità si coniuga con l' equità e l'accessibilità del sistema, da intendersi non come capacità di dare tutto a tutti ma di assicurare ciò che è necessario garantendo il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali. Il SSN persegue con incisività l'obiettivo del contrasto delle conseguenze sulla salute di tali diverse condizioni.
Particolare attenzione, pertanto, è posta alla garanzia dell'attività sanitaria soprattutto per le fasce economicamente più deboli, in quanto una mancata previsione di erogazione ed una consequenziale espulsione del bisogno verso settori libero-professionali a pagamento, corrisponderebbero per questi assistiti alla negazione del diritto alla tutela della salute.

Alcune prestazioni nell'ambito dei LEA sono garantite gratuitamente a tutti i cittadini, tranne particolari categorie di seguito elencate e sono assoggettati a una quota di partecipazione al costo delle prestazioni secondo la normativa nazionale per:

- le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale: gli assistiti sono tenuti al pagamento delle prestazioni fino ad un massimo di 36,15 euro (£ 70.000) per ogni ricetta. Ciascuna ricetta può contenere fino ad 8 prestazioni della medesima branca specialistica (articolo 2 della legge n. 724/1994);
- le cure termali

e, su determinazione delle singole Regioni,

- le prestazioni di pronto soccorso non seguite da ricovero e prive dei caratteri di emergenza o urgenza;

Alcune categorie di cittadini sono esentate dal pagamento della quota di partecipazione:

1) per età e per reddito (articolo 8, comma 16 della Legge. 537/93):

? tutti i bambini che non hanno compiuto i 6 anni;
? tutti gli adulti che hanno compiuto i 65 anni purché appartenenti ad un nucleo familiare che nell'anno precedente ha avuto un reddito complessivo lordo inferiore a 36.151,98 euro (70 milioni);

? i titolari di pensione sociale non superiore a 280,77 euro (£. 543.650) al mese e familiari a carico;
? i titolari di pensione minima Inps non superiore a 516,46 euro al mese, (salvo maggiorazioni sociali) di età superiore ai 60 anni e loro familiari a carico;
? i disoccupati e familiari a carico, a condizione che facciano parte di un nucleo familiare con reddito lordo inferiore nell'anno precedente a 8.263,31 euro (16 milioni di lire), quando il nucleo familiare sia composto dal solo dichiarante, incrementato fino a 11.362,05 euro (22 milioni di lire) in presenza del coniuge e in ragione di ulteriori 516,46 euro (1milione di lire) per ogni figlio a carico.

2) per invalidità (**civile, di guerra, per lavoro, per servizio -** articolo 6 del decreto ministeriale 1 febbraio 1991);

3) per malattia cronica (d. m. 28 maggio 1999, n. 329 *"Regolamento recante norme di individuazione delle malattie croniche e invalidanti ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124")*, o **per malattia rara** (d. m. 18 maggio 2001, n. 279 *"Regolamento di istituzione della Rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b,) del decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124"*).

L'assistenza sanitaria ai cittadini immigrati è regolamentata dalla seguente normativa:

- D.lgs 286/88 e successivo regolamento
- Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione
- DPR n. 394 del 31/8/1999
- Circolare del ministero della Sanità n. 5 del 24/3/2000

L'iscrizione al SSN è obbligatoria per i cittadini extracomunitari e dei familiari a loro carico regolarmente soggiornanti e viene assicurata fin dalla nascita ai minori figli di extracomunitari iscritti al SSN, nelle more dell'iscrizione al servizio stesso.
I cittadini extracomunitari in regola con il permesso di soggiorno e che non hanno diritto all'iscrizione al SSN possono chiedere l'iscrizione volontaria al SSN, dietro corrispettivo del relativo contributo (Decreto ministeriale 1/10/1986) oppure stipulare una assicurazione contro i rischi di infortunio, malattia e maternità.
Per quanto attiene ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno il livello di tutela previsto dalla normativa vigente, è quello stabilito con gli articoli 34 e 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998 n. 286 e successive modificazioni, che, assicura nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio ed estende i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva (tutela di gravidanza, della salute del minore, diagnosi e cura di malattie infettive, interventi di profilassi internazionale, vaccinazioni obbligatorie nell'ambito di programmi regionali di prevenzione collettiva).
L'accesso alle strutture sanitarie non comporta alcun tipo di segnalazione alle autorità di pubblica sicurezza, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto.Varie iniziative, concordate tra lo Stato e le Regioni, hanno importante ricadute sull'accessibilità.
Il **Piano Nazionale di Prevenzione Attiva** vincola risorse ad organici interventi in tema di prevenzione, sia con azioni per il contenimento dei fattori di rischio, sia mediante interventi per la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze, in particolare per gli screening, le malattie cardiovascolari, il diabete, le vaccinazioni, la prevenzione degli incidenti stradali, domestici e del lavoro, nella consapevolezza delle valenze etiche e di contrasto alle disuguaglianze di cui la prevenzione è portatrice, poiché estende azioni efficaci anche a quella parte della popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi. L'azione di prevenzione viene portata avanti nell'ambito del lavoro tramite l'attuazione di programmi per il controllo e la promozione della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, in sintonia con le linee europee, consolidando i livelli di integrazione interistituzionale già presenti

Il **Piano nazionale per il contenimento dei tempi di attesa** stabilisce sinergie di intervento tra tutte le istituzioni deputate a contrastare il fenomeno e condividere un percorso che tenga conto della applicazione di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di urgenza delle prestazioni e che garantisca la trasparenza del sistema a tutti i livelli. Le Regioni traducono il Piano nazionale in Piani regionali di attuazione, con i quali al paziente deve essere garantito l'inserimento nelle liste di attesa, nei tempi massimi fissati, avendo come riferimento classi di priorità definite in relazione al quadro clinico presente. In caso di inerzia regionale, i cittadini saranno protetti e garantiti da tempi massimi fissati a livello nazionale.

Si sta lavorando all'implementazione dei sistemi di rilevazione dei dati per migliorare il monitoraggio dei costi, efficacia ed efficienza dei servizi, utilizzando anche indicatori di genere e di condizione socioeconomica. L'istituzione delle **UTAP**, formate dall'associazione di più medici convenzionati che operano in una sede unica 24 ore su 24 - 7 giorni la settimana - permette lo sviluppo di una responsabilità collettiva da parte dell'intero gruppo di professionisti su quanto "di più" è possibile garantire all'insieme degli assistiti dell'UTAP (accessibilità, fornitura di attività specialistiche, presa in carico per la continuità assistenziale, considerato anche il ruolo crescente che avrà l'assistenza domiciliare, maggiore gestione dei propri assistiti in alternativa al ricovero in ospedale etc.) considerato che questa unità è punto di riferimento per l'attività di specialisti per programmi di assistenza distrettuale. Il modello consente lo sviluppo del governo clinico delle cure primarie e maggiore efficacia nella responsabilizzazione finanziaria e risponde alla volontà condivisa di riassegnare al territorio la centralità del sistema, con il conseguente spostamento delle risorse dal livello ospedaliero al territoriale, implementando i modelli operativi che garantiscano l'offerta attiva, la presa in carico, la continuità assistenziale l'intento programmatico portato avanti negli anni a riconoscere la centralità del territorio nel sistema delle cure.

Per quanto attiene le differenze regionali l'autosufficienza sanitaria del Sud è un obiettivo politico da raggiungere al fine di migliorare l'accessibilità, ridurre nel tempo i flussi migratori da Regioni, ottenere un uso migliore delle risorse. Tale obiettivo è in sintonia con le osservazioni della Commissione europea che individua tra le priorità lo sviluppo del Meridione. Per qualificare l'offerta nelle regioni del Sud il ddl finanziaria 2007, incrementando il programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria dagli attuali 17 miliardi di euro a 20 miliardi di euro, riserva la quota aggiuntiva di 3 miliardi di euro a varie linee prioritarie, tra le quali il superamento del divario Nord-Sud e l'ammodernamento e il potenziamento dei servizi di radiodiagnostica e di radioterapia oncologica con prioritario riferimento alle regioni meridionali ed insulari, vincolando a tal fine 500 milioni di euro.

1.2 Dalla sanità alla salute: promozione della salute, partecipazione dei cittadini e sanità come risorsa

In questi anni è maturata la consapevolezza della necessità di promuovere una nuova visione della politica sanitaria del paese operando la transizione dal concetto di "sanità" a quello di "salute". In questo contesto le politiche di protezione sociale non hanno come unico interlocutore il Servizio Sanitario Nazionale. Infatti la salute rappresenta il risultato marginale (unintended effect) di tutte le politiche e gli interventi che hanno a che fare con lo sviluppo; tuttavia di questi risultati quasi sempre si ha consapevolezza solo dopo l'adozione delle politiche stesse e, quindi, essi non vengono presi in considerazione né in sede di scelta di decisione preliminare sul singolo intervento, né nella valutazione dei costi e delle responsabilità che essi comportano. Solo in campo ambientale la valutazione dell'impatto sulla salute dei diversi interventi è stata disciplinata con le procedure di Health Risk Assessment nei documenti di Valutazione d'Impatto Ambientale, anche se con un ruolo abbastanza ancillare. Nonostante ciò le azioni di fatto, hanno prodotto numerosi risultati positivi, sia nel campo ambientale propriamente detto, sia nel campo della salute umana. Nel resto dei campi interessati dalle politiche e dagli interventi per lo sviluppo (occupazione, welfare, urbanistica e infrastrutture, educazione, tecnologia…) questi effetti indesiderati sono quasi sempre ignorati e non servono ad indirizzare le scelte.

Per quanto attiene alla promozione della salute rivolta al singolo, si sta promuovendo l'adozione di corretti stili di vita.
L'obiettivo generale è di agire sui determinanti della salute per ridurre le disuguaglianze legate alle condizioni socio-economiche attualmente presenti, nella consapevolezza che la lotta alla povertà è il primo strumento per migliorare lo stato di salute di una popolazione. D'altro canto occorre sottolineare come per persone in grave stato di disagio la sanità spesso è il primo punto di contatto con l'offerta istituzionale dei servizi. La sanità pertanto ha un ruolo di primo piano nell'intercettare il bisogno e, attivando la presa in carico globale, nel promuovere l'inclusione sociale di persone portatrici di multiproblematicità. Le azioni necessarie sono portate avanti dalla sanità in collaborazione con le altre istituzioni (scuola, mondo del lavoro, politiche sociali, ambientali, energetiche, della viabilità etc.), che sono chiamate a cooperare attivamente per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, favorendo la partecipazione dei cittadini alle scelte in tema di salute.

Il SSN è consapevole dell'importanza di garantire la partecipazione dei cittadini, strumento di pratica democratica, intesa in senso ampio sia come diretta partecipazione del paziente alle scelte terapeutiche e assistenziali che lo riguardano, sia come partecipazione delle organizzazioni che esprimono la società civile (in particolare associazioni dei pazienti e delle loro famiglie alla determinazione delle politiche assistenziali), sia, infine, come valorizzazione del ruolo del terzo settore come una delle componenti cui affidare la erogazione di servizi socio sanitari con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale. Il SSN è consapevole della necessità di attuare corrette sinergie tra cittadini ed istituzioni per lo sviluppo della qualità dei servizi per la salute.
Uno strumento adottato per la comunicazione è la Carta dei Servizi, patto tra l'Azienda e la comunità, con il quale vengono esplicitati il livello quali-quantitativo garantito dai servizi erogati, gli impegni assunti, gli strumenti adeguati per interloquire con l'istituzione, esprimere la propria opinione e il livello di soddisfazione.
E' poi istituita la Conferenza dei Servizi che costituisce momento di confronto tra Azienda Sanitaria ed Organizzazioni dei Cittadini, garantendo a queste ultime adeguato spazio per poter esprimere valutazioni sull'andamento dei servizi e proposte per il loro miglioramento.
Nelle fasi dell'impostazione della programmazione e verifica dei risultati conseguiti e, ogniqualvolta siano in discussione provvedimenti su tali materie a livello regionale, aziendale e distrettuale, sono promosse consultazioni e forme di partecipazione con i cittadini e le loro organizzazioni anche sindacali, gli organismi di volontariato .

Un importante strumento di programmazione partecipata è dato dalla Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale, assicurandone il raccordo o l'inserimento nell'organismo rappresentativo delle autonomie locali. Fanno parte della Conferenza: il Sindaco del comune nel caso in cui l'ambito territoriale dell'Azienda unità sanitaria locale coincida con quella del comune; il Presidente della Conferenza dei sindaci, ovvero il Sindaco o i Presidenti di circoscrizione nei casi in cui l'ambito territoriale dell'unità sanitaria locale sia rispettivamente superiore o inferiore al territorio del Comune; rappresentanti delle associazioni regionali delle autonomie locali.
Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona.
Il valore aggiunto che va riconosciuto agli organismi di volontariato è la loro capacità di rispondere in maniera personalizzata ai bisogni di particolari categorie di utenti, grazie alla loro maggiore flessibilità e capacità di integrazione.

Infine si è affermato in modo evidente, in questo ultimo periodo, il ruolo del settore sanitario come soggetto generatore di sviluppo economico del paese, in riferimento ai quattro principali aspetti:

1. la sanità è "azienda" impegnata nella gestione di un numero rilevante di risorse umane e di rapporti con un "indotto" formato da imprese fornitrici;

2. la sanità dà impulso alla realizzazione di infrastrutture sul territorio con una mobilitazione di risorse finanziarie considerevoli e di soggetti imprenditoriali;
3. la sanità è creatrice di nuovi soggetti economici, erogatori di servizi socio sanitari volti alla copertura della crescente domanda proveniente dalle dinamiche demografiche legate all'aumento dell'età media e dal conseguente incremento della non autosufficienza e della dipendenza a livello di territorio e di domicilio;
4. la sanità è settore di impulso all'innovazione tecnologica attraverso l'utilizzo di nuove pratiche assistenziali e tecnologiche, di attrezzature e strutture di comunicazione innovative e di telecomunicazione, nonché attraverso lo sviluppo delle biotecnologie sanitarie.

1.3 Le risorse e la promozione del loro utilizzo ottimale

La legge finanziaria 2005 ha fissato, per il triennio 2005–07, l'importo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Per il 2006 l'importo è definito in 89.960 milioni di euro. Le risorse disponibili, assegnate prioritariamente sulla base della popolazione residente per Regione, consentono, mediamente, una quota per cittadino pari a circa € 1500, (mentre l'importo complessivo è destinato in riferimento ai livelli di assistenza, per il 5% alla prevenzione, il 44% all'assistenza ospedaliera ed il rimanente 51% all'assistenza distrettuale sul territorio). Il d.d.l. finanziaria 2007 ha determinato per l'anno 2007 il finanziamento pari a 96.000 milioni di euro.

I criteri di riparto utilizzati per l'attribuzione della quota capitaria per l'anno 2006 sono essenzialmente riferiti alla popolazione assoluta, con alcune correzioni imputate essenzialmente ai pesi della popolazione che usufruisce dell'assistenza ospedaliera. Il finanziamento per la spesa farmaceutica è riferito al 13% del finanziamento totale.

Negli ultimi anni si è registrato uno straordinario incremento di risorse in termini assoluti. L'incidenza della spesa sul PIL è ritornata invece pari a quella dei primi anni '90, dopo una sensibile diminuzione a metà del decennio. L'incidenza sul PIL, del 6,3% nel 1990, era infatti scesa nella metà degli anni 90 a 5,3%, per poi risalire nel 2001 al 6,2% ed attestarsi negli ultimi anni al 6,3% circa. La spesa sanitaria privata corrente è cresciuta cospicuamente dal 1990 al 1995, passando dal 17,4% della spesa sanitaria totale al 26,2%, per diminuire negli anni successivi ed attestarsi dal 2001 al 2004 sul 21-22% .

Nonostante il cospicuo incremento di risorse si sono verificati e continuano a verificarsi disavanzi, in parte riferibili al verificarsi di fenomeni epocali quali l'evoluzione scientifica e tecnologica della medicina, l'invecchiamento della popolazione, l'aumentata percezione del bene salute e la crescente richiesta di servizi, gli insufficienti investimenti in prevenzione negli anni passati.

Non si può però non prendere atto del perdurare di sprechi in alcune realtà. Le economie conseguibili su questi aspetti sono molto cospicue. Si è deciso pertanto di accompagnare le eventuali misure di riadeguamento delle disponibilità finanziarie, con manovre strutturali in modo che le nuove risorse messe a disposizione dallo Stato restino vincolate ai fondamentali obiettivi di miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale e di recupero della sua efficienza, già a suo tempo condivisi con le Regioni.

Per il mantenimento di tali vincoli e l'effettiva contestuale erogazione delle prestazioni incluse nei LEA da parte di tutte le Regioni, si sta verificando la loro attuazione e prevedendo adeguati meccanismi di correzione, qualora essi non vengano osservati. In altri termini, si conferma che se i servizi previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza non vengono erogati o vengono erogati male, se gli obiettivi di miglioramento non sono applicati e se i vincoli economici non vengono rispettati, viene chiesto alle Regioni inadempienti la definizione di un piano di rientro verificabile, che la Regione interessata deve adottare per potere ottenere l'accesso al maggior finanziamento. A questo si aggiunge la realizzazione nei confronti delle Regioni che manifestano rilevanti difficoltà nel mantenere l'equilibrio di bilancio e nell'assicurare l'erogazione delle prestazioni comprese nei LEA, di una adeguata opera di affiancamento per aiutarle a recuperare efficienza e capacità realizzativa.

Sono in tal senso attivi vari tavoli presso il Ministero dell'economie e delle finanze e il Ministero della salute, con la paritaria partecipazione delle Regioni per il controllo dell'erogazione effettiva dei LEA e della spesa sanitaria regionale.
Presso il Ministero della salute, al fine di verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza nell'utilizzo delle risorse, è realizzato un Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), che è finalizzato alla verifica dell'effettiva erogazione secondo i suddetti criteri delle prestazioni incluse nei LEA, compresa la verifica dei relativi tempi di attesa, nonché del raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati.

Sul piano più strettamente sanitario sono state sviluppate politiche intersettoriali per la promozione della salute e per l'adesione a stili di vita salutari, preso atto dell'importanza degli interventi di prevenzione, e si sta provvedendo a razionalizzare al massimo le strategie di offerta. Si sta operando una riduzione dei posti letto ospedalieri, portando lo standard di riferimento a 4,5 p.l. ogni mille abitanti compresa la lungodegenza e la riabilitazione, chiudendo o riconvertendo i piccoli ospedali in strutture residenziali o territoriali, potenziando i grandi ospedali perché possano essere centri di riferimento per l'eccellenza, riorganizzando la medicina territoriale anche attraverso lo strumento degli accordi convenzionali con i MMG, l'istituzione dell'UTAP, la spinta ad un'integrazione maggiore dell'offerta territoriale tramite la realizzazione delle case della salute.

Ma anche queste iniziative sarebbero insufficienti nel lungo periodo se non affiancate da una corretta politica di governo della domanda che trovi il suo fulcro nella appropriatezza delle prestazioni erogate. Il tema dell'appropriatezza è stato già affrontato in vari provvedimenti, in particolare nell'Accordo Stato-Regioni del 1 luglio 2004 che stabilisce l'attuazione a livello regionale di

- Provvedimenti che fissano i valori soglia di ammissibilità per i 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza
- Misure atte a disincentivare i ricoveri per 43 DRG che individuano prestazioni più appropriate per il livello territoriale
- Definizione di condizioni e limiti di erogabilità delle prestazioni ambulatoriali di cui all'allegato 2B
- Esclusione dai LEA delle prestazioni di cui all'allegato 2° del DPCM sui LEA
- Adozione di strumenti della valutazione multidimensionale per l'anziano ed il disabile
- Adozione di atti formali per la realizzazione del controllo di appropriatezza sul 2% delle cartelle cliniche (finanziaria 1989)

La legge Finanziaria 2006 al comma 283 dell'articolo 1 istituisce la Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative e di informazione per il personale medico e per gli utenti del Servizio sanitario, di monitoraggio, studio e predisposizione di linee-guida per la fissazione di criteri di priorità di appropriatezza delle prestazioni, di forme idonee di controllo dell'appropriatezza delle prescrizioni delle medesime prestazioni, nonché di promozione di analoghi organismi a livello regionale e aziendale.
In tal senso il Ministro della Salute sta realizzando uno strumento di analisi della variabilità regionale dei ricoveri ospedalieri che consente di evidenziare la potenziale inappropriatezza o inadeguatezza dei ricoveri, da accertare in loco con successivi approfondimenti.

E' stato inoltre istituito il Sistema nazionale linee guida (SNLG) che definisce priorità condivise privilegiando le tematiche associate in primo luogo a variabilità nella pratica clinica, liste d'attesa significative, appropriatezza diagnostico-terapeutica, obiettivi individuati dal Piano sanitario nazionale. Anche l'Italia ha adottato gli strumenti della clinical governance adattandoli al suo peculiare assetto istituzionale e territoriale così da promuovere sicurezza, efficacia, centralità del paziente, tempestività delle prestazioni, efficienza ed equità.

2. CURE A LUNGO TERMINE

Nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, sono particolarmente rivolti alle persone anziane affette da patologie invalidanti e ai pazienti che hanno necessità di cure a lungo termine, i seguenti servizi e prestazioni:

a) l'assistenza domiciliare integrata: sono assicurate dai servizi distrettuali dell'azienda sanitaria locale e sono destinate ai soggetti anziani o con patologie psicofisiche invalidanti. Oltre alla presenza periodica del medico di medicina generale, prevedono l'accesso al domicilio dello specialista, le prestazioni infermieristiche e di riabilitazione, l'assistenza sociale e, se necessario, l'aiuto domestico con il concorso dei Comuni. Il MMG ha la responsabilità complessiva dell'intervento, coordina la presenza degli altri operatori sanitari e sociali, attiva le consulenze specialistiche.

b) l'assistenza agli anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti in regime semiresidenziale e residenziale, presso strutture protette a diversa intensità riabilitativa e assistenziale, che garantiscono le prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi gli interventi di sollievo (D.P.C.M. 14 febbraio 2001). Le strutture residenziali che presentano una particolare valenza nell'ambito sanitario sono le RSA (Residenze sanitarie assistenziali) definite come strutture destinate a soggetti non autosufficienti, non curabili a domicilio. L'invio presso le suddette strutture è promosso dalle Unità di valutazione multiprofessionali, di natura multidisciplinare, attivate presso le aziende sanitarie locali. Gli ospiti delle strutture in questione sono tenuti a versare un contributo a parziale copertura della retta, come corrispettivo delle prestazioni di natura assistenziale e tutelare e di comfort alberghiero. In caso di persone con difficoltà economiche, il Comune si assume il relativo onere.

2.1. Accessibilità dell'assistenza sanitaria ed equità

Per garantire l'accesso al servizio in maniera equa vi è innanzitutto una valutazione del paziente da parte dell'Ente pubblico sulla base della domanda, cui segue la decisione riguardo alle modalità di presa in carico del soggetto bisognoso.

In seguito alla valutazione, l'ente pubblico indica le prestazioni che l'utente deve ricevere, le modalità di erogazione di tali prestazioni nonché l'ente chiamato a fornirle.

Tipologie di prestazioni:

- servizi alla persona: si tratta delle tradizionali prestazioni fornite direttamente alla persona dal Comune o dall'ASL di appartenenza;
- voucher (o buoni-servizio): sono forniti dall'ente pubblico e garantiscono il diritto a determinati servizi. Il beneficiario li utilizza per "acquistare" tali servizi da uno degli erogatori (pubblici o privati), autorizzati (accreditati) dall'ente pubblico;
- gli assegni di cura: si tratta di un contributo economico fornito agli anziani (o ai loro familiari) per finanziarne l'assistenza. Tale contributo è erogato in alternativa ai servizi alla persona, domiciliari o residenziali, e viene passato ai caregiver oppure utilizzato per acquistare assistenza privata.
- Indennità di accompagnamento: si tratta della tipologia più diffusa di assegni che viene fornita a tutti coloro cui è stata riconosciuta un'invalidità permanente.
- Ricevono l'indennità più di 800.000 persone di cui il 70% sono anziani.

In relazione alle domande, l'Ente pubblico favorisce prioritariamente coloro che in base al reddito non possono usufruire di altre forme di sostegno.

Per le persone in situazione di disabilità, riconosciute tali in base alla legge 104/92 o a normative pregresse, i servizi addetti valutano quanto essere idoneo e adatto alla persona disabile. (D.M. 27 agosto 1999, n. 332 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe"). Viene altresì tenuto in considerazione l'aspetto economico e la situazione familiare dell'utente. Allo stato attuale il

reddito della persona riconosciuta disabile non viene cumulato con quello della famiglia, ciò al fine di valutare il reddito esclusivamente in relazione all'interessato e non nell'ambito dei redditi complessivi della famiglia. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali ha come primi destinatari i soggetti portatori di bisogni gravi.
Il criterio di accesso è quindi determinato dal bisogno

2.2. Qualità: centralità del soggetto e presa in carico globale

Il mutato assetto demografico ha imposto un'accelerazione nell'attuazione delle scelte di politica sanitaria in questo campo, tenuto conto anche che agli effetti dell'invecchiamento della popolazione si sommano i cambiamenti nelle struttura familiare che hanno portato ad una drastica diminuzione del ruolo tutelare della famiglia. Essa, dove è presente, si trova appesantita, soprattutto nella sua parte femminile, dalla difficoltà di affrontare, a volte da sola, problematiche complesse alle quali non sempre è preparata e che richiedono grande dispendio di tempo, energie e risorse, soprattutto in presenza di "anziani fragili", cioè coloro che sono limitati nelle attività quotidiane per effetto di pluripatologie, ritardo nei processi di guarigione e recupero funzionale. L'esperienza maturata in alcune realtà regionali dimostra che se i servizi socio-sanitari sono in grado di rispondere alle richieste di tutela che vengono dalla cronicità e dalla non autosufficienza vengono liberate risorse e disponibilità femminili per lo sviluppo e si facilita il pieno inserimento delle donne nel mondo sociale e del lavoro.

Partendo dall'esperienza di questi anni, l'obiettivo prioritario che il SSN persegue su tutto il territorio è la garanzia per l'anziano non autosufficiente della permanenza al proprio domicilio, laddove le condizioni sanitarie, sociali, abitative e di solidarietà sociale lo rendano appropriato. Si sta implementando l'integrazione funzionale tra le varie componenti sanitarie ospedaliere e territoriali e tra i servizi sanitari e sociali, con le modalità previste dall'attuale normativa (Piani attuativi locali che recepiscono le indicazioni dei Piani di zona, e che costituiscono la base degli accordi di programma tra i Comuni e le ASL, e il Piano delle attività territoriali, articolazione dell'accordo di programma etc), per il raggiungimento di obiettivi comuni tramite la concertazione degli interventi e la condivisione delle risorse.
In particolare, già da tempo, lo Stato e le Regioni hanno convenuto sulla necessità di:

- Attuare per il paziente multiproblematico la valutazione multiprofessionale e multidimensionale quale approccio integrato per l'analisi dei suoi bisogni sanitari, psichici, funzionali, relazionali e sociali per l'elaborazione del successivo piano personalizzato di assistenza, a cui tutti gli operatori concorrono per le proprie competenze secondo responsabilità certe;
- individuare per ogni paziente il care manager;
- differenziare l'assistenza domiciliare integrata (ADI) in gradi diversi di complessità, con attribuzione delle responsabilità in termini di risorse e risultato ai vari soggetti coinvolti;
- adottare la cartella unica della assistenza domiciliare;
- garantire la continuità delle cure, avvalendosi anche dell'apporto delle tecnologie informatiche e degli strumenti di telesoccorso e di teleassistenza per pazienti affetti da particolari patologie;
- promuovere e potenziare il coordinamento delle strutture e dei servizi sanitari che entrano a far parte della rete di assistenza per i pazienti bisognosi di cure a lungotermine in modo da consentire la presa in carico globale del paziente, l'unitarietà degli interventi, il facile passaggio da un nodo all'altro della rete al mutare dei bisogni clinici ed assistenziali.

Vanno portate avanti però alcune importanti iniziative già intraprese:

- completare il processo di classificazione delle prestazioni/prodotti e di informatizzazione delle cure domiciliari portato avanti da un ampio progetto collaborativo Stato-Regioni sulla codifica e sulla classificazione delle prestazioni (Progetto mattoni) per fini epidemiologici e gestionali;
- definire standard di prestazioni, di processo e di esito, per la valutazione della erogazione dell'assistenza agli anziani non autosufficienti su tutto il territorio nazionale;
- definire i requisiti di autorizzazione ed accreditamento degli erogatori;

- promuovere l'offerta di cure intermedie (ospedali di comunità, nuclei di RSA) per gli interventi inappropriati sia per il livello ospedaliero che territoriale;
- garantire equità nell'accesso dell'anziano anche alle tecnologie sanitarie più avanzate allorquando è necessario ed appropriato, per non incorrere nell' "Ageism" (discriminazioni legata all'età);
- prevedere interventi di sollievo per la famiglia;
- promuovere la ricerca biomedica e clinica sull'invecchiamento ed in particolare sulle relazioni esistenti tra fragilità, patologia, comorbosità, menomazioni e disabilità geriatriche, promuovendo inoltre il coordinamento delle ricerche gerontologiche attraverso una maggiore cooperazione tra i paesi europei.

2.3 La programmazione integrata: efficace strumento di governance di sistema

La governance del sistema può essere assicurata innanzitutto tramite la programmazione integrata, con il superamento della programmazione settoriale, per intercettare i nuovi e diversi bisogni che derivano dai mutamenti sociali, economici e culturali e predisporre le risposte assistenziali. L'approccio integrato risponde, infatti, in modo adeguato alla complessità dei problemi di salute, a partire dall'analisi dei bisogni fino alle scelte di priorità di intervento.
Il metodo di programmazione rappresenta, in un'area come quella dell'integrazione socio-sanitaria facente capo a due diversi comparti istituzionali (S.S.R. e Comuni), il metodo fondamentale per la definizione delle scelte strategiche e delle priorità, in relazione alle basi conoscitive rappresentate dai bisogni presenti sul territorio, dal sistema di offerta e dalle risorse disponibili in capo a ciascun comparto.

Tuttavia non sempre e non dovunque la predisposizione di strumenti di programmazione si traduce concretamente in un sistema di interventi integrati e coordinati a livello di territorio, tale da orientare unitariamente il volume delle risorse esistenti sull'area socio-sanitaria (risorse del sociale, risorse sanitarie, fondi regionali finalizzati, risorse degli enti locali, rette degli utenti e altre risorse) verso le aree di bisogno e gli obiettivi ritenuti congiuntamente prioritari.

Per un'ottimale organizzazione, gestione ed impiego delle risorse sull'area dell'integrazione socio-sanitaria, occorre pertanto individuare e condividere, a livello nazionale e regionale, le regole per la cooperazione interistituzionale a livello locale, nella quale i diversi attori del sistema si confrontino, sulla base delle rispettive competenze, per addivenire a programmi e progetti sui quali investire energie e risorse.

Il sistema di offerta sull'area dell'integrazione socio-sanitaria è spesso capillare, ma diversificato sul territorio.

La diversificazione dipende dalle scelte organizzative e operative delle strutture aziendali, nonché dalla carenza, su quest'area, di profili assistenziali e di linee guida finalizzate ad orientare il lavoro interprofessionale verso percorsi appropriati finalizzati a garantire la continuità terapeutica fra ospedale e territorio.

Pertanto, dal punto di vista operativo, l'aspetto del problema non è costituito dalla tipologia e dalla qualità delle prestazioni erogate, bensì dalla persistente frammentarietà del percorso assistenziale del cittadino nell'ambito del sistema sanitario e sociale.

Nel sistema dell'integrazione socio sanitaria costituisce un problema il fatto che mentre sono stati determinati, come fondamentale elemento di unitarietà, i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie che devono essere garantiti a tutti i cittadini (d.P.C.M. 29.11.2001), sul versante sociale non esiste ancora l'atto formale di definizione dei Livelli Essenziali dell'assistenza sociale, in attuazione della legge quadro dei servizi sociali (legge 8 novembre 2000, n. 328) Tuttavia l'esperienza maturata in alcune Regioni di accordi-quadro col sistema delle autonomie locali ha consentito un rilevante sviluppo di servizi socio-sanitari integrati. Si richiama, a tal fine, la previsione degli Accordi di programma "ASL-Comuni" previsti dal decreto legislativo 18 agosto 2000 n. 267, quale strumento primario per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria atta a garantire effettivamente l'Assistenza domiciliare integrata. Si sta lavorando per promuovere la

generalizzazione di tali esperienze, in modo da rendere realmente integrabili a favore del cittadino sia i livelli essenziali delle prestazioni sociali che quelli delle prestazioni sanitarie comprese nei LEA, finalizzando, a tale scopo, una parte delle risorse destinate agli obiettivi specifici del Piano sanitario nazionale.

In questo contesto il SSN promuove lo sviluppo di interventi integrati finalizzati a garantire la continuità e l'unitarietà del percorso assistenziale, anche intersettoriale, nelle aree ad elevata integrazione socio-sanitaria nell'ambito delle attività individuate dalla normativa vigente (salute mentale, dipendenze, malati terminali etc.), con la diffusione di strumenti istituzionali di programmazione negoziata fra i Comuni associati e tra questi e le A.S.L., per la gestione degli interventi ad elevata integrazione, lo sviluppo di ambiti organizzativi e gestionali unici per l'integrazione, operanti in raccordo con gli ambiti di programmazione.

3. BUONE PRATICHE

3.1. Il Piano Nazionale di prevenzione attiva

La consapevolezza delle valenze etiche e di contrasto alle disuguaglianze di cui la prevenzione è portatrice, estendendo azioni efficaci anche a quella parte della popolazione che ha difficoltà ad accedere ai servizi e della sua efficacia, ha portato in questi anni ad una crescita della sensibilità nazionale sulla necessità di attivare organici interventi in tema di prevenzione nel suo significato più ampio, sia con azioni per il contenimento dei fattori di rischio, sia mediante interventi per la diagnosi precoce e la prevenzione delle complicanze. Esempio significativo è il Piano Nazionale di Prevenzione attiva, sull'adozione del quale hanno concordato il Ministro della Salute e gli Assessori Regionali.

La prevenzione attiva rappresenta un insieme articolato di interventi, offerti attivamente alla popolazione generale o a gruppi a rischio per malattie di rilevanza sociale, che vedono un coinvolgimento integrato dei vari soggetti del Servizio Sanitario Nazionale impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria.

Rispetto ai tradizionali interventi di prevenzione, largamente praticati nel nostro Paese da molti decenni ed improntati in molti casi all'obbligatorietà e controllo, la prevenzione attiva si pone in un'ottica di promozione ed adesione consapevole da parte del cittadino

Il ruolo attivo, anziché passivo, ha il vantaggio di sollecitare i soggetti interessati così da evitare che essi trascurino, per disattenzione o disaffezione le azioni necessarie ad ottimizzare gli interventi di diagnosi e cura.

In tale prospettiva, gli interventi preventivi e di sanità pubblica non attengono in modo esclusivo a singole strutture sanitarie o articolazioni organizzative, ma pervadono l'intero SSN, pur con diversi livelli di responsabilità ed operatività: a partire dai Dipartimenti di prevenzione, sono coinvolti i medici di assistenza primaria, come pure strutture ospedaliere e specialistiche ed anche servizi socio-sanitari.

Si tratta quindi di interventi di natura trasversale finalizzati ad incrementare la diffusione dei programmi e l'adesione degli assistiti arruolabili.

Le sue linee di attività sono:

- la prevenzione cardiovascolare suddivisa nelle seguenti iniziative:
- diffusione della carta del rischio cardiovascolare a gruppi di soggetti;
- prevenzione della obesità nelle donne in età fertile e nel bambino;
- prevenzione attiva delle complicanze del diabete di tipo II nell'adulto e nel bambino, aumentando la compliance del paziente;
- prevenzione delle recidive nei soggetti che hanno già avuto accidenti cardiovascolari, cosicché non si ripetano;
- gli screening :
- dei tumori al seno;
- del cancro della cervice uterina;
- del cancro del colon- retto;
- la prevenzione degli incidenti:
- stradali;
- domestici;
- sul lavoro;
- le vaccinazioni.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria rivolta ad utenti portatori di particolari disagio, essa ha rappresentato per il SSN un'occasione di crescita organizzativa e culturale, permettendo di modificare il modello di assistenza sanitaria proposto dal nostro SSN, rimodellando una offerta di servizi socio-sanitari diversificati e soprattutto a misura umana nei confronti di tutte le fasce di persone a rischio di emarginazione. Si sta pertanto portando avanti un processo di attuazione di

servizi socio-sanitari più attenti alle complesse problematiche delle persone con il rispetto delle diverse dignità e culture dei diversi strati sociali i italiani e stranieri.

3.2. I Consultori

Il consultorio familiare, istituito dalla legge 405 del 1975, è un importante strumento per l'attuazione di interventi finalizzati alla tutela della salute della donna, dell'età evolutiva, delle relazioni di coppia e familiari ed è fortemente orientato alla prevenzione, informazione ed educazione sanitaria.

E' caratterizzato dalla multiprofessionalità e multidisciplinarietà dei suoi operatori ed opera anche con modalità di offerta attiva.

Proprio per l'approccio globale ai problemi della donna, della coppia e della famiglia che deve caratterizzare l'attività consultoriale esso non si limita ad operare solamente in ambito sanitario ma si attiva per promuovere il superamento di particolari problematiche familiari.

Il consultorio collabora con gli altri enti alla elaborazione e alla realizzazione di protocolli comuni tra le diverse istituzioni deputate al trattamento delle famiglie multiproblematiche e a formare più puntualmente gli operatori al riconoscimento delle situazioni di disagio e alle modalità con cui affrontarle; collabora inoltre alle iniziative rivolte a promuovere e facilitare l'affidamento familiare e le adozioni e all'eventuale sostegno successivo alle famiglie. Attiva quindi azioni rispetto a situazioni di disagio familiare, di problematiche che possono accompagnare le separazioni e i divorzi, soprattutto quelle che coinvolgono i figli minori, anche mediante interventi di mediazione familiare, che possono essere promossi anche mediante la stipula di protocolli tra i servizi competenti e i Tribunali.

Tra le attività dei consultori familiari rivolte alla salute riproduttiva vanno attivati programmi specifici per la tutela della maternità, per la promozione dell'allattamento al seno, per la promozione di scelte genitoriali responsabili, anche informando sui metodi di controllo delle nascite e per la prevenzione delle interruzioni volontarie di gravidanza. Nella tutela della salute della donna possono essere inoltre attivati programmi di informazione e consulenza per la menopausa.

Un altro ambito di intervento in materia di informazione e prevenzione è quello finalizzato a promuovere la salute nelle fasce adolescenziali tramite interventi mirati (ad es. nelle scuole) o con l'offerta all'interno dei consultori di spazi e sportelli a cui gli adolescenti possono rivolgersi per ricevere informazioni e risposte ai problemi e ai quesiti propri dell'età.

Infine per la presenza sempre maggiore di stranieri sul nostro territorio spesso nei consultori sono presenti operatori formati alla multiculturalità e sono predisposti programmi mirati alle problematiche peculiari degli utenti stranieri (ad es. prevenzione delle mutilazioni genitali femminili, informazione sulla possibilità di partorire in anonimato).

3.3 Immigrati e fasce sociali svantaggiate

Prendersi cura di persone provenienti da differenti ambienti sociali e culturali non è una cosa semplice. Ci sono barriere linguistiche, e spesso gli immigrati non approfittano delle strategie di prevenzione, rivolgendosi ai servizi sociali e sanitari soltanto in casi di urgenza o in uno stato avanzato della malattia, quando la terapia diventa molto più costosa.

La Struttura Complessa di Medicina Preventiva al San Gallicano, Roma

Riconoscendo i bisogni degli immigrati, è stata in attività sin dal 1985 all'Istituto San Gallicano la Struttura Complessa (S.C.) di Medicina Preventiva delle Migrazioni, Turismo e Dermatologia Tropicale, costituita poi come "Centro di Riferimento Regionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti, senza fissa dimora, nomadi e a rischio di emarginazione". Il Centro è rivolto alla sperimentazione di strategie integrate per la promozione della salute delle popolazioni migranti, richiedenti asilo, vittime della tratta, senza fissa dimora e nomadi nella Regione Lazio, attraverso interventi clinici di prevenzione, diagnosi precoce e cura delle patologie più diffuse, nonché interventi di formazione nei confronti degli operatori socio-sanitari.

C'è nella S.C. un servizio di consulenza medico-antropologica, mirata in modo particolare a identificare e a prendersi cura delle persone svantaggiate da un punto di vista culturale e a rischio di ammalarsi. Ci sono anche un servizio gratuito di assistenza legale per le persone che ne hanno bisogno, un servizio gratuito di etnopsichiatria e l'assistenza di antropologi dell'Università "La Sapienza" di Roma e dell'Università di Roma Tre. Ogni anno la S.C. Reparto organizza, in collaborazione con il Ministero della Salute e la Regione Lazio, un Corso Internazionale di Medicina Transculturale per gli operatori in campo sociale e medico, gli amministratori pubblici, gli insegnanti e i volontari, allo scopo di promuovere interesse, comprensione e scambi di esperienze sulla complessa realtà dell'assistenza sanitaria.
Le attività della struttura sono state fin dall'inizio a disposizione di tutti i cittadini, sia italiani che stranieri. I servizi sono in particolar modo indirizzati agli immigrati regolari, a quelli illegali e ai clandestini, ai senza dimora, ai nomadi e a coloro che hanno problemi di salute ma sono privi di un'assicurazione sanitaria.

Secondo la legislazione attuale, tutti i cittadini italiani ed anche gli immigrati in posizione regolare possono avere accesso gratuito all'assistenza fornita dal Servizio Sanitario Nazionale, senza riguardo alle loro condizioni economiche. Per alcuni servizi e farmaci può essere richiesto un contributo alle spese. Gli immigrati illegali o clandestini, in caso di problemi di salute, possono rivolgersi per assistenza medica a un centro del Servizio Sanitario Nazionale, a patto che vengano identificati e certificati come STP (Straniero Temporaneamente Presente). Secondo il regolamento gli stranieri che non hanno una carta di identità debbono solo dichiarare il loro nome, la data di nascita e la nazionalità per ricevere un numero di STP. Il documento STP permette accesso gratuito ai servizi e ai farmaci essenziali quando l'interessato si rivolge ad un ospedale pubblico per assistenza. Il documento STP deve essere rinnovato ogni 6 mesi.

Attualmente ricevono assistenza ogni giorno nella struttura dalle 150 alle 200 persone. Il paziente, appena arrivato, riceve una prima valutazione da parte di un gruppo composto da un medico un infermiere e un mediatore culturale. Essi registrano direttamente il paziente e, se necessario, gli preparano il documento STP. Possono essere richieste ulteriori consulenze.

Oltre ad offrire un servizio giornaliero con accesso gratuito all'assistenza, la struttura complessa è anche un osservatorio per studiare e tenere sotto controllo le condizioni di salute e i rischi per la salute di questi gruppi particolari. I dati raccolti attraverso questo osservatorio vengono analizzati, e le informazioni statistiche vengono valutate e comparate in base a una varietà di fattori: Paese di origine, età, livello di istruzione, frequenza e relativa prevalenza delle malattie, abuso di sostanze che danno assuefazione, MST, attività sessuale, periodo di permanenza in Italia, stato legale, relazioni familiari e sociali, comportamento e tenore di vita.
Fin dal 1996 l'assistenza è stata corroborata dall'opera di mediatori linguistico-culturali, che accolgono i pazienti stranieri e spiegano loro, nella loro lingua, quali sono i servizi di assistenza a loro disposizione. Essi facilitano anche la comprensione culturale e interpretativa delle diagnosi e delle terapie, perché ci si possa adattare all'approccio corretto per ogni particolare individuo.

Oltre al Serbo/Croato ci sono molte altre lingue parlate dai mediatori linguistico-culturali: francese, inglese, spagnolo, portoghese, arabo, curdo, lingala, swahili, tigrino, amarico, filippino (tagalong), tamil, bangladeshi, bulgaro, polacco, russo, rumeno e albanese.
Dal 1° gennaio 1985 al 31 dicembre 2005, nel Servizio di Medicina Preventiva delle Migrazioni, sono stati sottoposti a prima visita 82.348 pazienti immigrati, regolari, irregolari e clandestini, 36.766 (il 44,6%) erano di sesso femminile e 45.582 (il 55,4%) di sesso maschile.
La percentuale dei pazienti italiani che frequentano il Reparto è aumentata dal 5% nel 1985 al 20% all'inizio del 2006. Questo gruppo è composto principalmente dai senza dimora (circa il 90%) e dagli anziani (circa il 10%). Questo fenomeno può essere spiegato in parte con l'aumento della percentuale degli italiani (13,1%) che sono al di sotto della soglia di povertà. Essi trovano difficile l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale e alla rete di assistenza sociale e sanitaria, dove la copertura delle loro necessità non è ancora interamente loro disponibile. Queste persone

frequentano il Reparto in cerca di aiuto per molti problemi vari, soprattutto sociali, ed anche per semplici prestazioni mediche, come le iniezioni di farmaci per via intramuscolare.

Nella Struttura Complessa il quadro generale di patologia osservata non è molto diverso da quello degli italiani. Inoltre si sono osservate un certo numero di cosiddette "malattie riferibili alla povertà", come tubercolosi, scabbia, pediculosi ed alcune infezioni virali, micotiche e veneree. Sebbene queste non siano specifiche degli immigrati, sono indicative di una condizione di estrema emarginazione, come il fatto di essere senza dimora. In altre parole gli immigrati non presentano problemi di malattie tropicali o di varie patologie più gravi di quelli degli italiani residenti; ma a loro mancano, comunque, quei mezzi di salvaguardia sanitaria di base, quella conseguente pronta diagnosi e quella terapia che permettono agli italiani di guarire più rapidamente. Può essere molto difficile, se non impossibile, aiutare queste persone quando chiedono di tornare a casa, perché la loro condizione è oramai pre-terminale, per cui spesso muoiono in solitudine.

Che risultato è stato ottenuto?

È difficile misurare in cifre il vero impatto esercitato dal tipo di servizio fornito dalla Struttura Complessa di Medicina Preventiva e delle Migrazioni all'Ospedale San Gallicano di Roma. Ma è molto evidente il beneficio che ne hanno tratto migliaia di persone il cui tenore di vita è molto migliorato, grazie ad un personale sanitario che dimostra dedizione ed interesse per il suo lavoro. Inoltre, conservando i dati e analizzando le tendenze della popolazione "invisibile" (gli immigrati illegali), il Reparto sta creando una solida base di dati scientifici sulle condizioni mediche e sociali che affliggono i poveri.

Dal dicembre 2001 il Reparto è membro del Centro Internazionale per le Migrazioni e la Salute (ICMH), un centro di collaborazione dell'OMS.

Sembra che questa esperienza sia economicamente sana, oltre ad essere sana sul piano etico. Il costo per la gestione del Reparto è di circa 700.000 euro all'anno, compreso il costo dei farmaci e degli altri materiali forniti gratuitamente ai pazienti. Ma si ritiene che l'impatto esercitato dall'attività del servizio abbia un chiaro valore aggiuntivo. La cura della salute degli immigrati è della massima importanza e si ripercuote anche sulla protezione della salute dei cittadini italiani – per esempio, limitando la diffusione delle malattie contagiose. Inoltre, le attività preventive di screening espletate dal personale del Reparto permettono la prevenzione, la profilassi, l'identificazione e la cura delle malattie nella loro fase iniziale, limitandone e controllandone il progresso verso condizioni più gravi, il cui costo per il SSN sarebbe anche maggiore.