Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro

Commissione istruttoria Politiche sociali e della Pubblica Amministrazione (V)

Linea di lavoro Welfare

RAPPORTO sul WELFARE 2012-2013

APRILE 2014

Componenti della Commissione istruttoria Politiche sociali e della Pubblica Amministrazione (V):

Presidente: Salvatore BOSCO

Coordinatore: Giuseppe ACOCELLA

Responsabile della Linea di lavoro *welfare*: Stefano BIASIOLI

Consiglieri: Berardino ABBASCIA', Emanuele ALECCI, Giampiero BONIFAZI; Roberto BRANDI; Manin CARABBA, Anna COROSSACZ, Michele GENTILE, Luigi GIANNINI, Gian Paolo GUALACCINI, Giorgio MACCIOTTA, Marco Paolo NIGI, Giuseppe PERASSO, Giuseppe POLITI.

Alla redazione del Rapporto ha contribuito la dottoressa Magda Trotta - Primo Ufficio di supporto agli Organi collegiali, diretto dalla dottoressa Elisabetta Bettini.

Ha contribuito, altresì, Aldo AMORETTI, Presidente di "Professione in Famiglia".

Il Rapporto è stato approvato dalla Commissione V nella seduta del 16 aprile 2014.

INDICE GENERALE

EXECUTIVE SUMMARY

E PROPOSTE EMERSE DAL SEMINARIO SUL WELFARE DEL 20 FEBBRAIO 2014 ……..…….. PAG. 7

1.0 PREMESSA: IL *WELFARE* E LA SUA *GOVERNANCE*…. ……..…….…….. PAG. 20

1.1 Il *welfare* e il CNEL

1.1.1. Il *welfare* secondo le Parti Sociali

1.2 Verso un nuovo *welfare*

1.3 Uno sguardo all'Europa

1.4 *welfare* e famiglie

1.5 Aspetti demografici ed aspettative di vita

1.6 Lotta alla povertà

1.7 Il *welfare* "sezionato"

2.1 SANITÀ …….……...……..,. PAG 38

2.1.1. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

2.1.2 I fatti. Finanziamenti, tra spese e tagli di spesa

2.2 Dalle cifre alla qualità delle prestazioni

2.3 Il problema dell'equità. L'impatto della crisi sulla sanità

2.4. Dubbi, quesiti, proposte

2.5 Un nuovo sistema salute: le possibili priorità

2.6 Un nuovo sistema salute: le priorità alla persona

2.7 Un esempio per tutti: l'attività socio-sanitaria in Veneto (non autosufficienza, *long term care*, salute mentale).

3.0 PREVIDENZA …… ……. PAG 72

3.1 I sistemi di protezione sociale in Europa: criticità e punti di forza.

3.1.1 Enti pubblici preposti alla sicurezza sociale in Italia (2012)

3.1.2 L'invecchiamento e la protezione sociale

3.2 Previdenza: i dati

3.3 Gli Enti previdenziali

3.4. Le casse di previdenza: il problema della sostenibilità

3.5. La previdenza: aspetti generali

3.6 Le tipologie della previdenza

3.6.1 La previdenza obbligatoria

3.6.2 La previdenza integrativa

3.7 La disciplina fiscale

3.8 Il finanziamento

3.9 Il federalismo

3.9.1 La *governance*

3.9.2 Le prestazioni

3.9.3 Le risorse

4.0 ASSISTENZA: PRINCIPI GENERALI …….……. PAG 87

4.1 *Welfare* e federalismo: teoria e prassi

4.2 Tra costi *standard* e fabbisogni *standard*

4.3 L'assistenza sociale in Europa

4.3.1 Povertà/esclusione sociale e Strategia europea 2020

5.0 PROTEZIONE SOCIALE GLOBALE ……..…….. PAG 94

5.0.1 Europa. C'era una volta il *welfare*

5.1.1 I dettagli della spesa italiana

5.2. Le politiche sociali attuali

5.2.1 Il quadro socio-economico

5.2.2 Le politiche sociali: analisi delle Regioni

5.2.3 L'articolazione della spesa per gli interventi sociali

5.2.4 L'andamento dei finanziamenti nazionali alle regioni per l'area sociale 2008-2011

5.2.5 Le conseguenze dei tagli

5.2.6 Le proposte delle Regioni e delle Autonomie

5.2.7 Spesa socio-sanitaria per gli anziani: cifre ed articolazioni della spesa

5.2.8 Il ruolo dell'economia sociale no profit

5.2.9 Considerazioni generali e proposte concrete

6.0 IL MODELLO PREVISIONALE DELLA SPESA PREVIDENZIALE ……..……PAG. 111

6.1 Storia del modello

6.2 Il livello delle prestazioni pensionistiche

6.3 La tipologia pensionistica dei lavoratori poveri

6.4 La struttura del modello CNEL-CER 2012

6.5 Come migliorare le previsioni del modello CNEL- CER

6.6 Proposte al Governo

7.0. UN NUOVO PERCORSO SOCIO-ASSISTENZIALE ……..……. PAG 116

7.1 L'integrazione socio-sanitaria

7.2 Il sistema socio-sanitario regionale del Veneto

7.3 Il contesto: i cambiamenti dei profili di bisogno

7.4 L'investimento sul Distretto socio-sanitario

7.5 Alcuni strumenti di integrazione

7.6 Lo sportello unico di accesso

7.7 La valutazione del bisogno ed il progetto assistenziale individualizzato

7.8 Il sostegno alla domiciliarità

7.9 Gli strumenti della programmazione integrata

7.9.1 Elementi innovativi per l'integrazione socio-sanitaria

7.9.2 L'introduzione del concetto della "filiera dell'assistenza"

7.9.3 L'integrazione socio-sanitaria nelle Medicine di Gruppo Integrate

7.9.4 La Centrale operativa come strumento di integrazione e continuità

7.9.5 Sistema Informativo Integrato e Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico

7.9.6 La valorizzazione della rete informale

7.9.7 Alcuni obiettivi per la sostenibilità del Sistema

8.0. CONSIDERAZIONI FINALI E ULTERIORI PROPOSTE DI LAVORO PER IL CNEL ……..…. PAG. 137

9.0 ALLEGATO (TABELLE) ……..…….. PAG. 139

EXECUTIVE SUMMARY E PROPOSTE EMERSE DAL SEMINARIO SUL WELFARE DEL 20 FEBBRAIO 2014

INTRODUZIONE

Il Rapporto del CNEL sul " *welfare state*" nasce dalla volontà della Commissione Istruttoria sulle Politiche sociali e della pubblica amministrazione (V) di elaborare una sintesi tanto degli indicatori relativi a tre settori del *welfare* (sanità, assistenza, previdenza), analizzati nella Relazione annuale al Parlamento e al Governo sui livelli e la qualità dei servizi erogati dalle pubbliche amministrazioni centrali e locali alle imprese e ai cittadini, relativa all'ultimo triennio, quanto delle indicazione emerse dalle numerose audizioni con le Parti Sociali in merito alla situazione attuale del *welfare* nel nostro Paese e ai suoi possibili sviluppi.

La conoscenza dei dati (quelli utilizzati provengono da fonti ufficiali quali ISTAT, Ministero dell'Economia, Ministero della Salute, Agenas etc.) è infatti un presupposto essenziale per una valutazione congrua sulla situazione reale del welfare esistente, al fine di ipotizzare suggerimenti e soluzioni che favoriscano scelte tecniche e decisioni politiche idonee non solo a garantire il mantenimento dell'attuale livello di welfare ma anche di adeguarlo in modo socialmente corretto, pur in presenza delle attuali criticità economiche del Paese.

Il testo preliminare del Rapporto è stato presentato ad esperti e a rappresentanti delle parti sociali, nel corso di un Seminario – tenutosi il 20 febbraio 2014 - che il CNEL ha dedicato al tema.

Il testo finale è, quindi, anche il frutto di questi molteplici confronti.

L'obiettivo - ambizioso - è quello di favorire non tanto la *spending-review,* quanto la funzionalità operativa del nostro welfare.

WELFARE E CRISI ECONOMICA

La messa in sicurezza dei conti pubblici non può non avere un impatto forte sul "*welfare state*" inteso come "ambito di interventi che contribuiscono a definire il livello di qualità della vita sociale e personale di una nazione" (Onelli,2012).

Se si guarda al Welfare nella fase della crisi non si sfugge dalla considerazione che questo settore più di altri abbia pagato la politica di un risanamento della finanza pubblica realizzato agendo sul solo "numeratore", attraverso tagli lineari di spesa e aumenti della pressione fiscale, prevalentemente locale e, conseguentemente, grazie all'addizionale IRPEF, gravanti, prevalentemente sui redditi da lavoro e da pensione (cresciuti nel periodo 2008-2012 del 7,62%, contro una riduzione del 10,21% del prelievo sugli altri redditi).

Sul versante della spesa non contraddice una simile affermazione il fatto che le risorse complessive destinate al Welfare (previdenza, sanità, assistenza) nel periodo siano cresciute del 9,42% (da 385,8 a 422,1 miliardi di €) contro una crescita complessiva della spesa pubblica corrente del 5,29%. L'incremento della spesa per interventi di "protezione sociale" è stato, infatti, determinato, prevalentemente, dall'andamento della spesa pensionistica (ivi compresa quella assistenziale) che è cresciuta del 13,12%. La dinamica della spesa sanitaria, la seconda componente per valore della spesa sociale, è stata solo dell'1,67% e quella delle spese assistenziali (al netto delle pensioni) è in riduzione dell'1,45%. Ma anche la dinamica della spesa previdenziale, se la si esamina con attenzione, rivela un impoverimento dei beneficiari a seguito del perdurante blocco, nel periodo, delle indicizzazioni (rimosso, solo parzialmente, a partire dal 2014). Anche il numero delle nuove concessioni si è fortemente ridotto malgrado, nel 2012, non si scontino ancora le conseguenze dei recenti interventi che hanno fatto segnare una ulteriore accentuazione della tendenza al contenimento nella concessione di nuovi trattamenti (allungamento della vita attiva) e nei criteri di calcolo

del relativo ammontare (sostituzione del metodo contributivo a quello retributivo). L'incremento delle erogazioni è conseguenza dell'effetto sostituzione: di pensioni al minimo (e/o integrate al minimo) di coltivatori diretti, artigiani e commercianti (in via di progressiva diminuzione per motivi anagrafici) con pensioni assegnate ai lavoratori dipendenti, pubblici e privati, ancora calcolate con criteri retributivi.
Al fenomeno di contenimento della spesa sociale pubblica si è aggiunto un fenomeno di sofferenza determinato dalla minore disponibilità di risorse disponibili dei cittadini per l'aggravarsi della pressione fiscale, in particolare a carico lavoratori dipendenti e pensionati.
In realtà la logica che ha guidato in questi ultimi anni l'impostazione delle politiche di bilancio ha avuto come unico punto di riferimento quello del miglioramento dei saldi in funzione della riduzione dell'indebitamento e, in prospettiva del debito. Naturalmente quello della riduzione del debito è un tema che l'Italia dovrebbe affrontare, al di la degli obblighi derivanti dai trattati, per trasferire risorse dalla remunerazione delle rendite finanziarie a interventi volti a promuovere servizi e a finanziare nuovi investimenti ma la strumentazione per realizzare un simile obiettivo non può fondarsi solo su politiche capaci di incidere sul numeratore (attraverso riduzioni delle spese e incrementi delle entrate) e, soprattutto, non può intervenire in questi campi con tagli lineari e incrementi dell'imposizione sui redditi (prevalentemente da lavoro e da pensione). Si tratta di evitare che vengano penalizzati lavoro e imprese ed anche i territori nei quali tale composizione del modello produttivo è prevalente.
Tali scelte sono, con ogni evidenza, contraddittorie rispetto agli indirizzi della Commissione Europea (CE) che ipotizza un "risanamento funzionale alla crescita" e interventi sul sistema sociale per renderlo più efficiente, partendo da misure di incremento in quei settori di spesa suscettibili di determinare una crescita del denominatore (il PIL): in particolare nei settori suscettibili di una più immediata espansione delle occasioni di lavoro (ad esempio sulle moderne tecnologie in campo sanitario con conseguenze positive anche in tema di qualità dei servizi), o nel campo della scuola, della formazione, della ricerca, che contribuiscono alla crescita del capitale umano.
Proprio dall'esigenza di mobilitare tutte le risorse finanziarie, produttive ed umane del paese in funzione dello sviluppo la "Commissione continua a raccomandare che i programmi nazionali di riforma (PNR) e i programmi di stabilità e di convergenza (PSC) siano dibattuti in ambito nazionale nel parlamento e con tutti i portatori d'interesse, in particolare le parti sociali e gli attori sub nazionali; (da ultimo: COMUNICAZIONE DELLA COMMISSIONE - Analisi annuale della crescita 2014, pag. 6, Bruxelles, 13.11.2013).
Le modalità e la tempistica della normativa nazionale in materia di predisposizione dei documenti economico-finanziari (e soprattutto la loro applicazione) sono contraddittorie tra loro e con l'impostazione suggerita dalla Commissione. Da un lato l'articolo 5 della legge 42/2009, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, prevede "l'istituzione, nell'ambito della Conferenza unificata, della Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica come organismo stabile di coordinamento della finanza pubblica" che, in modo stringente, dovrebbe "(concorrere) alla definizione degli obiettivi di finanza pubblica per comparto, anche in relazione ai livelli di pressione fiscale e di indebitamento". Questo organismo dovrebbe, conseguentemente, partecipare alla costruzione del DEF (che di tali obiettivi quantitativi è la sintesi) e del PNR (che dettaglia le politiche settoriali per realizzare gli obiettivi). Contraddittoriamente scadenze e modalità per la definizione del DEF, stabiliti dalla legge 39/2011, prevedono la consegna alle Regioni (e alle parti sociali, in sede CNEL) dei documenti definiti il 10 di aprile, il loro esame e l'espressione di un parere in tempi compatibili con l'invio a Bruxelles di tali documenti, come approvati dal Parlamento, entro il 30 di aprile.
Nel quadro di una procedura coerente con la Costituzione e con le raccomandazioni della Commissione UE, la proposta CNEL dovrebbe partire da un approccio diverso e realizzarsi con procedure assai diverse.
In primo luogo, avendo chiaro che disavanzo e dimensione complessiva del debito non sono "variabili indipendenti", dovrebbe prevedere un confronto reale, con le "istituzioni sub nazionali" e con le parti sociali sui pesi dei diversi comparti di spesa e delle diverse componenti del prelievo, a partire proprio dai cruciali

temi del Welfare che sono tutelati, oltre che da specifici articoli della Costituzione, da quella disposizione dell'articolo 117/2/m sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" che rappresenta una sorta di norma di chiusura e che richiede un attento bilanciamento delle risorse. Tra i "diritti essenziali" andrebbero forse considerati anche livello e struttura del prelievo fiscale che, penalizzando determinati cespiti e determinati livelli di reddito, contribuiscono a rendere precaria l'effettiva fruizione di fondamentali servizi.
Sembra questo il terreno da cui partire per una modifica dei criteri di costruzione del DEF, anche al fine di evitare che le istituzioni sub nazionali e le parti sociali si assegnino il solo ruolo di rappresentare specifiche esigenze territoriali e/o settoriali e siano coinvolte nella individuazione delle compatibilità essenziali per la costruzione di politiche funzionali allo sviluppo complessivo della società nazionale.

Numerosi studiosi (su tutti, F. Caffè) ritengono che – in questa fase economico-politica- occorra passare dal *welfare state* alla *wefare society*, ossia dal *welfare* a caduta dall'alto al *welfare* condiviso e partecipato.

La politica interferisce sul *welfare:* come finanziamenti, come *governance*, come impatto della riforma costituzionale degli anni duemila: si pensi alla definizione dei diritti sociali, dei LEA, dei LEP; si pensi alla solidarietà verticale ed alla sussidiarietà orizzontale.

Il nuovo assetto federale ha esasperato le dicotomie/distonie tra Stato e Regioni ed ha impattato negativamente sull'universalità dei diritti e delle prestazioni.

A ciò si aggiunga l'effetto prodotto dall'inserimento nella Costituzione (Art.88; Legge 1/2012) dei vincoli del bilancio statale.

Le politiche sociali sono oggi disomogenee perché il livello territoriale/comunale di spesa è estremamente difforme nelle diverse realtà e perchè mancano regole certe sui livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEAS) (N. Marongiu, Seminario CNEL,2014).

La comparsa di nuove e diverse istanze sociali è entrata in conflitto con il modello economicistico europeo: che privilegia la finanza rispetto alle persone; che non riconosce la gerarchia dei bisogni; che non protegge la disabilità; che trascura il problema legato alla frammentarietà delle competenze.

Parecchi "esperti" concordano sulla necessità di rivedere l'attuale modello, identificando una decina di criticità :

- la mancanza di una solidarietà sociale "diffusa";
- le pensioni di invalidità, assegni di accompagnamento;
- le pensioni previdenziali, rendite INAIL;
- l'assistenza ai disabili;
- la spesa fiscale;
- l'azione di supplenza "sociale" svolta dal SSN;
- il sistema delle indennità (INAIL, malattia, anti_TBC…) e delle detrazioni;
- le politiche di sostegno all'occupazione;
- la razionalizzazione delle voci;
- la razionalizzazione delle strutture eroganti;
-la corretta valutazione dei costi;
- la totale copertura dei "rischi gravi";
- la responsabilizzazione dei singoli.

Nasce così' il tema "della Famiglia"; in sintesi: meno denari e più servizi?; incremento delle detrazioni fiscali?; aumento delle esenzioni?

Ancora , come vanno affrontate le criticità lavorative? Con l'attuale sistema assistenziale-previdenziale (CIG e simili) o con un diverso approccio (formazione obbligata; più servizi e meno denari)?

L'opinione della Commissione V e delle Parti Sociali sinora audite è che non si debba derogare dal principio di solidarietà e che si debba proporre una revisione profonda del welfare, per evitare che esso – in modo strisciante e crescente- venga sostanzialmente compromesso. Se la persona è un valore essenziale, allora vanno chiarite definitivamente tutte le criticità legate al rapporto Stato/Regioni, alla parcellizzazione del SSN, alla definizione e copertura finanziaria de: LEA, LEAS, *Long term care*, farmaci, malattie rare.

La proposta riguarda **l'avvio verso un nuovo welfare** che tenga conto dei dati di fatto e di nuovi elementi.

Tra i **dati di fatto**: l'Italia spende per la protezione sociale il 29,8 % del PIL, cifra non molto diversa da quella dell'UE27 (29,5%). Ma ciò che differenzia l'Italia dall'Europa è la suddivisione analitica della spesa in questione: 52% per la vecchiaia; 26% per la sanità; 6% per l'invalidità e 4% per la famiglia. Nella UE27, invece, la spesa privilegia – in sequenza- invalidità, alloggio, disoccupazione, famiglia e sanità.

Nel corso degli ultimi anni, si è assistito, in Italia: ad una riduzione della spesa pubblica per il welfare in cifre assolute; ad una netta preferenza per gli automatismi (poco a tanti..); ad una incapacità di indirizzare la spesa verso le criticità reali (politica abitativa, infanzia, non autosufficienza, carenza di servizi…).

Occorre partire dai dati ufficiali (ISTAT): debito pubblico a 2067,49 miliardi (Dic.2013; +148,6 miliardi in 17 mesi); 3.254.000 disoccupati (+351.000 in 12 mesi; +1,4% un dodici mesi); 7.300.00 persone che non studiano e non lavorano; consumi familiari=-5.037 euro/anno; deficit/PIL=133% (+20% dal 2006 al 2013).

Se questi sono i fatti, allora occorre un approccio diverso. Ad esempio, **il CNEL ha proposto l'INDICATORE di DIPENDENZA**, ossia il rapporto tra numero dei soggetti attivi ed il n° dei soggetti necessitanti sostegno, come elemento per definire le risorse necessarie.

WELFARE E FAMIGLIA

I dati Eurostat evidenziano la crisi della storica "protezione familiare": in Italia il 29,9% delle famiglie presenta una situazione di disagio (con punte del 54,6% in Sicilia e 50% al Sud), espressa da almeno 3 indicatori:

-rischio povertà= reddito inferiore al 60% del reddito medio nazionale;

-bassa intensità di lavoro= meno di 8 ore alla settimana;

-deprivazione materiale= incapacità di sostenere le "spese previste"(affitto, luce,gas).

WELFARE E DEMOGRAFIA

Le previsioni demografiche ipotizzano che dopodomani (2030) gli over 65 anni costituiscano il 26,5% della popolazione totale e gli over 80 anni ben l'8,8% della popolazione.

Nel 2050 i dati % aumenterebbero, rispettivamente del 6,2% (arrivando al 32,7 %) e del 6,1% (valore finale, 14,9%). Tutto cio' non potrà non avere effetti terrificanti sul lavoro, sulle pensioni, sul fenomeno immigrazione, sulla disabilità (si calcola che nel 2040 il 10,7% della popolazione sarà costituita da disabili: + 6,3% rispetto ai dati 2010).

LOTTA ALLA POVERTÀ

Dall'epoca della Commissione Onofri (1997), l'Italia ha fatto poco per combattere la povertà, con una riduzione progressiva dei fondi per le politiche sociali e destinando ad esse solo lo 0,1% del PIL (UE15= 0,40% del PIL) e financo chiudendo la borsa: 2,5 M nel 2008; 1,47 M nel 2010; 200 milioni nel 2013; ?? nel 2014. Sono dati tratti dal lavoro di Mazzotti.[37]

FEDERALISMO: VERITÀ E LIMITI

"Il federalismo è nato in Italia in versione punitiva" (E.Pugliese, Seminario CNEL 2014), ma la legge 42/2009 ha "corretto parzialmente un disegno perverso".

Da ciò, alcune considerazioni (G.Macciotta,2014):

- a parità di reddito, la leva fiscale è inferiore al Nord rispetto al Sud;
- i tagli del welfare si sono concentrati su poche voci, la parte sacrificata del bilancio pubblico è quella "discrezionale", ossia quella che dovrebbe consentire i servizi territoriali;
- la qualità dei dati è dubbia, perchè mancano i dati disaggregati per area;
- sarebbe necessaria una nuova *governance* centrale.

SANITÀ

L'ampio capitolo dedicato alla Sanità mette a confronto i diversi sistemi europei; ricorda il patto per la salute; il ruolo della spesa sanitaria pubblica e privata; i tagli 2012-2015 (circa 35 M, a partire dal decreto legge 94/2012); i problemi dei nuovi LEA e dei costi standard; gli allarmi di FIASO ed AIOP.

Ancora una volta le cifre dicono molto (OECD Health Data 2013).

In Italia la speranza di vita alla nascita è di 82,7 anni (3° posizione, su 34 paesi UE), pur se la spesa sanitaria/capite – espressa in dollari – è stata nel 2011 di circa 3.012 dollari, a fronte della media UE34 di 3.386 dollari. Insomma, in Italia la spesa per il SSN è inferiore dell'11,1% rispetto a quella della UE34. Non solo ma la stessa spesa è cresciuta, in Italia (in 11 anni) del 45,9% contro una crescita UE34 del 79,4% negli stessi anni.

La Relazione CNEL 2013 (detta anche relazione MANIN), al proposito, propone gli INDICI di PERFORMANCE CENSIS-CNEL ed identifica 6 principali criticità del SSN: la medicina territoriale, la poca attenzione ai costi; la scarsità di risorse; l'eccesso di ospedali; le interferenze della politica nella gestione; la mancanza di etica.

Tutto ciò pone il problema dell'equità, con una serie di dubbi e di proposte per cercare di sistemare le cose.

-Manutenzione o riforma totale del SSN?

-Riaffidare allo Stato la competenza primaria sui LEA.

-Ridurre il numero delle ASL, mettendo in sicurezza la rete ospedaliera.

-Rivedere i LEA-LEAS e garantire la prevenzione.

-Usare il modello dell'assistenza sanitaria integrata.

-Migliorare l'appropriatezza.

-Migliorare la *governance* della spesa farmaceutica.

-Dare un ruolo chiaro alla sanità integrativa.

PREVIDENZA

Il problema essenziale della previdenza è costituito dal grado di copertura pubblica nel tempo, ossia dal valore del tasso di sostituzione delle retribuzioni.

Non è compito del presente Rapporto fare una analisi comparata tra i diversi sistemi previdenziali europei e sui dettagli relativi ai 3 pilastri: regime con prestazioni obbligatorie, definite e a ripartizione, con gestione pubblica; regime con prestazioni contributive, a capitalizzazione, gestite da Enti privati, sulla base di una normativa pubblica; contribuzione privata, volontaria con gestione privata. In Italia esistono numerosi enti pubblici, preposti alla sicurezza sociale.

Sono articolati per tipologia di rischio (pensioni di vario tipo; malattia-maternità-assegni previdenziali; occupazione-disoccupazione; sostegno al reddito; infortuni sul lavoro e malattie professionali) e sono, oggi, tutte o quasi riconducibili all'INPS, istituto che ha caratteristiche di unicità, riassumendo in sé funzioni-servizi-prestazioni (assistenziali e previdenziali), usualmente – negli altri Paesi- di competenza di una pluralità di Enti. L'unicità dell'INPS , voluta dalla politica con il proposito di coordinare le diverse tipologie di interventi, in realtà ha condotto ad una commistione (voluta o no?) tra azioni previdenziali ed assistenziali, con conseguente confusione nell'attribuzione dei costi relativi. Per gli aspetti analitici, si rinvia alle Relazioni del CNEL relative agli anni 2011-2012-2013, dedicate ad INPS, ex INPDAP, INAIL.

Nel corso degli anni, la "produzione INPS" è costantemente aumentata (+5,85% annuo; oltre 14,4 milioni di prestazioni nel 2011), pur in presenza di una netta riduzione dei dipendenti (-3000/anno, in un biennio). Nel 2011, il bilancio INPS risultava sostanzialmente in pareggio (con valori in entrata ed in uscita valutabili sui 230 milioni di euro). Nel 2013, in modo ufficiale, si evidenzierà, invece, un deficit ipotizzato sui 12 miliardi.

Al proposito va ribadito che la spesa previdenziale complessiva va scomposta –per chiarezza e precisione- nelle varie voci: pensioni=81% del totale; indennità malattia/infortuni=3,71%; assegni familiari=2,19%; sussidi vari=1,25%.

La spesa previdenziale totale (valutabile sui 290-295 miliardi di euro) è largamente relativa a spese pubbliche (91%,circa) e marginalmente alle casse previdenziali private (9%, circa), numerose (una sessantina) ma ancora marginali.

PREVIDENZA OBBLIGATORIA ED INTEGRATIVA

Si tratta di un tema importante, per il quale – data la sua attualità - si rimanda al documento approvato dalla Va Commissione del CNEL nel corso dell'VIII Consiliatura, in ottemperanza alla'art.10 della legge 936/1986.

Non solo, ma nel maggio 2009 il CNEL ha presentato un rapporto (CNEL-CER) sul modello previsionale della spesa pensionistica italiana, che individuava criticità e limiti del sistema, solo parzialmente affrontati e risolti dalla Riforma Fornero. Dopo la riforma 2011-2012, la tenuta del sistema attuale dovrebbe essere garantita fino al 2050, sulla base dell'ipotesi che supportano il modello sviluppato. Tuttavia la grave recessione economica in atto, con i suoi effetti moltiplicativi (esodati, perdita di centinaia di migliaia di posti di lavoro, disoccupazione, mancate nuove assunzioni etc.) potrebbe condizionarne l'applicazione reale. Occorre perciò cautela nel fare pieno affidamento su modelli previsionali teoricamente perfetti, ma privi di fattori di correzione legati alla variabilità dell'economia.

Non solo, ma il passaggio dal sistema retributivo a quello contributivo ha provocato un peggioramento netto del trattamento, come conseguenza di diversi elementi: a) andamento decrescente dei tassi netti di sostituzione; b) la caduta del PIL; c) la riduzione dei coefficienti di trasformazione (per l'aumento della vita media); d) la discontinuità dei percorsi lavorativi; e) le minori aliquote contributive dei lavoratori autonomi.

All'uopo, andrebbe potenziato il casellario centrale delle posizioni previdenziali attive, allo scopo di realizzare la banca completa di ogni assicurato al sistema previdenziale (cioè la somma di tutti i suoi periodi contributivi accreditati presso i vari istituti previdenziali).

La previdenza integrativa (ex d.lgs.124/93) non risulta risolutiva delle criticità esistenti nel pilastro obbligatorio. Le adesioni sono ancora scarse: nonostante la legge 196/2006 e la successiva campagna informativa, la maggioranza del lavoratori non aderisce al sistema complementare. Le motivazioni sono molteplici: la mancata defiscalizzazione per i dipendenti pubblici (ex d.lgs.252/2005); la presenza di fondi previdenziali di categoria (es.: per i medici, l'ENPAM); la crisi economica, l'esclusione (voluta) di molte tipologie di lavoro flessibile, la sospensione dei versamenti in caso di maternità-cassa integrazione a zero ore-etc.

A fine 2010 i fondi previdenziali integrativi erano 608, articolati in 5 diverse tipologie: fondi pensione negoziali; fondi pensione aperti; fondi pensione pre-esistenti; PIP (piani pensionistici individuali) "nuovi e vecchi".

Dalle tabelle COVIP relative al settore privato, si conferma la bassa adesione al "secondo pilastro" da parte della fascia inferiore ai 34 anni (14,5% per gli autonomi e 23,8% per i dipendenti).

PROPOSTE PER LA PREVIDENZA INTEGRATIVA.

Le ricordate criticità dovrebbero portare ad una serie di misure correttive, che qui ricordiamo: il destino del TFR/TFS individuale come base per la pensione integrativa individuale; la disciplina fiscale (inserimento di misure piu' favorevoli di deducibilità fiscale per il 2° pilastro); revisione delle tassazioni sui rendimenti attivi delle gestioni pensionistiche (da basarsi su nuovi criteri di progressività); revisione del contributo di solidarietà del 10% - sui contributi versati - a carico dei datori di lavoro; una nuova *governance* (ad esempio: un CdA di esperti ed un CIV composto invece da rappresentanti dei soci); una miglior definizione delle prestazioni ottenibili: anticipi, liquidazione finale, riscatti parziali e totali, tipi di rendita: vitalizia; reversibile; rendita prima certa e poi vitalizia; copertura della non autosufficienza (LTC).

IL MODELLO PREVISIONALE CNEL-CER DELLA SPESA PREVIDENZIALE.

Abbiamo sopra ricordato che il CNEL-CER ha elaborato (anni 2003-2009) e validato (anni successivi) un modello previsionale 2008-2065 della spesa previdenziale, ben più accurato di quello dell'ex-Ministro Fornero. Detto modello è stato presentato in modo dettagliato in numerose sedi istituzionali e può essere reperito nelle ultime Relazioni annuali del CNEL. Ci limitiamo qui a delinearne i tratti essenziali. Esso poggia su 3 elementi (socio-demografico, pensionistico ed economico) e 2 fattori (occupazione per coorte e popolazione divisa per sesso e per titolo di studio). Da ciò il percorso: occupazione potenziale ponderata per livelli di istruzione --→ costruzione di un modello macroeconomico (PIL, salari, prezzi)--→ costruzione di un modello pensionistico--→output finale: n° dei pensionati, valore medio della pensione, spesa pensionistica/PIL.

Secondo il modello, il rapporto tra spesa pensionistica/PIL passerà dal 14% (anno 2010) al 12,5% (anno 2050) ed il tasso di sostituzione delle pensioni dei dipendenti scenderà, nel 2050, al 63% per gli uomini ed al 54% per le donne.

Secondo il CNEL, la manovra Fornero indurrà risparmi pensionistici nettamente superiori alle previsioni del governo Monti: in media, oltre 4 miliardi di euro di risparmi annui, in più, rispetto alle previsioni governative. Alla luce di ciò, il Rapporto spesa pensionistica/PIL sembra ridursi fino al 2036 e crescere invece dal 2036 al 2050, quando invece la Fornero ipotizzava una stabilità del rapporto in questione.

Il modello CNEL_CER potrebbe essere migliorato se: si disponesse di una base dati INPS annuale e non pluriennale; si aggiungesse un modello "breve" a quello "lungo"; si utilizzasse la "*fuzzy logic*".

PROPOSTE AL GOVERNO

La Commissione V del CNEL, audite le parti sociali e valutati i dati documentali posseduti, ha identificato *("ipotesi Amoretti")* alcune proposte per il Governo:

-consentire ai pensionati di 60 anni, con pensione bassa, la combinazione tra pensione e secondo lavoro;

-garantire a tutti una pensione-base, cui agganciare quella contributiva;

-affrontare il problema delle pensioni sociali "povere" (a 66 anni, l'assegno sociale è di 485 euro/mese o- se maggiorato- 650 euro/mese);

-unificare la base contributiva e la % di contribuzione, tra le diverse categorie;
-aumentare gli oneri delle P.IVA dal 24 al 27 ed al 33%, con gradualità;
-valutare gli effetti della legge 15/2009 e dell'integrazione INPS-INPDAP.

ASSISTENZA

Da sempre, in Italia, gli interventi sociali ricevono finanziamenti pubblici inadeguati: le decine di tabelle del presente Rapporto (testo + allegati) lo testimoniano, pur con la cronica (e tutto italiana) incertezza sul valore assoluto dei numeri disponibili.

Nel 2000 sono nati i fondi per le politiche sociali comunali, fondi che non solo sono rimasti costantemente inferiori a quelli della media europea ma che sono anche stati progressivamente ridotti nel corso degli ultimi anni, fino a costituire non più dello 0,46% del PIL.

Infatti, valutato 100 il contributo statale 2008 ai comuni, esso si è ridotto al 58% nel 2010 ed all'8% nel 2013. Tutto ciò ha provocato un pesante impatto sui servizi sociali territoriali, anche per l'effetto (negativo) delle regole europee sui bilanci comunali.

Semplificando, l'assistenza può essere suddivisa tra prestazioni sociali in denaro e prestazioni sociali in natura (servizi alla persona). La funzione di protezione sociale è legata soprattutto ai trasferimenti monetari dallo Stato/parastato a diverse categorie di soggetti. In Italia la percentuale di persone a rischio di povertà/privazione si aggira sul 29,9%, comprendendo in questo termine non solo il "rischio di povertà propriamente detto" ma anche lo "stato di privazione materiale severa" e la "vita in una famiglia a bassa intensità di lavoro". Si tratta di 18,2 milioni di persone (dati Eurostat, 5/12/13).

In questa drammatica classifica, il 19,4% degli italiani ha un reddito uguale od inferiore al 60% di quello medio nazionale; il 14,5% si trova in una situazione di severa privazione materiale (non può pagare affitto, bollette..); il 5% rientra nella terza condizione.

La fascia di età 0-17 anni è quella a maggior rischio di esclusione totale (29,9% ; media UE34 = 26,9%).

I costi totali dell'assistenza costituiscono l'8,6% dei costi totali del welfare (442,6 miliardi di euro, anno 2010), essendo suddivisi tra prestazioni in denaro (63,1%) e prestazioni sociali (35,2%). La spesa totale è coperta per l'85,3% da denari pubblici. Il confronto con i dati europei rivela che l'Italia è all'ultimo posto per il sostegno alle famiglie (1,4% del PIL, rispetto il 22,3% della media OCSE) e per la lotta alla povertà assoluta mentre è al 23° posto come sostegno ai disabili/non autosufficienti.

In 29 anni (1983-2012) la % di famiglie necessitanti aiuto è cresciuta dal 16,9 al 29,9 %, con punte elevatissime (37%) per le unità famigliari costituite da un bambino e da una madre occupata. Dopo la legge 328/2000 si è sviluppata una pluralità di assetti e modelli territoriali/regionali, dovuti sia alle amministrazioni locali che al volontariato/terzo settore. In definitiva, negli ultimi 5 anni il sistema ha dimostrato di funzionare in sole 7 Regioni (Centro-Nord), anche se nelle Regioni del Centro-Sud la spesa corrente per la funzione sociale è cresciuta – negli anni 2008-2013- più di quella del Centro Nord (+10%) e più della media nazionale (+8,8%).

Pro-capite, si passa dai 280 euro di Trento ai 30 euro di Reggio Calabria. Nel Centro-Nord il finanziamento è prevalentemente locale; nel Centro-Sud prevalgono i trasferimenti regionali e locali.

Quanto il Fondo welfare 2007-2013 sia riuscito a migliorare l'offerta dei servizi al Sud resta un dubbio realistico e quanto la crisi economica 2008-2014 possa devastare detti servizi non è ancora chiaro.

Per gli italiani, gli anni 2011-2013 sono stati anni di "tagli" dolorosi, che si sono ripercossi sullo stato sociale. Il Decreto Tremonti prevedeva l'eliminazione di attività assistenziali a categorie protette, per circa 10 miliardi. Il Decreto "Salva Italia" era costituito per 2/3 (ossia per circa 21 miliardi di euro) da tagli allo stato sociale. Non è ancora quantificabile l'impatto negativo della legge di stabilità 2013 sulle categorie disagiate a vario titolo.

Insomma, il welfare nazionale – già diseguale negli anni del boom economico – sta diventando ancora piu' disarticolato, negli anni di recessione. Da ciò una crescente dicotomia tra diritti potenziali e prestazioni reali, con la necessità assoluta di non sprecare le risorse in essere.

La tabella VI del presente rapporto testimonia che l'assistenza ha ricevuto- nel 2011- 38,8 miliardi di euro, pari allo 8,63% della spesa totale per il welfare2011: appare evidente che, in percentuale, le risorse assistenziali 2009-2011 sono calate (-0,31%), a differenza di quelle previdenziali.

Ma non si tratta solo di spesa, si tratta anche – e soprattutto – di qualità della spesa. Resta infatti elevata l'insoddisfazione dei cittadini (nel 2/3 dei casi); restano insoluti i problemi relativi ai LEA sociali ed alla mancanza di un sistema nazionale di monitoraggio e valutazione. Da ciò, l'eterogeneità dei soggetti eroganti (terzo settore, volontariato, ONLUS, cooperative sociali, opere religiose, Comuni), la disomogeneità territoriale, la diversa qualità dei servizi, la mancanza di costi standard.

Vi è così la necessità di ridisegnare l'assistenza, non partendo dalla spesa storica (legge 42/2009) ma dalla definizione di nuovi LEAS, da identificare, finanziare e garantire in modo integrale a tutti i cittadini. E' il percorso che sta facendo il CNEL, insieme ad ISTAT e CER, come si evince dalle Relazioni annuali 2011-2012-2013 del CNEL, al governo, parlamento, parti sociali.

Ciò appare tanto più necessario se, al proposito, si osservano le tabelle VII ed VIII del Rapporto che riassumono le voci analitiche della spesa italiana per il welfare, confrontandole con quelle della UE 15. I dati sono da meditare. In sintesi, in base ai dati Eurostat, l'Italia si contraddistingue per un basso livello di spesa sociale complessiva e, nell'ambito di questa, per l'elevata quota devoluta alla vecchiaia (14,7% del PIL), a scapito delle misure assistenziali (servizi e denaro=7,4% del PIL; Relazione CNEL,2013).

Il **quadro socio-economico** è destinato a peggiorare sensibilmente per la cronicizzazione della fase di deflazione, l'aumento della disoccupazione, l'aumento delle famiglie povere, la scarsità delle risorse per le politiche familiari, la riduzione dei fondi per la prevenzione delle patologie croniche, l'assenza di un fondo dedicato alle disautonomia, alle patologie della terza età ed alle malattie rare. E' opinione diffusa che, senza un radicale cambiamento delle politiche socio-sanitarie, si possa andare verso un sostanziale arretramento dei diritti sociali, garantiti dal dopoguerra ad oggi.

Non marginale è anche il problema relativo alla **articolazione della spesa per gli interventi sociali** ed al diverso ruolo/impegno di Stato, Regioni, Province e Comuni, con una proporzione progressivamente calante (-3,4%, in 3 anni) per lo Stato e per i Comuni (-5,5%) e crescente (+8,9%) per le Regioni (tabella IX).

Proprio dalle Regioni sono state elaborate (e sono reperibili sul loro sito web) alcune proposte concrete: l'apertura di un tavolo istituzionale per il futuro delle politiche sociali; nuovi assetti istituzionali per il rispetto dei diritti civili e sociali dei cittadini; ricostituzione di un fondo unico per il sociale (con un rifinanziamento per il 2014); modifica del rapporto tra spesa sociale e patto di stabilità.

IL RUOLO DELL'ECONOMIA SOCIALE NO PROFIT

In una situazione caratterizzata da diffuse sofferenze economico-strutturali è facilmente comprensibile come il quadro istituzionale debba essere anche supportato da individui e strutture (volontariato e terzo settore) che coprano le "carenze economico-politico-amministrative" con un'attività di solidarietà sociale , gratuita od a basso costo, ma di qualità. Il volontariato è rivolto verso le "grandi solitudini": anziani, ammalati cronici o con malattie rare, portatori di handicap, disagio giovanile.

Si tratta di un settore enorme, che comprende circa 470.000 associazioni censite, circa 4 milioni di persone (di cui 3 rappresentate da volontari), oltre 14.000 cooperative sociali: un movimento di risorse per 38 milioni di euro. Il valore economico che il volontariato comporta è certificato dall'Istat attraverso l'indicatore sociale VIVA (*Volunteer investment and value audit*) che misura il rapporto costo/resa: ad ogni euro speso per i volontari corrisponde un ritorno economico di dodici euro.

L'associazionismo è, pertanto, motore di sviluppo e la sussidiarietà diviene una prospettiva, per legare economia e sociale. Ma la sussidiarietà , oggi, non può più essere "circolare, autoreferenziale e chiusa su sé stessa", ma deve aprirsi a nuovi attori e servizi, perchè sono cambiati i bisogni delle persone.

PER UN NUOVO WELFARE

Il benessere sociale deve essere il frutto di una politica sociale diffusa: si tratta di una funzione universale e non di una funzione specializzata, ai sensi del c.2, art.3 della Costituzione"…è compito della Repubblica la rimozione degli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana".

Il welfare attuale presenta grossi limiti perchè - troppo spesso- è di tipo risarcitorio e basato sulla passività delle persone, mentre il comma sopra citato punterebbe sugli aspetti attivi, sulla valorizzazione dell'individuo.

Il processo di cambiamento deve partire dal basso, dai cittadini: è una questione di democrazia. "Il cittadino diventa responsabile di sé stesso e del cambiamento complessivo"(Biasioli,2014).

Stile di vita "personale" idoneo a mantenere lo stato di salute; impegno personale e della comunità per mantenere un welfare sia personale che comunitario.

La crisi economica significa flexsecurity, ossia sussidiarietà come vicinanza a chi esprime un bisogno. In definitiva, impegno dello Stato per garantire economicamente i LEAS ma impegno dei cittadini e delle comunità locali per erogare quei LEAS, da privilegiare rispetto all'erogazione di denari.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE E PROPOSTE

Il Rapporto CNEL sul *welfar*e conferma **l'incapacità del Paese** di mettere in atto significative riforme nei momenti di criticità e soprattutto la incapacità di affrontare temi/problemi insoluti: il valore della differenza; la necessità di potenziare l'autotutela ed il ruolo della famiglia e della collettività locale; il ruolo della reciprocità e della solidarietà; il problema degli assetti/debolezze istituzionali; la molteplicità dei passaggi burocratici e delle strutture amministrative; l'opacità informativa; la razionalizzazione delle risorse; la scarsa diffusione delle *best-practices* (C. Collicelli, Seminario CNEL,2014).

Risultati? Un aumento delle disuguaglianze sociali ed una politica sociale non coesa e di bassa qualità, in un tessuto socio-economico degradato, che richiederebbe invece una forte presenza dello Stato (P.Onelli,2014).

Il welfare nazionale-universale va difeso, per garantire una uniforme applicazione dei LEA-LEAS. Ma occorre valorizzare anche le tutele integrative ed il welfare territoriale, come modalità per affrontare le esigenze locali della gente, sempre più povera, soprattutto al Centro-Sud (M. Carabba, Seminario CNEL 2014).

La nuova povertà va affrontata con mezzi tradizionali ed innovativi: reddito di cittadinanza, sussidi, indennità, servizi, reddito minimo di inserimento, piani formativi e politiche per l'occupazione (E. Pugliese, Seminario CNEL 2014).

Tutto ciò richiede una revisione del rapporto tra democrazia e welfare, per migliorare la qualità del cittadino e della cittadinanza e per combattere la fragilità del modello culturale e sociale attuale.

Welfare non significa sommatoria di prestazioni ma **miglior qualità di vita**. Per questo non debbono esistere steccati né sul coinvolgimento diretto dei cittadini né sul welfare integrativo: lo sviluppo di un welfare mutualistico-aziendale non può essere considerato un male (P. Onelli, Seminario CNEL 2014). Per questo va potenziata l'integrazione socio-sanitaria.

La valutazione della qualità del welfare va fatta valutando il processo complessivo di presa in carico della persona, in sanità ma anche in previdenza ed assistenza.

Per la sanità, va potenziata l'integrazione ospedale-territorio, creando "l'ospedale senza mura" , mettendo in rete specialisti e medici generalisti, ricorrendo alla medicina di prossimità, organizzando il lavoro per microaree, con un ruolo attivo della popolazione e con corresponsabilizzazione tra Stato, Ente locale e cittadini. "A Trieste ed a Thiene il modello funziona!" (F. Rotelli, Seminario CNEL 2014).

PROPOSTE

Le disuguaglianze costituiscono una questione nazionale, che va affrontata ed usata come criterio guida per la politica economica generale.

In definitiva:

1) **Il welfare universale deve restare come "welfare di base"**, potendo essere integrato da forme diverse di tutela integrativa e/o dal welfare territoriale, che vanno defiscalizzate.

2) **I LEA-LEAS vanno determinati per legge**, quella legge finora assente per le resistenze degli economisti.

3) **I LEA-LEAS sono di competenza esclusiva dello Stato** ed il loro onere deve essere a carico della finanza statale, senza limiti legati ai vari ritardi dei decreti delegati.

4) **Va ripristinato il limite di "interesse nazionale sulle regole"** (LEA, ambiente, formazione…).

5) **I vincoli di bilancio ex art.81 della Costituzione e le regole fiscali europee (fiscal compact e simili) non debbono ledere i diritti sociali dei cittadini.**

6) Se il legislatore non garantisse le risorse necessarie, il cittadino adirà la Corte Costituzionale, chedendoLe se il vincolo di bilancio debba prevalere sul diritto di cittadinanza.

7) Gli impegni sociali del reddito debbono essere esclusi dal fiscal compact.

8) Il CNEL dovrà porsi l'obiettivo di stendere un DDL quadro sullo "Statuto del welfare" : princìpi chiari fissati per legge; chiara definizione del welfare nazionale e territoriale; risorse necessarie.

Queste proposte di Manin Carabba (Seminario CNEL,2014) chiudono questo "*executive summary*" del Rapporto sul *welfare* del CNEL.

Ci limitiamo ad aggiungere che:

- "la crisi finanziaria non deve schiacciare le persone, perchè la persona è un valore che va protetto, sempre" (G. Acocella, Seminario CNEL 2014);

-"il welfare è sinonimo di democrazia e qualità di vita" (P. Onelli, Seminario CNEL 2014);

-"la singola persona deve essere attivamente coinvolta nel welfare, anche attraverso scelte di vita responsabili" (S. Biasioli, Seminario CNEL 2014);

-"occorre ridurre la distonia del welfare tra nord e centro-sud" (E. Pugliese, Seminario CNEL 2014);

-"vanno diffuse le *best practices"* (F. Rotelli, Seminario CNEL 2014).

RAPPORTO sul WELFARE 2012-2013

PREMESSA: IL WELFARE E LA SUA *GOVERNANCE*

La messa in sicurezza dei conti pubblici ha permesso di salvaguardare la credibilità dello Stato italiano e, con essa, anche quella dei titoli di debito emessi. Ciò che è avvenuto dal 2008 in poi testimonia che le politiche pubbliche non potranno più prescindere da considerazioni di compatibilità finanziaria, sia con riguardo al loro impatto sul deficit annuale sia - ancor più - con attenzione alla loro sostenibilità nel lungo periodo.

A maggior ragione, **si è perciò chiamati a seguire politiche di rigore, con un'opera di riqualificazione della spesa pubblica, dolorosa ed impopolare che – se non realizzata attraverso interventi di tipo selettivo e verticale - può ridurre parte degli sprechi,** ma anche arrivare a incidere sui servizi pubblici finora garantiti ai cittadini. Ciò che vale per i conti pubblici, vale ovviamente anche per la loro componente, qualitativamente e quantitativamente decisiva: la spesa sociale.

La necessità di mantenere un sistema di *welfare*, in presenza di stringenti vincoli di bilancio, impone di orientarsi sempre più verso scelte di maggiore efficienza, per sopperire ai mancati accrescimenti di spesa. Tuttavia, per raggiungere simili obiettivi, che restano essenziali in un regime democratico, occorre partire da un'adeguata conoscenza della realtà su cui si è chiamati ad agire, come necessario presupposto di decisioni consapevoli e adeguate.

Analizzare il *welfare* in modo adeguato serve a comprenderne la dimensione reale e a constatare le rilevanti incongruenze applicative, con sovrapposizioni tra misure di spesa inique (perché a vantaggio di pochi); anacronismi legati ad un assetto fiscale vecchio di 40 anni; regole disordinate e stratificate in modo casuale (esenzioni, deduzioni, detrazioni, eccezioni, deroghe..) dalle quali risulta sempre più difficile individuare il motivo che le aveva inizialmente determinate.

Il decisore politico ha spesso concepito i propri interventi sul *welfare* in modo accrescitivo, aumentando l'ammontare di una prestazione esistente o aggiungendo una nuova prestazione da garantire. "L'esito finale non poteva essere che quello di un *welfare* onerosissimo e al tempo stesso inefficace, risultante com'è dal sovrapporsi di interventi successivi, stratificati in una logica perversa, sempre aggiuntiva e mai di razionalizzazione" [1].

La crisi economica ha incrementati i tagli di spesa pubblica, che hanno coinvolto anche lo stato sociale. Ma, perché si adottino "tagli verticali" (ossia selettivi) e non "tagli orizzontali" (ossia aspecifici e che rischiano di intervenire anche su ciò che funziona), occorre conoscere bene i problemi.

Il *welfare*, inteso come "ambito di interventi che contribuisce a definire il livello di qualità della vita sociale e personale di una nazione"[2] costituisce – da sempre- il frutto (più o meno equilibrato) di scelte governative, risultato della commistione tra istanze liberali (di mercato) e istanze socialiste (ruolo totale dello Stato a tutela dei cittadini). Anche la dottrina sociale della Chiesa integra questi aspetti con l'aggiunta di un ruolo attivo per tutti: istituzioni, politica, singoli individui.

---

[1] MAZZOTTI Filippo, *Nota sull'analisi della spesa sociale in Italia*, Versione provvisoria. Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

[2] ONELLI Paolo, *Riflessioni di sintesi sui materiali relativi al welfare*, CNEL, Relazione annuale sui livelli e la qualità dei servizi erogati dalle PA, 2012.

All'inizio degli anni ottanta, la crisi fiscale dello Stato induceva Federico Caffè a identificare una nuova risposta ai problemi sociali, attribuendo un nuovo ruolo a forme diverse dal tradizionale intervento statale: era l'avvio della trasformazione dal " *welfare state* alla *welfare* society" [3]. E' via via andata crescendo la convinzione che il problema " *welfare*" non possa essere affidato alla sola politica ma richieda una *governance* alternativa, indice di reale democrazia, con scelte condivise dai cittadini.

La riforma costituzionale del 2001 lega i diritti sociali (famiglia, salute, istruzione, lavoro - ex Art.31-32-33-34 della Costituzione) alla definizione da parte dello Stato (ex articolo 117, comma 2, lettera m) dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) e introduce i principi della solidarietà verticale e della sussidiarietà orizzontale. Nei fatti, anche grazie alla nuova formulazione dell'articolo 118- che attribuisce in via prioritaria ai comuni l'esercizio delle competenze amministrative e stimola le Pubbliche amministrazioni a promuovere l'attività dei privati (art.118)- viene configurato un nuovo assetto federale in cui Stato e poteri regionali e locali "favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini - singoli o associati - per lo svolgimento di attività di interesse generale" (Art.118,c.4).

Ciò ha creato un problema di definizione delle competenze tra il potere centrale e quello regionale, con evidentissime disparità nell'offerta e nella risposta di servizi sociali tra Nord, Centro e Sud (si vedano, al proposito, le parti successive di questo documento), in parte prodotte da almeno quattro elementi.

Il principale limite alla diffusione del *welfare* statale, secondo il modello della spesa incrementale, deriva dal nuovo Art.81 della Costituzione (Legge n°1/2012) che fissa precisi **vincoli di equilibrio per il bilancio statale**, recependo i dettami europei.

Il secondo elemento è costituito dalle **nuove istanze sociali**, conseguenza della crisi economica degli anni 2008-2012 e possibile fonte di squilibri futuri.

Il terzo elemento è identificabile **nell'assenza di una** "**vera politica**" in grado di stabilire quali siano, oggi, i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie (LEA) e sociali (LEPS),ma anche di formazione culturale e professionale, realmente necessari in una società in crisi, che vanno adeguatamente finanziati e garantiti a tutti i cittadini, sull'intero territorio nazionale.

Il quarto limite, infine, è rappresentato **dall'incapacità di mettere in discussione un modello economicistico,** che vede prevalere la "finanza" sulle "persone", ossia i privilegi finanziari-bancari sullo stato sociale. La crisi finanziaria in atto, l'assenza di nuove risorse, i vincoli rigorosi della spesa pubblica e la dinamica recessiva inducono la politica italiana a uno "**stallo sul *welfare***" con la conseguenza di aggravare ulteriormente i suoi ben noti squilibri.

In tempi di crisi, diventa necessario identificare una **gerarchia di bisogni** e di esigenze, attraverso un'attenta analisi della spesa sociale, sia a livello nazionale che locale, partendo dalla convinzione che la spesa per i servizi sociali dei cittadini costituisce una formidabile occasione per lo sviluppo del Paese.[4]

Come si vedrà dal seguente sintetico quadro dei principali aggregati settoriali di interventi di welfare, la molteplicità di interventi e la pluralità delle competenze in materia (destinata a perdurare anche nell'ipotesi, auspicabile, di una rilevante riorganizzazione) richiede che a monte del processo di intervento settoriale ci sia un complessivo riesame del ruolo che i vari livello di governo esercitano nel

---

[3] CARABBA Manin, *Federalismo ed eguaglianza. Governance del welfare e terzo settore*., in Relazione annuale sui livelli e la qualità dei servizi erogati dalle PA, CNEL 2012.

[4] Relazione annuale 2011 e 2012 ,op.cit e MAZZOTTI Filippo, *Nota sull'analisi della spesa sociale in Italia*, Versione provvisoria. Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

garantire, attraverso un'equilibrata definizione degli interventi settoriali di finanza pubblica, il perseguimento degli impegni cui l'Italia è tenuta dai trattati e dagli accordi in sede di Unione Europea e di area euro. In particolare sembra indispensabile definire il DEF attraverso un coinvolgimento non formale ma realmente partecipativo di tutti i livelli di governo, secondo le previsioni dell'articolo 5 della legge 41/2009 e dell'articolo 119 della Costituzione.

Non Autosufficienza. La tutela delle persone in condizione di invalidità o di non autosufficienza, anche temporanea, è il settore che più di ogni altro rivela il carattere disomogeneo e multiforme degli strumenti pubblici di sostegno. Gli interventi comportano un impegno finanziario pubblico rilevante, con una sproporzione tra i costi complessivi e il sostegno effettivo (in denaro o in servizi) ai soggetti interessati, considerato che si tratta di "un campo in cui le casistiche risultano essere le più varie e le patologie e le condizioni soggettive si collocano su una scala di gravità potenzialmente infinita"[5] soprattutto in assenza di oggettivi sistemi di valutazione del grado di mancata autonomia del paziente.

A ciò si aggiunga la frammentarietà delle competenze, poiché l'assistenza è collocata a livello comunale, la sanità a livello regionale e la previdenza e il fisco sono di competenza del livello centrale. **Ma, anche in presenza di tipologie di interventi di competenza di un livello istituzionale, esiste una moltiplicazione dei centri decisori e dei centri erogatori.**

Da ciò, una fortissima esigenza di porre rimedio all'attuale situazione: un unico soggetto percepisce - in modo diretto o indiretto - prestazioni diverse nella qualità e nella quantità, in assenza di chiare e rispettate regole sui cumuli, a seconda della Regione dove risiede e di molteplici fattori interferenti.

Tra questi: i modelli regionali (sociosanitario integrato o con integrazione assente); la tipologia delle Regioni (autonome o non autonome; con bilancio in pareggio o con piani di rientro dal debito); i comuni di residenza (al Nord-Centro-Sud; in pianura, in montagna o nelle isole); la condizione lavorativa precedente all'invalidità; lo scaglione dell'IRPEF (personale e familiare) ecc.

La spesa nazionale per la tutela degli invalidi e dei non autosufficienti toccava (dati 2009-2010-2011) i 38 miliardi di euro all'anno, a cui si deve aggiungere una ulteriore ma imprecisata cifra relativa alle prestazioni locali (in denaro o in servizi). Sono cifre imponenti, che vanno ottimizzate.

Un primo nucleo di misure da analizzare riguarda le **pensioni assistenziali di invalidità e gli assegni di accompagnamento**. Le pensioni di invalidità hanno uno stanziamento sui 13 miliardi: numerose elaborazioni hanno cercato di proporre sistemi più accurati di misura e di riconoscimento dell'invalidità, per garantire un maggior rispetto dell'Art.3 della Legge 335/1995. Gli assegni di accompagnamento sono concessi sia ai disabili che agli anziani: "in tempi di crisi economica, il tema non può essere quello della riduzione delle prestazioni ma quello di una riforma degli istituti con interventi più specifici e mirati al disagio delle persone interessate"(Michele Gentile,2013).

In sintesi, il costo di questo primo nucleo ha conosciuto, nel decennio 1999-2009, una crescita sostenuta, sia per l'aumento massiccio del numero dei destinatari (si tratta soprattutto di anziani non autosufficienti e, in minor numero, di invalidi strettamente intesi), sia per la possibilità di cumulo delle prestazioni ricevute. A conferma della tendenza, alcune forme di tutela hanno finito per assumere finalità diverse da quelle originarie, svolgendo una forma di supplenza al reddito basso o mancante, grazie a voci di spesa di facile erogazione.[6]

---

[5] MAZZOTTI Filippo, op.cit.

[6] Relazione annuale 2011 e 2012 e MAZZOTTI Filippo, op.cit.

Un esempio, su tutti: dal 2002 al 2008, la percentuale di persone over 65 anni che ha ricevuto l'indennità di accompagnamento è aumentata del 58,3%, passando dal 6 al 9,5% della popolazione totale.

La spesa nazionale per queste voci si aggira tra i 16 (anno 2009) e i 15,3 miliardi (anno 2011): il calo di spesa di 0,7 miliardi è, in parte, attribuibile a un più massiccio sistema di controlli, attivato negli ultimi anni nonchè ai tagli sui fondi dedicati. Ad esempio, dal 2008 al 2013, il fondo per la non autosufficienza è sceso da 2,5 miliardi (2008) a 200 milioni (2013; -93%) ed il peso del welfare comunale sul tema è ridotto allo 0,46% del PIL. Al proposito, esiste – nel presente rapporto – un capitolo dedicato.

Resta, però il problema dell'invecchiamento della popolazione, con nuove e crescenti richieste di servizi.

Un secondo nucleo si riferisce alle **pensioni di invalidità a carattere previdenziale e alle rendite Inail**. Anche in questo caso si registra una spesa sui 16 miliardi/anno, di cui circa 10 sono riferibili a pensioni inizialmente riconosciute per ragioni di invalidità e poi trasformatesi in pensioni di vecchiaia, al compimento dell'età richiesta da parte del beneficiario.

Un terzo nucleo riguarda chi si occupa di fornire **assistenza ai disabili** (Legge 104 e congedo straordinario). La spesa si aggira sui 500 milioni, cui vanno aggiunti altri 120 milioni di copertura contributiva presso l'INPS. [7]

Il quarto nucleo coinvolge la **spesa fiscale**, suddivisa in 2 elementi: a) deduzioni e detrazioni di spese per assistenza ai disabili; b) detrazione dei premi assicurativi pagati per i rischi di invalidità, non autosufficienza e morte.

Il quinto nucleo riguarda la vasta **azione di supplenza svolta dal SSN** in materia di assistenza domiciliare/semiresidenziale/residenziale di anziani, disabili, oncologici terminali e in materia di assistenza ospedaliera a lungodegenti e malati da riabilitare. Si tratta di una voce di spesa difficile da quantificare, ma valutata per l'anno 2009 su 11,5 miliardi. L'entità reale della spesa dedicata è aleatoria perché è strutturalmente diversa da zona a zona (anche nell'ambito della stessa Regione), a seconda che le prestazioni vengano fornite in ambito domiciliare e residenziale, con cadenze diversificate e con costi largamente diversi tra loro.

Un sesto nucleo, infine, riguarda **varie voci**: indennità temporanea INAIL, indennità di malattia INPS, prestazioni anti-tubercolari, tutela di malattia per i dipendenti pubblici (erogata direttamente dalle amministrazioni di appartenenza), indennità relativa ai primi giorni di malattia (erogata direttamente dai datori di lavoro), prestazioni di origine negoziale (contratti di categoria), detrazioni per spese mediche e sanitarie. Il tutto, per una valore teorico pari a circa 5,5 miliardi/anno, di cui 2,3 per le sole detrazioni per spese medico-sanitarie. Ricordiamo, però, che le indennità INAIL non gravano sul bilancio pubblico, essendo risorse provenienti da premi assicurativi pagati dai lavoratori e dai datori.

Un tema ancora aperto riguarda le **politiche di sostegno all'occupazione** nell'intera fascia che si estende dall'età giovanile ai cd " esodati", alla questione dell'occupazione degli anziani; questione del tutto nuova, in conseguenza dell'allungamento sia delle aspettative di vita che dell'età pensionabile. La gravità della disoccupazione richiede interventi molteplici sui vari piani di politica economica e sociale, a cominciare dalla formazione e dall'innovazione, sia dei sistemi produttivi che delle professioni, per aumentarne i

---

[7] MAZZOTTI Filippo, op.cit.

contenuti di valore [8]L'obiettivo di tali politiche è quello di "offrire una serie di servizi e di opzioni di lavoro/formazione a tutti i giovani, con l'obiettivo di ridurre i tempi di inattività" (ibidem).

Da quanto esposto, emerge chiaramente che il problema della disoccupazione, dell'invalidità e della non autosufficienza non sia solo di carattere quantitativo ed economico. Non è aumentando il numero delle prestazioni o il loro valore economico, che si soddisfano le necessità delle persone; ciò non è vero, anche in assenza di tetti di spesa. Il problema, invece, è quello di una **necessaria razionalizzazione delle voci, delle prestazioni, dei soggetti eroganti e dei relativi costi.** Razionalizzare non significa "razionare", ma effettuare una seria ricatalogazione/riqualificazione dell'intero settore.

Occorre mettere in atto un approccio integrato, che – partendo dall'identificazione dei servizi da rendere alla persona non autosufficiente – identifichi "chi fa cosa" per quel singolo individuo, evitando così sovrapposizione di prestazioni ed esplosione di costi. La componente repressiva è solo una parte, importante ma secondaria, rispetto all'approccio integrato: andrebbe svolta incrociando la banca dati dell'INPS con quelle degli altri soggetti istituzionali, eroganti prestazioni assistenziali, ovvero costruendo una banca dati che si riferisca sia alla gravità della situazione clinica che al reddito dell'interessato. Ciò consentirebbe di distinguere correttamente tra una **copertura integrale delle prestazioni nei casi più gravi** e la responsabilizzazione dei singoli, attraverso il meccanismo dei *ticket finalizzati*, nei casi meno gravi o per i redditi più elevati.

La razionalizzazione potrebbe portare a un aumento dell'efficienza del sistema, al contenimento degli sprechi e/o delle erogazioni incongrue, in modo da liberare risorse che potrebbero essere utilizzate per il miglioramento complessivo del sistema di protezione.

In questa logica, si dovrebbe decidere se creare un approccio dicotomico al problema: più servizi e meno denari, per i meno abbienti ed invece un sistema indiretto, con agevolazioni fiscali, per i soggetti con reddito medio-alto.

In questa impostazione di base, andrebbero chiariti: il ruolo del terzo settore, in chiave sussidiaria; quello del *welfare* negoziale integrativo; quello dell'utilizzo di parte dei risparmi legati alla riorganizzazione, come sostegno ai familiari che si occupano direttamente dei loro disabili, a livello domiciliare [9]

Famiglia. Come per la tutela dell'invalidità e della non autosufficienza, anche per il tema famiglia esiste una ampia rosa di strumenti in atto, diversi per natura, dimensione, destinatari. Nella Relazione generale dello Stato sui dati INPS-ISTAT -INAIL-INPDAP sono presenti ben 41 voci attinenti alla famiglia, articolate in: rendite per i superstiti (3 voci), assegni di vario tipo (14 voci), assegni di maternità (4 voci), buoni scolastici (9 voci), detrazioni familiari (6 voci), costi della maternità (2 voci), prestazioni comunali (2 voci), prestiti INPDAP (1voce).

Gli strumenti tradizionali sono di natura previdenziale e si incentrano su assegni familiari ed indennità di maternità, con cifre – rispettivamente- di 6,5-7 miliardi e 3-3,5 miliardi[10] .Anche in questo caso, come in quello dell'indennità di malattia, il valore della spesa "maternità" è riferito alla sola spesa INPS, poiche' – nel settore pubblico – questa voce è erogata direttamente dal datore di lavoro. La spesa complessiva, pertanto, è superiore a quella citata.

---

[8] Tiziano Treu in AA.VV., *L'Annuario del lavoro 2012. (*a cura di) Massimo Mascini, Il diario del lavoro, Vo.2012,.

[9] MAZZOTTI Filippo, op.cit.

[10] Relazione annuale CNEL, 2012 e Istat, *Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati*, Istat, 2011

Esistono altri tipi di prestazioni/fattispecie:

1) **Le prestazioni pensionistiche ai superstiti**, che rientrano in una logica **assistenziale** anche se la terminologia utilizzata e la connessione con l'originaria pensione del deceduto inducono a collocarle convenzionalmente nella spesa pensionistica o previdenziale in genere. Nei fatti, invece, la confusione, nella corretta collocazione della spesa tra le voci del bilancio statale, porta a collocare dette prestazioni nella funzione "vecchiaia", malgrado l'età del superstite non sia una discriminante, diversamente dal rapporto di parentela con il deceduto. Le pensioni e le rendite ai superstiti, anche se valutate solo per INPS-INPDAP, rappresentano una spesa consistente, superiore ai 35-38 miliardi di euro/anno, ossia pari al 2,3-2,5% del PIL[11], che coinvolge oltre 4,5 milioni di beneficiari. Non è, altresì, noto quanto questa tipologia di reddito incida nel welfare familiare, con una funzione di riequilibrio intergenerazionale.

2) **Lo strumento fiscale** riveste, per la famiglia, importanza maggiore che la fattispecie dell'invalidità. Si tratta soprattutto delle detrazioni per i familiari a carico, che determinano un minor gettito di 15-16 miliardi di euro (pari allo 0.8-0,9% del PIL)[12] e attengono alla fiscalità generale. Le detrazioni in questione perseguono (nei fatti) un effetto analogo a quello degli assegni familiari, con valori finanziari più che doppi rispetto a questi. Questa sovrapposizione provoca uno spostamento del potere d'acquisto da chi non ha carichi familiari a chi ne ha. Tuttavia, mentre la prestazione diretta ha natura contributiva e la redistribuzione resta distribuita tra le varie gestioni previdenziali, l'agevolazione fiscale attinge alla fiscalità generale, spostando l'onere dalla famiglia a soggetti terzi e ad altre forme di prelievo fiscale. La detrazione fiscale ha inoltre altri effetti: infatti afferisce al fisco nazionale e è indipendente dal reddito del contribuente coinvolto, mentre la deduzione favorisce i redditi più elevati, abbassando l'aliquota marginale.

3) **Le altre voci riguardano,** infine: l'esenzione per il mantenimento dei figli, la detrazione delle spese per asili nido e scuole, la deduzione per assegni al coniuge separato, il bonus famiglia.

In conclusione, esistono motivi sufficienti per un'opera di riorganizzazione, razionalizzazione e riforma di tutte le voci del *welfare* attinenti la famiglia. Come per l'invalidità, esistono ampi spazi di sovrapposizione, tali da rendere necessaria un'opera di razionalizzazione e di trasparenza di tutti gli istituti familiari, ivi compreso il riordino dei livelli istituzionali, prima di ipotizzare nuove prestazioni o la valorizzazione di quelle in atto.

Resta da definire il ruolo dei Comuni nelle prestazioni alla famiglia e ai minori; in particolare va valorizzato il ruolo della assistenza propriamente detta – che è di pertinenza locale- e va chiarito il ruolo del fisco. Tutto ciò, ovviamente, in attesa di una diversa organizzazione delle stato e degli enti locali, con una ricollocazione delle competenze.

Lavoro. Come per la tutela dell'invalidità e della non autosufficienza, anche per il tema **lavoro** esiste una ampia rosa di strumenti in atto, diversi per natura, dimensione, destinatari.

Nella relazione generale dello Stato sui dati INPS-ISTAT -INAIL-INPDAP sono presenti ben 42 voci attinenti alla tutela del reddito da lavoro, articolate in: una tantum (3 voci); mobilità-disoccupazione-pre-pensionamento (12 voci); cassa integrazione (6 voci); copertura figurativa (14 voci); TFR/TFS (4 voci); prestiti detassazioni (3 voci).

---

[11] MAZZOTTI Filippo, op.cit.

[12] Relazione annuale CNEL, 2012 e Istat, *Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati*, Istat, 2011

La tutela del lavoro rientra largamente nella **previdenza,** con una serie di strumenti graduati e calibrati in base alla tipologia del lavoro e ai soggetti destinatari.

Il primo strumento è costituito dalla **cassa integrazione (CIG)** nelle molteplici tipologie volte a salvaguardare la base occupazionale, mantenendo in vita – nei limiti del possibile – i rapporti di lavoro in atto. L'età della crisi ha visto una crescita massiccia delle prestazioni erogate: dal 2008 al 2012 le aziende hanno chiesto all'INPS 4,4 miliardi di ore con un aumento del 12% tra il 2011 ed il 2012, di cui un quarto in Lombardia. Nel dettaglio, dal 2008 in poi, le ore richieste sono state: 188,8 milioni (2008); 918,1 milioni (2009); 1,2 miliardi (2010); 953,5 (2011); 1,1 miliardi nel 2012, con il coinvolgimento di un numero crescente di lavoratori: da 490.000 nel 2007 a 2.200.000 nel 2012.[13]

Nel corso del 2012, le ore di cassa integrazione sono state così suddivise (confronta nota 13):

a) 335.603.725 per la CIG ordinaria (+46,25% rispetto al 2011)

b) 400.284.270 per la CIG straordinaria (-5,53% rispetto al 2011)

c) 354.766.227 per la CIG in deroga (+10,87% rispetto al 2011)

Il settore più colpito è quello della meccanica, con 167.513 lavoratori coinvolti. I lavoratori parzialmente tutelati dalla CIG hanno perso, nel 2012, circa 4,4 miliardi di euro, pari a 8.000 euro/testa .

Le altre prestazioni a sostegno del reddito sono impostate su mobilità e disoccupazione, anch'esse declinate in varie forme, cui si aggiungono i pre-pensionamenti (per ragioni economiche) e l'invalidità (per ragioni sanitarie). La maggior parte di queste prestazioni prevedono, accanto alla spesa diretta e immediata per il sostegno al reddito, anche la contribuzione figurativa per i periodi non lavorati.

La spesa complessiva per il sostegno al reddito è stata di 10,2 miliardi nel 2009 e circa 17,6 miliardi nel 2012, pari a 8.000 euro per 2.200.000 persone.[14]

Ovviamente, i dati complessivi del 2013 non sono ancora disponibili.

Il sistema degli ammortizzatori ha comunque dimostrato una soddisfacente reattività al peggiorare della situazione economica.

Del tutto a parte va, invece, considerato il **TFR/TFS**, anche se spesso esso viene utilizzato come sostegno al lavoratore negli intervalli tra un lavoro perso e il lavoro successivo. Minor peso spetta alla leva delle agevolazioni fiscali legate alle deduzioni per i contributi versati ai fondi di previdenza complementare alla detassazione dei premi di produttività, per i lavoratori estranei alla P.A. Si tratta di cifre oscillanti tra 1,5 e 2,0 miliardi/anno. [15]

Le misure pubbliche a tutela del lavoro appaiono più strutturate e coerenti rispetto alle altre funzioni, come è risultato evidente in tempo di crisi. La conoscenza statistico-amministrativa del mondo del lavoro ha permesso di individuare idonei ambiti e mezzi per operare, almeno in emergenza. Ciò che vale per gli eventi emergenziali dovrebbe, a maggior ragione, indirizzare verso una ottimizzazione degli strumenti ordinari, basata anch'essa su un'adeguata analisi statistica della molteplice realtà del mondo del lavoro.

---

[13] AA.VV, *Cassa integrazione*, Fonti: CGIL e UIL. www.cassaintegrazione.it/statistiche

[14] op.cit nota 14

[15] MAZZOTTI Filippo, op. cit.

1.1 Il *welfare* e il CNEL

Le parti sociali presenti all'interno del CNEL ribadiscono con forza e all'unanimità che le questioni relative alla politica sociale vanno affrontate in modo democratico e non in modo verticistico, autoreferenziale, come avvenuto, invece, nel corso degli ultimi anni.

In via preliminare va ribadito il **principio di solidarietà** del sistema universale e pubblico del *welfare* oggi minacciato dal prevalere di criteri puramente economico-finanziari. Non si nega qui la necessità di dover fare i conti con la sostenibilità finanzia ria del welfare, ma si riafferma la necessità che, in un paese civile e democratico, scelte a così forte impatto sulla vita delle persone non debbano essere demandate a pochi decisori ma debbano essere frutto di confronto e di condivisione con tutte le forze sociali. Non solo, ma il CNEL riafferma che il welfare non costituisce solo fonte di spesa, ma è elemento fondamentale per il recupero del "benessere psico-fisico dell'individuo" e, quindi, è elemento fondamentale non solo per la stabilità del PIL ma anche per lo sviluppo del PIL stesso.

Per evitare sprechi di risorse e ingiustizie alle persone, vanno (come sta facendo il CNEL) identificati obiettivi e indicatori; privilegiando, nello spettro delle prestazioni tradizionali, quelle più urgenti e drammatiche: povertà e impoverimento progressivo; minori; non autosufficienti; malati cronici; donne; famiglie in difficoltà.

In altri termini, l'attenzione e la spesa devono essere basate su un'accurata analisi del bisogno, privilegiando soluzioni che prevengano/tamponino le situazioni più disagiate.

L'accesso al *welfare* potrebbe avvenire in modo differenziato con riferimento alla base reddituale, a partire da un minimo comune denominatore, valido per tutti i cittadini. In generale, sanità e previdenza -fin qui considerati problematici per gli aspetti di sostenibilità finanziaria - debbono essere considerati alla luce della sostenibilità sociale e della coesione sociale, elemento fondamentale di democrazia.

In questa logica, l'intervento istituzionale va integrato dalle azioni del volontariato e del terzo settore, grandi risorse per il Paese. Volontariato e terzo settore possono avere un ruolo fondamentale, anche e soprattutto in tempi di recessione, purché la politica non pensi di delegare a essi l'intero problema *welfare.* Necessita, invece, una sede centrale di coordinamento/governo delle politiche dedicate alla persona, con il coinvolgimento attivo delle forze sociali, del volontariato e dei professionisti addetti.

Ne consegue la necessità: di una analisi verticale della spesa sociale; di nuovi indicatori di benessere sociale; di un nuovi modelli di intervento (giovani, educazione alla salute, ruolo delle famiglie e dei pensionati; ruolo del mercato del lavoro; sinergie tra Ministero-INPS-INAIL-UE etc) che integrino le forze in giuoco e che uniscano ai supporti economici la lotta all'esclusione sociale.

In definitiva, la crisi costituisce una formidabile occasione per la realizzazione di un *welfare state* innovativo e moderno, equo e diffuso, nonché momento innovativo per un rilancio dell'economia.[16]

1.1.1. Il *welfare* secondo le Parti Sociali

Come frutto delle audizioni delle Parti Sociali sono state elaborate ulteriori riflessioni qui riassunte. Su molti temi si è evidenziata una concordanza assoluta, su altri si è rivelata una distonia, puntualmente segnalata.

La salute è un bene primario, essenziale per ogni persona e per la collettività.

E' in atto una tendenza volta a ridimensionare l'intervento dello Stato sulla spesa sanitaria e sociale, trasferendone l'obbligo ai singoli, alla finanza (banche-assicurazioni) o alle strutture costituite dalle parti

sociali (fondi bilaterali, fondi aziendali). Il *welfare* italiano non deve essere smantellato ma revisionato in profondità.[16]

La popolazione è cambiata, i "bisogni" sono cambiati, le risorse sono limitate. Due sono le principali aree sulle quali è necessario intervenire: quella del lavoro-maternità e quella dei soggetti deboli (disoccupati, esodati, anziani soli, malati cronici, poveri, immigrati). A questo proposito vanno chiariti i ruoli/compiti dei diversi livelli di *governance* (Stato, Regioni/Enti locali), vanno assunte misure coordinate, vanno identificate le priorità di intervento, a partire da: la povertà, con le diverse implicazioni (scuola, aiuto alle famiglie); l'accesso ai servizi, che deve rimanere universale; la tutela dei soggetti deboli. Per questo occorre decentrare - sostiene la CISL - valorizzando le specificità..

Alcuni propongono una legge che regoli la "presa in carico della persona", con una reale rete territoriale e una ottimizzazione del raccordo tra ospedale e territorio.[17]

Quanto alla sanità, il tema vero è se il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) debba essere universale, realmente e non teoricamente. Esso va gestito come un'azienda pubblica, puntando sull'efficienza, sull'uso ottimale delle risorse e su una rete integrata ossia su nuove forme organizzative di fruizione delle prestazioni.[18]

Per quanto riguarda le risorse, va ricordato che la maggior parte di esse proviene dall'IRAP "indistinta e non finalizzata". I "costi standard" vanno calcolati con precisione e non sulla base del finanziamento "elargito".

Occorre intervenire in varie direzioni: "ridefinizione dei rapporti Stato/Regioni; vera *spending review*; attenzione al rapporto qualità/costi; riorganizzazione della rete ospedale-territorio; investimenti adeguati"[19]tra sociale e sanitario; fondo per la non autosufficienza; riforma della medicina generale; integrazione tra pubblico e privato accreditato.[20]

Va definito il costo reale dei LEA-LEAS[21]; vanno definite a livello nazionale le modalità di accreditamento; vanno inseriti i controlli ex-post (per eliminare abusi e illegalità); vanno rivisti i criteri delle prestazioni, con il coinvolgimento delle parti sociali e vanno riviste le scelte operate nel 2001 con la riforma del Titolo V° della Costituzione. Gli ammortizzatori sociali dovrebbero essere finanziati in modo omogeneo da tutte le categorie.

Per la previdenza, secondo la CGIL, occorre puntare alla sua "sostenibilità sociale", evidenziando le criticità attuali e formulando proposte innovative. Secondo la CISL, la spesa previdenziale andrebbe nettamente separata da quella socio-assistenziale, perché 2/3 dei finanziamenti previdenziali sono a carico dei cittadini e delle imprese.

---

[16] LAMONICA Vera, *Una sanità di tutti*, Relazione del 22/01/2013

[17] AA.VV., *Verso un welfare sussidiario*, in Atti Convegno CNEL del 29/11/2012

[18] op. cit. nota precedente

[19] ibidem

[20] ibidem

[21] AA.VV., *Il futuro del SSN. L'opinione delle Regioni e della FIASO*, in Avvenire, 13/12/12, pag.13., AA.VV., *Ospedali e salute*, Bollettino AIOP, dicembre 2012.

Per quanto riguarda l'INPS - secondo alcuni "si tratta di un mostro finanziario e gestionale"; per altri, ne va prioritariamente modificata la *governance*.

Quanto alla previdenza complementare: è opinione diffusa che stenti a decollare, anche se riguarda circa 6 milioni di aderenti. La mancata diffusione è legata alla presenza di pochi Fondi nella P.A. (solo 3) e alla modesta detrazione fiscale. Le cifre raccolte non debbono essere utilizzate in modo rischioso e non debbono essere largamente utilizzate per "anticipazioni del montante".

La riforma pensionistica della Fornero ha introdotto eccessive rigidità, mentre il sistema contributivo dovrebbe consentire una flessibilità in uscita, a partire da una certa età (57-63 anni), con riduzione della rendita pensionistica. Su questo aspetto, concordano tutte le parti sociali audite.

In entrata, potrebbe essere usato il modello tedesco: paga ridotta ma esentasse, con netta de-contribuzione per chi assume (*mini-job*) e con una cifra minima per anno lavorato.

L'allungamento della vita lavorativa, introdotto dalla riforma Fornero, potrebbe essere integrato con un periodo di attività lavorativa parziale (integrazione tra *part-time* e pensione parziale), garantendo una indicizzazione della pensione iniziale.

Gli anziani andrebbero tutelati con una "regolarizzazione/preparazione delle badanti" e con la *long-term-care*. La prevenzione va potenziata [22] e va creato un sistema premiale per il singolo che mantenga adeguati stili di vita.[23]

Il welfare associativo va definito e normato in modo chiaro; va incentivato a livello centrale, inserendo soggetti istituzionali, volontari, partenariato. Vanno favoriti i profili familiari di cura.

Il Sociale deve diventare "*asset"* di investimento", così da favorire la riduzione del carico fiscale e funzionare da valvola di assunzione per donne e giovani. Occorre, poi, passare dai contributi economici ai servizi resi.

La diffusione della povertà, dovuta alla crisi, va affrontata in modo scientifico:1/3 delle famiglie si sta impoverendo.[24] Non è possibile affidarla ai soli Comuni, soprattutto in periodi di grossa crisi finanziaria, anche per gli Enti locali.

Per le parti sociali tutte, il *welfare* nazionale andrebbe rivisto e riqualificato, alla luce delle mutate condizioni socio-economiche e dei mutati bisogni della popolazione.

Queste sono le ipotesi per il futuro, ma oggi occorre partire dai fatti e dalle soluzioni possibili e fattibili.

1.2 Verso un nuovo *welfare*

Il *welfare* italiano è, ancor oggi, basato su 3 pilastri: sanità, previdenza e assistenza.[25] Essi verranno nel Report analizzati in dettaglio, per cercare di capire le tendenze in atto e per trarre alcune indicazioni operative concrete.

---

[22] Ibidem Ricci, 2013

[23] Ibidem Casagrande, 2013

[24] op. cit.. LAMONICA Vera

[25] op. cit. Relazione annuale CNEL, 2011, AA.VV., *Il primo rapporto di attività dei nuclei per l'analisi e la valutazione della spesa pubblica*, http://www.rgs.mef.gov.il/VERSIONE-I/Servizio-s/Studi-per-1/Rapporto-s/2012/index.html

Una elaborazione ISTAT-CNEL del 2012[26] identifica un **"indicatore di dipendenza",** fondato sul rapporto tra popolazione attiva e popolazione necessitante di sostegno (minori e anziani): tale indice è largamente patologico nella stragrande maggioranza delle Regioni italiane, da ciò, l'esigenza di potenziare i servizi sociali, con nuove modalità di partecipazione e nuova *governance*.

Nei decenni passati si sono sviluppati, in Italia, alcuni modelli che integrano gli aspetti sociali e quelli sanitari; tra questi, il più vecchio è il **modello socio-sanitario veneto**, nato nel 1978 e perfezionato nei decenni successivi.

La capacità di ridurre le diseguaglianze economiche e sociali tra cittadini o gruppi sociali può avvenire solo attraverso un forte sistema di **protezione sociale,** che sostenga i costi relativi ai bisogni assistenziali e alle malattie, alle invalidità, alla disoccupazione, alla vecchiaia, nonché a quelli della famiglia, al diritto all'alloggio ed altro. La cultura e la politica di ogni Stato definisce il modello di *welfare* da adottare, privilegiando interventi in alcuni settori al posto di altri. Spesso, in carenza o penuria di risorse adeguate, si tamponano le emergenze, lasciando "scoperte" le altre necessità e senza programmare il medio-lungo periodo.

1.3 Uno sguardo all'Europa

Oggi, in gran parte dei Paesi europei, la spesa pubblica assorbe il 50% del PIL nazionale e circa un terzo del PIL è destinato al sistema di protezione sociale.

La recente crisi economica ha portato nel quadriennio 2008-2012, anche se in modo differenziato tra i diversi Stati europei, a un disinvestimento nel *welfare,* pari all'1% del PIL, ovvero quantificabile in un taglio complessivo della spesa sociale europea pari a circa 230 miliardi [27].

In particolare, i Paesi nordici - che sostengono una forte spesa sociale a favore della **famiglia,** dell'infanzia e dei più deboli - hanno ridotto gli investimenti relativi alla protezione sociale, comprimendoli al 30% del PIL e allineandosi, così, ad alcuni Paesi continentali come Francia, Germania e Olanda, il cui modello sociale finanzia principalmente altri settori quali la disoccupazione, la salute e la disabilità.

Per i Paesi del Mediterraneo, il cui *welfare* è incentrato prevalentemente su **previdenza e salute**, si è registrato invece un aumento dell'investimento che, in ogni caso, è sempre inferiore a quello dei Paesi nordici, in termini sia percentuali (meno del 27% del PIL), che assoluti (spesa pro-capite).

Secondo i dati Eurostat 2009, nei 27 Paesi UE la spesa media per la protezione sociale è di 6.935 euro/capite, con un *range* da 17.359 (Lussemburgo) a 792 (Bulgaria), *range* che vede l'Italia collocata in 11ma posizione (7.529 euro/capite, + 8,56% rispetto alla media)[28]. **Nel dettaglio, l'Italia investe per la protezione sociale il 29,8% del proprio PIL** (+2,4% nell'ultimo decennio; valori UE27=29,5%), ma è noto che il PIL italiano pro-capite è più basso di quello di molti altri Paesi OCSE (32° su scala mondiale), essendo pari a 30,700 US$.

---

[26] op. cit. Relazione annuale CNEL, 2012, AA.VV., *Annuario statistico Istat, 2012*. In: Milanofinanza.it/news/stampa_news.asp?.id

[27] op. cit. nota 9 e nota precedente

[28] op. cit. Relazione 2012, pgg. 119 e 163.

Ciò nonostante il nostro *welfare* si classifica al 13° posto su scala mondiale - prima di Gran Bretagna (16°) e Stati Uniti (18°) - i cui modelli sono incentrati, prevalentemente, sull'assicurazione nazionale (importi forfettari per disoccupazione e malattie), sulle assicurazioni private e sui regimi previdenziali aziendali.

La distribuzione per **funzioni** vede oltre la metà della spesa indirizzata alla **funzione "vecchiaia"** (valutabile tra il 51,3 ed il 51,9%, negli anni 2010 e 2011), mentre la parte rimanente si distribuisce tra "malattia/sanità" (25,8% nel 2010 e 26,1% nel 2011), "superstiti", "invalidità" (attorno al 6% nel biennio citato), "famiglia" (in media 4.5, nel biennio citato) e "disoccupazione e altra esclusione sociale".[29]

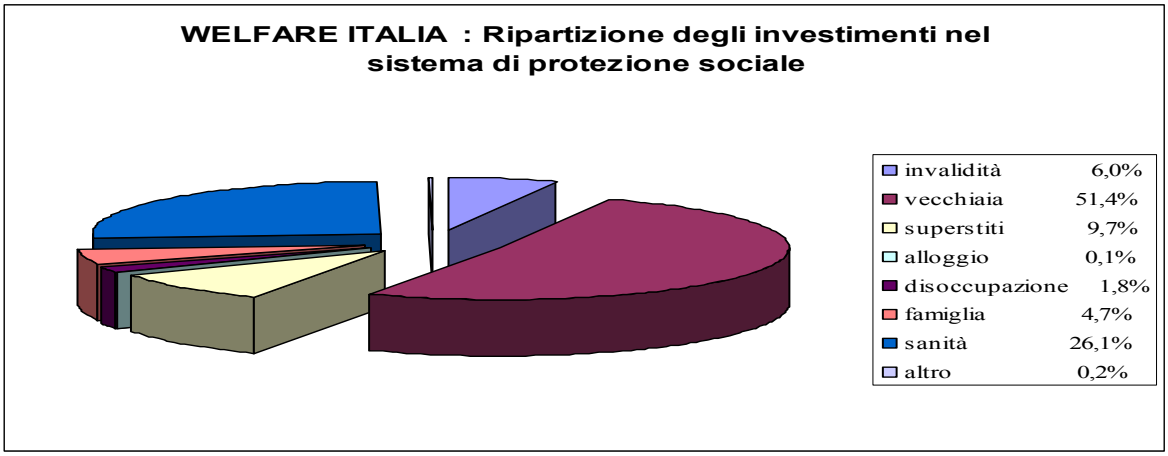
Nel 2011, l'indice di beneficio (importo pensionistico medio sul PIL pro capite) è risultato del 48,8% e la percentuale dei pensionati con pensione inferiore a 500 euro è risultata del 17%.

Analiticamente, **in Italia i costi della previdenza 2010 assorbono circa il 67-68% della spesa sociale** (il 28,6% del PIL 2010) - a fronte di una media europea (UE15) del 45-55 % - cui si aggiungono i costi per la malattia e per i bisogni sanitari (quantificabili nella misura del 23,8%), mentre la restante quota del 8,6% è distribuita tra le altre voci. Questo significa che, in un contesto nazionale caratterizzato da un elevato debito pubblico e da una forte spesa previdenziale, sono sottratte importanti risorse, non solo ad altri settori sociali, ma anche all'istruzione, alla ricerca, alle tecnologie, ecc.

I successivi grafici (elaborati sui dati 2010-2011) mettono visivamente a confronto, in termini percentuali, le diverse voci relative al "sistema di protezione sociale", in Europa (UE 27 Paesi) e in Italia.[30]

[29] op. cit. Relazione 2012, pgg. 119

[30] op. cit. Relazione 2011 e 2012



Grafici 1 e 2 (elaborazione su dati delle Relazioni CNEL 2011-2012)[30]

L'Europa 2010-2011 sembra privilegiare l'invalidità, l'alloggio, la disoccupazione, la famiglia e la sanità. L'Italia privilegia, invece, solo la vecchiaia (+11,8%) e i superstiti (+ 3,1%), mentre protegge di meno l'invalidita' (-2,1%), la casa (-2,2%), la disoccupazione (-3,3%), la famiglia (-3,3%) e la sanità (-3%).

Ovviamente, non sono ancora disponibili i dati completi relativi al 2012-2013 e non si conoscono compiutamente gli effetti della crisi economica (disoccupati ed esodati), più pesanti in Italia che nei restanti Paesi OCSE. Tuttavia, sono da sottolineare i dati diffusi dall'OCSE il 27.11.12. Le nuove stime indicano, per il 2013 e per l'Italia, un calo del PIL dell'1,5-1,8%, dopo il -2,2% previsto per il 2012. Va detto che il DEF - presentato dal Governo Monti nel novembre 2012 indicava, invece, -2,4% nel 2012 con un modesto -0,2% nel 2013. A posteriori, le cifre del Tesoro sono risultate sbagliate e quelle OCSE esatte, per cui il governo Letta, per rispettare il percorso di riduzione del debito programmato nel 2014, ha dato il via o ad una ulteriore stretta fiscale.[31] Va anche ricordato che le altre previsioni economiche diffuse dagli altri uffici studi negli ultimi mesi (ABI, FMI, Bankitakia, Istat) sono risultate più vicine a quelle dell'OCSE che a quelle del DEF.

Secondo la Banca d'Italia, nel 2014, si verificheranno: una contrazione del PIL, un ulteriore aumento della disoccupazione (rispetto all'11,8% del Gennaio 2013), il crollo dei redditi delle famiglie (-1,25% annuo dal 2008 al 2011 e -2,5% nel 2012); il 3,6% delle famiglie (pari a 300.000 nuclei) ha un debito superiore al 30% del loro reddito. Ovvi, quindi, gli effetti negativi sul *welfare.*

Non solo, ma **i dati ISTAT (Settembre 2013)** evidenziano che il **tasso di disoccupazione** del 2014 potrebbe essere più alto delle previsioni della Banca d'Italia essendo cresciuto in un anno (Settembre 2012-Settembre 2013) dal 10,9% al **12,5%.** In cifre, a Settembre 2013 i disoccupati erano 3.194.000, ossia 391.000 in più di un anno fa. Gli occupati erano 22.349.000, 490.000 in meno rispetto ad un anno fa. Ma le percentuali quasi quadruplicano se si guarda ai soli giovani fino ai 24 anni: per loro, il tasso di disoccupazione ha raggiunto il 40,4% (+4,4% rispetto al Settembre 2012). Sono dati impressionanti, anche considerando che, in Eurolandia, il tasso medio di disoccupazione si conferma al 12,2% complessivo e al 24,1% quello giovanile (ISTAT, Settembre 2013). Evidentemente l'inflazione stabile (0,7% su base annua, in Italia come nella UE) testimonia " la presenza di una deflazione, una vera rarità, negli ultimi 50 anni di

[31] AA.VV., *Health Data*, OCSE 27/11/12.

storia economica" (Ufficio studi della Confcommercio, Ottobre 2013). Ancora, nel 2013 il debito pubblico italiano è cresciuto da 2.022,7 miliardi di euro (Gennaio 2013) a 2.066,6 miliardi (Settembre 2013) ed a 2.068,722 miliardi (Dicembre 2013).

Per concludere questa sezione, ribadiamo che, rispetto al welfare dei grandi Paesi Euro a quella degli altri 3 Paesi pei, lo Stato sociale Italiano si rivela più leggero non solo per la quantità assoluta di spesa ma anche per una decisa preferenza per gli automatismi, ossia per il "poco a tanti" invece del "giusto a chi ne ha bisogno". Non sono conclusioni del Cnel ma del Cergas-Bocconi, nel Marzo 2013.

Tra 4 grandi Paesi (Italia, Francia, Regno Unito e Germania) l'Italia è l'unico che non destina al welfare la maggioranza della spesa pubblica. Ogni 100 euro di uscita da Stato ed Enti Locali, sono solo 45 quelli indirizzati alle prestazioni i sociali: molto meno di quelli degli altri 3 Stati citati (R.Unito=50,6 euro; Francia=58,5 euro;; Germania=63,3 euro). Non solo la "dote" è inferiore a quella degli altri 3, ma anche la su distribuzione è diversa. Non solo pochi euro per la politica abitativa, infanzia e sanità ma anche, per la non autosufficienza, denari spesi soprattutto per l'indennità di accompagnamento e pochi denari-invece- per i servizi a chi ha realmente bisogno (Cergas, 2013; Il Sole 24 Ore, 25/03/13,pag.7). Molte delle Tabelle del presente Rapporto confermeranno queste affermazioni.

1.4 *Welfare* e famiglie

In Italia esiste, ed è a tutti noto, uno stridente contrasto tra il **ruolo storico della famiglia** (come sistema di protezione verso i suoi componenti più deboli e più malati, e la modestia degli investimenti verso le famiglie, l'infanzia e i disoccupati. Il motivo è altrettanto noto: i due terzi delle risorse disponibili sono assorbiti dalla previdenza, un settore che drena, in modo improprio risorse, sottraendole ad altri settori e voci.

La seconda considerazione è che la stessa famiglia italiana - attraverso gli anziani, i lavoratori, le badanti, gli asili-nido familiari etc - riesce ancora, ma con sempre maggior difficoltà, a garantire una sorta di "scudo sociale", fornendo un supporto organizzativo ed economico alla soluzione di parecchi problemi sociali, quali la disoccupazione giovanile, la carenza di alloggi, i bisogni assistenziali e altro.

Ma fino a quando sarà possibile sostenere questo tipo di cose? Fino a quando le famiglie italiane riusciranno a proteggere le fasce più deboli? Fino a quando il sostegno alla malattia e ai bisogni sanitari riuscirà a essere "svincolato" da un sostegno più ampio e duraturo nel tempo rivolto ai bisogni/problemi multidimensionali (*Long Term Care*)?

La buona posizione del welfare italiano su scala mondiale tende a far ritenere ancora valido l'attuale modello ma diventa difficile ipotizzare, per il futuro, la sua "sostenibilità economico-organizzativa", senza l'adozione di importanti interventi correttivi in sintonia con l'andamento demografico previsto per i prossimi decenni.

Le leggi finanziarie dell'ultimo triennio hanno pesantemente modificato le regole sul pensionamento (cd.. riforma Fornero), tagliato le risorse per la sanità (circa 6 miliardi di euro in meno, in soli 4 anni) e per la lotta alla povertà assoluta (nel 2013 circa 2,3 miliardi di euro in meno, rispetto al 2008).

Sempre più famiglie vivono in una condizione di disagio: il 29,9 % del totale, con punte del 54,6% in Sicilia e Campania, Basilicata e Calabria vicine al 50%. Ma l'impoverimento improvviso ha colpito anche le altre Regioni (media nazionale = +3,7% dal 2011 al 2010), con erosione del patrimonio personale ed incremento dei 3 indici di disagio: rischio di povertà (persone con reddito inferiore al 60% di quello medio), bassa intensità di lavoro(occupazione inferiore al quinto del proprio tempo), deprivazione materiale (spese impreviste insostenibili). In questi aspetti, i dati Italiani sono sovrapponibili a quelli spagnoli e preceduti

(negativamente) solo da quelli della Grecia. (Elaborazione Centro Studi Sintesi su dati Eurostat 2012 Ricerca completa su: htpp://240.it/disagio economico).

Non sono stati certamente sufficienti gli stanziamenti aggiuntivi del Governo Monti per il 2013 (50 milioni per le politiche familiari e 25 milioni per quelle giovanili) né lo saranno quelli ipotizzati nella Legge di stabilità 2014.

1.5 Aspetti demografici e aspettative di vita

Per comprendere più a fondo cosa accadrà nel prossimo futuro è necessario analizzare, preliminarmente, alcuni aspetti demografici.

L'Italia è tra le nazioni europee con il più basso tasso di natalità (9,18 per 1.000 abitanti) rispetto a un tasso di mortalità del 9,84 ‰; solo il 14% della popolazione ha un'età inferiore ai 15 anni; gli ultra 65enni rappresentano il 20,3% e gli ultra 80enni il 5,8% della popolazione[32]

Si calcola che - **nel 2030 - gli ultra 65enni** saranno il 26,5% (32,7% nel 2060) e gli ultra 80enni l'8,8% (14,9% nel 2060).

Ne consegue che la forza lavoro si ridurrà in modo drastico, per effetto del ridotto *turnover* legato a uno squilibrio tra "uscita" e "entrata" nel mondo del lavoro: per il 2030, il *turnover out-in* è stimabile nella misura di 2 a 1. Al tempo stesso, il gettito contributivo previdenziale rischia di ridursi per l'aumento dei lavoratori precari o con contratti atipici, ossia di soggetti esclusi dalla stabilità lavorativa e, quindi, da versamenti previdenziali continuativi.

Già oggi, i lavoratori non vengono più identificati come pubblici o privati, ma vengono classificati sulla base della precarietà o meno del posto di lavoro: lavoratori a tempo determinato e a tempo indeterminato. E' noto che il numero dei precari (co.co.pro., false partite IVA e soggetti con contratti a termine) supera attualmente i 2,5 milioni di occupati e rappresenta più dell'11,1% della forza lavoro.

In questo contesto assume rilevanza anche **l'immigrazione,** intesa nel duplice aspetto di risorsa attiva per lo svolgimento di lavori non "appetiti" dagli italiani ma anche di manovalanza a basso costo, senza incidenza contributiva e senza protezione sociale.

Naturalmente lo scenario demografico assume una notevole importanza in correlazione allo stato di salute degli italiani la cui speranze di vita alla nascita sono aumentate notevolmente dal 2000 al 2012 e sono quantificabili in 78,8 anni per i maschi e di 84,2 anni per le femmine, con una media di 82,0 contro i 79,8 del 2000. In questo, l'Italia è in terza posizione, sopravanzata solo da Giappone (83,0), Svizzera (82,6) e Spagna (82,2). [33]

In questo contesto, si può facilmente prevedere la necessità di un maggior impegno sanitario a livello territoriale; impegno correlato, da un lato, alle emergenti patologie legate alla globalizzazione e, dall'altro, alle cronicità e disabilità, ingravescenti con l'età e con la compromessa qualità di vita.

La ridotta mortalità, in ambito ospedaliero, legata a eventi acuti (traumatici, cardiovascolari, oncologici, respiratori, nefrologici, trapiantologici e infettivi…). conduce, di norma, a un aumento della cronicità relativa che, a sua volta, porta a un aumento delle disabilità e, quindi, al rischio, più frequente negli anziani, di una

[32] AA.VV., *Europa, c'era una volta il welfare*, Lettera 43.it, 14 Aprile 2012. In: www.lettera43.it/economia/macro/welfare welfare-ue-tagliati-230-mld_4367546877.htm

[33] op. cit., Relazione 2012, pag.126.

povertà dovuta non solo ai bassi livelli di reddito ma anche agli effetti economici di patologie croniche e di invalidità, in assenza di un valido supporto familiare.

In Italia, nel 2007, il tasso di rischio povertà per gli over 65 era del 22%, rispetto a una media europea del 21% (15 Paesi UE) o del 19% (27 Paesi UE); viceversa, in termini di costi sanitari, si stima che attualmente il 25% della popolazione sia affetta da cronicità e che la stessa assorba il 75% della spesa sanitaria globale.[34]

Questi dati sono peggiorati negli anni successivi.[35]. Il rischio economico in Italia è salito dal 24,5% (2007) al 28,2% (2011) ed al 29,9% (2012) su base nazionale, essendo più spiccato (ossia superiore al 30%) nel Mezzogiorno, nelle famiglie numerose, nelle madri sole e negli anziani. [34-36]

In totale, secondo i Dati Eurostat del 5/12/12, ben 18,2 milioni di Italiani sarebbero in condizioni di rischio economico (povertà, privazione materiale severa, bassa intensità di lavoro).

Per quanto riguarda **le disabilità**, la Commissione Europea nel *Disability Action Plain* (D.A.P) ne ha evidenziato la stretta correlazione con l'invecchiamento; anche i dati elaborati dal Censis indicano una progressione della disabilità proporzionale all'aumento dell'età media: dal 4,1% della popolazione nel 2010 al **10,7% nel 2040.**

Si tratta di previsioni a lungo termine, ma verosimili. E, sulla loro base, occorre porsi il tema di chi provvederà, allora, alla cura delle persone anziane e dei disabili, in assenza di una rapida ristrutturazione delle azioni dedicate.

In Italia, sono oltre 2,5 milioni le famiglie che ricorrono ad un collaboratore domestico; nel 2008 la spesa sostenuta per la retribuzione delle badanti è stata pari allo 0,59% del PIL, superiore al finanziamento dello Stato per le indennità di accompagnamento.

Pur tuttavia, i costi di questa sorta di scudo sociale, legati alle pensioni di anzianità e di vecchiaia, alle indennità di accompagnamento etc. non saranno, alla lunga, sostenibili per una serie di motivazioni tra le quali: la riduzione della forza lavoro; la riduzione delle famiglie numerose, la diminuzione dei matrimoni e l'aumento dei divorzi; l'aumento delle famiglie monoreddito; l'incremento delle fasce economiche più deboli; l'effetto devastante della crisi economica e, soprattutto, la riduzione del valore delle pensioni.

Si stima, infatti, che nel 2040 le pensioni di vecchiaia saranno ridotte al 50% dell'ultima retribuzione, per i pubblici dipendenti, e al 30-35% della stessa, per i dipendenti privati.

1.6 Lotta alla povertà

Nel 1997, la Commissione Onofri formulò una serie di proposte per rafforzare il nostro welfare: riguardavano la non autosufficienza, la povertà e gli ammortizzatori sociali. Nessuna di queste è stata realizzata fino ad oggi, anzi i Governi Berlusconi-Monti-Letta hanno ridotto del 92% i trasferimenti alle Regioni per le politiche sociali.

---

[34] AA.VV., *Povertà assoluta*, disponibile su www.forumterzosettore.it; www.astrid.eu; Cristiano Gori, Il Sole 24 ore, 02/06/12, pag.12 e DRAGOSEI Laura, GINEBRI Sergio, LIPSI Maria Rosa, MONGEAU OSPINA Christian, *Il modello di previsione della spesa previdenziale CNEL-CER*, Atti del Seminario congiunto, 14/06/12

[35] cfr. nota precedente

[36] Istat, *Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati*, Istat, 2011

Alcuni dati esplicativi:

- la spesa pubblica per la lotta alla povertà è, in Italia, pari allo 0,1% del PIL mentre la media UE-15 è dello 0,4%;

- vari Paesi europei hanno, da decenni, introdotto un sostegno pubblico alle famiglie in povertà assoluta: la Germania, nel 1961; l'Austria il 1970 e il 1975; la Francia nel 1988; il Portogallo nel 1996;la Spagna, in modo progressivo tra il 1995 e il 2000.

In Italia, nonostante la povertà assoluta riguardi nel 2010 il 4,6% delle famiglie (6,7% al Sud, 3,8% al Centro e 3,6% al Nord), con netta prevalenza per quelle con 3 figli, nessun provvedimento strutturale è stato adottato. Va detto che il passaggio da 2 a 3 figli peggiora il rischio di cadere in questa condizione: con 2 figli la frequenza di povertà assoluta è pari al 5,1%; con 3 figli sale al 9,4%.

Peraltro, dal 2008 al 2013 è stata attuata una riduzione progressiva dei fondi per le politiche sociali, che sono scesi da 2.526 milioni di euro (2008) a 1.472 milioni di euro (2010) a circa 200 milioni di euro nel 2013 ed a valori ancora inferiori nelle previsioni 2014.[37]

I maggiori effetti dei tagli cominciano a manifestarsi ora e si faranno crescenti nei prossimi mesi.

Il pacchetto di interventi governativi per la coesione sociale (Maggio 2012) ha cercato di intervenire su alcune criticità del *sostegno sociale,* ma non ha agito concretamente sull'attuale assenza di sostegno pubblico alla maggior parte delle famiglie povere.

Il cd. "pacchetto Barca" ha recuperato dai fondi europei 400 milioni per gli asili nido, 330 milioni per l'ADI (assistenza domiciliare integrata) agli anziani non autosufficienti: cifre discrete ma poco sicure e, soprattutto, considerate a torto sufficienti per un impegno triennale (2013-2015).

E' stato sperimentato in 12 città un nuovo modello di *social card*, rivolto alle famiglie in povertà assoluta; ha erogato un contributo mensile di 40 euro per gli anni 2012-2013 e, forse, erogherà cifre superiori (!) per il 2014; la carta potrebbe essere usata anche per servizi alla persona (sociali ed educativi), con gestione comunale e con coinvolgimento del terzo settore.

Forse, sarebbe stato più opportuno costruire progressivamente un intervento strutturato, continuativo nel tempo e diffuso in tutte le Regioni.

L'Istat definisce "famiglia in povertà assoluta**"** una famiglia che non disponga dei beni e servizi necessari a raggiungere un livello di vita "minimamente accettabile", ovvero: standard nutrizionali adeguati, vivere in un'abitazione con acqua calda ed energia, potersi vestire in modo adeguato, potersi curare.

Secondo il CNEL, è importante, per stabilire il livello di povertà, poter usufruire di indicatori statistici adeguati. Questa convinzione, peraltro condivisa dall'Istat, ha dato vita ad un Comitato paritetico tra i due istituti preposto alla costruzione dei cd indicatori di progresso e di benessere, per ottenere una misurazione affidabile del benessere equo e sostenibile (BES). **[38]**

Il lavoro del CNEL, peraltro, appare totalmente in linea con quanto contenuto in un recente "Rapporto sulla felicità nel mondo", curato per le Nazioni Unite da J.Heliwell[39], docente alla Università di British Columbia, in Canada.

---

[37] op. cit., MAZZOTTI Filippo

[38] COMITATO CNEL-ISTAT, *La misurazione del benessere equo e sostenibile*, CNEL, 2012.

[39] AA.VV., *Il rapporto sui LEA 2012 del Ministero della Salute*, http:// www.salute.gov.it/

Una generazione di studiosi (sociologi, economisti, psicologi) ha mostrato che la felicità non è solo esperienza soggettiva, ma può essere misurata e valutata, utilizzando funzioni cognitive, caratteristiche individuali e situazioni sociali. La ricerca internazionale, che ha coinvolto 150 Paesi, ha dimostrato che esistono **diversi tipi di "felicità**", tutti misurabili**: la felicità "affettiva"**, vista in senso positivo (rapporti di amicizia, tempo speso per la famiglia, vita sessuale) ed in negativo (controversie lavorative, spostamenti casa-lavoro) e la **felicità valutativa,** vista anch'essa in positivo (come reddito, salute psico-fisica, libertà, generosità, vita sociale) o in negativo (povertà, malattie, insoddisfazioni sociali). La felicità è quindi condizionata da fattori esterni, quali il reddito, il lavoro, un governo efficace e credibile, la presenza di valori, la religiosità e da fattori interni ossia personali come la salute fisica e mentale, la vita familiare, la cultura, l'età, il sesso di appartenenza, con un rapporto di *feed-back*. Lo studio, effettuato tra il 2011 e il 2012 ha stabilito che i Paesi più felici sono Danimarca, Finlandia, Norvegia ed Olanda mentre quelli meno felici sono: Togo, Benin, Repubblica Centroafricana e Sierra Leone.[40] Esisterebbe, inoltre, una netta correlazione tra grado di felicità e grado di dedizione verso gli altri.[41] Sulla base di questo rapporto,[42] **l'OCSE** sta preparando le linee guida per una misura omogenea della felicità.

1.7 Il *welfare* "sezionato"

Di seguito, per maggior chiarezza, suddivideremo il welfare italiano nelle tre classiche componenti: sanità, assistenza, previdenza, ricordando – a margine – che il PIL italiano, dal 2008 al 2011 è cresciuto solo di un modestissimo 0,32% (da 1.575.144 miliardi di euro a 1.580.20, secondo i dati del Ministero della Salute, CENSIS e del Ministero dell'Economia.), per crollare negli anni successivi (anno 2013= -1,7%).

---

[40] HELIWELL John F., *Rapporto sulla felicità nel mondo,* Nazioni Unite, aprile 2012

[41] SEN Amarthia, Felicità e disuguaglianze. Relazione all'Ottava Edizione del Festival delle Scienze, Roma, 20/01/13.

[42] op.cit. HELIWELL John F.

2.1 SANITA'

2.1.1 Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

In estrema sintesi - in altre parti del testo si troveranno ulteriori utili informazioni - il SSN italiano, istituito con la legge 833/1978, ha carattere universalistico e solidaristico e è finanziato attraverso la fiscalità generale e non attraverso "tasse di scopo". Il finanziamento è raccolto a livello centrale e viene poi ridistribuito attraverso la quota pro capite, individuata di anno in anno. Il riparto del FSN (106 miliardi/2012, e 111 miliardi circa nel 2013) avviene d'intesa tra Stato e Regioni, non solo sulla base del numero di abitanti regionali, ma anche attraverso "correzioni" (come età, territorio montano…), mentre la mobilità sanitaria, ovvero lo spostamento dalla Regione di residenza a un'altra, per le cure, è compensata con tariffa calmierata, ossia non piena.

Le Regioni, che hanno la possibilità di legiferare in materia sanitaria nel rispetto dei principi fondamentali statali e ai LEA (livelli essenziali di assistenza, da garantire in tutta Italia), a loro volta possono aggiungere tasse locali (aumento dell'Irap, accise sulla benzina, aumento del bollo di circolazione), per finanziare la sanità ed eventuali extra-LEA.

Le prestazioni di ricovero nelle strutture del SSN sono gratuite, mentre quelle ambulatoriali sono garantite o gratuitamente o con il pagamento di *ticket*, nazionali e/o regionali.

In sintesi, la spesa sanitaria privata *out of pocke*t vale circa il 2,5% del PIL, aggirandosi tra 995 euro/anno al Sud e 1.256 euro/anno al Centro-Nord.

2.1.2 I fatti. Finanziamenti, tra spese e tagli di spesa.

La prima Relazione annuale del CNEL sui livelli e la qualità dei servizi erogati dalle pubbliche (2011)[43] aveva cercato di affrontare il tema della qualità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), analizzandone gli indicatori di spesa, di esito (*output*), di qualità percepita, di soddisfazione, di rapporti costi/benefici, di impatto sociale.

La seconda Relazione del CNEL (2012) ha assunto quale punto di partenza – affinando in questo l'analisi precedente- il concetto di "qualità" , misurata con diversi indicatori: di prevenzione-cura-riabilitazione; di appropriatezza ed equità; di *output* e di *outcome*; di b*enchmark*.; ciò anche al fine di sostituire, nella valutazione dei servizi sanitari, i risultati finali al "mero" rispetto formale delle regole amministrative[44]. Al proposito, si ricorda il fruttuoso lavoro dell'Agenas nella costruzione di un sistema organico di valutazione delle prestazioni ospedaliere in termini di esiti a distanza e di contenimento degli sprechi.

Nel 2000, **la spesa sanitaria pubblica** ammontava al 5,7% del PIL (67,5 miliardi di euro); nel 2010, la percentuale era pari al 7,3% del PIL (112 miliardi di euro); successivamente, nel 2011, diminuiva al 7,14% del PIL; nel 2012-2013 essa è oscillata tra il 7,1 ed il 7,3% del PIL (112-113,6 miliardi), con previsioni 2014-2015 di un lieve calo % verso il 6,9% del PIL nel 2015 (ma con cifra assoluta tra 112 e 113 miliardi/anno) **(Rapporto OCSE *Health Data* 2012,)**. In cifra assoluta, la spesa del SSN pubblico, nel

[43] op. cit. Relazione 2011

[44] HELIWELL John F

2012, si sarebbe assestata sui 112,212 miliardi, con un calo dello 0,6% rispetto al 2011. Ma i dati preliminari andranno verificati, nel 1° semestre 2013.[45]

L'incidenza delle spese sanitarie rispetto al PIL colloca comunque l'Italia sui valori della **media** europea e internazionale, lievemente al di sotto di Francia e Regno Unito (entrambi sopra l'8%), ma superiori alla Germania (che è appena sopra il 7%) e alla Spagna (6,5%). Il confronto con i paesi extraeuropei, caratterizzati da una ampia sanità privata (es. Stati Uniti e Canada) testimonia come, anche questi, destinino alla sanità pubblica una quota significativa del PIL (oltre l'8% in entrambi i casi). [46]

Nel 2011, il disavanzo di gestione delle Asl e degli Ospedali nelle 16 Regioni a statuto ordinario è stato di 2,19 miliardi e per coprirlo si è attinto per il 77% alle addizionali Irpef e Irap, soprattutto nelle Regioni commissariate o sotto piano di rientro dai deficit. Tuttavia neppure le maxi aliquote Irpef (+0,30%) e Irap (+0,15%), oltre il tetto massimo, pagate da cittadini e imprese sono bastate in Molise, Calabria e Campania a tamponare la falla del defict sanitario nel 2011. Pertanto, in queste Regioni, le maxi addizionali resteranno in vigore.

L'84,7% del disavanzo totale, tra l'altro, è concentrato nelle Regioni con piano di rientro, tutte in grave ritardo nel ripianamento degli splafonamenti.

Dai tavoli di monitoraggio del Governo (Ministeri dell'Economia e della Salute) con le Regioni, attivati per tenere sotto controllo la spesa sanitaria, pervengono risultati in chiaroscuro, per **gli esercizi 2011-2012**. Da una parte confermano, come anticipato dal Def, che la spesa sanitaria pubblica nel 2011 ha fatto segnare un calo dello 0,6% sul 2010; dall'altra, però, dimostrano che ormai l'affanno del contenimento dei conti si sta espandendo oltre il Sud Italia, contagiando sempre di più anche Regioni con bilanci sanitari considerati da sempre in regola. Il maggior deficit si concentra soprattutto tra il Lazio (791 milioni di rosso prima delle super tasse), la Campania (332 milioni) e la Calabria (155 milioni) che assieme assommano la metà dei disavanzi del 2011. A queste si aggiunge il Molise, in grandissima e sempre più preoccupante difficoltà, col suo deficit di 67 milioni che le maxi addizionali sono riuscite a coprire appena per il 30.Tra tutte le 16 regioni passate al setaccio del tavolo di monitoraggio, intanto, sono soltanto tre quelle che hanno raggiunto un attivo, anche se soltanto minimo, senza dover ricorrere alle risorse di bilancio locale: Lombardia (22,1 milioni), Umbria (10,3 milioni) e Marche (1,5 milioni). Escluse le 8 regioni commissariate o sotto piano di rientro dal disavanzo, tutte le altre sono andate in rosso. Hanno coperto principalmente con proprie risorse di bilancio: l'Emilia Romagna (87,3 milioni), la Toscana (62 milioni), la Liguria (144 milioni), su cui pendeva una contestazione per aver fatto ricorso a una dismissione immobiliare per 76 milioni.

Nel **Dicembre 2013** sono state scelte le 3 Regioni che dovranno fare da *benchmark* nel 2014: una del Nord, una del Centro e una del Sud.

Ma, ad oggi, manca un accordo sullo schema applicativo, a livello di Conferenza Stato-Regioni.

L'analisi dei dati degli ultimi anni dimostra che la **spesa sanitaria pubblica** ha subito, in percentuale sul PIL, un arresto. Va detto che, se il PIL non crescerà, la situazione finanziaria del SSN potrebbe diventare critica.

Al contrario, la **spesa sanitaria privata** del 2011 incide per il 2,5-2,7% del PIL ed è pari al 23% della spesa sanitaria totale, con punte del 27% in Friuli e del 26% in Piemonte e con valori minimi in tutte le

---

[45] op. cit. *Health Data*

[46] Relazione CNEL 2012, op.cit. pag. 94

Regioni del Meridione. Calcolata per famiglia, la spesa sanitaria privata è pari a 955 euro al Sud e a 1.265 euro al Centro Nord, confermando così gli effetti delle differenze di reddito tra le varie Regioni del Paese.

I numeri possono essere imprecisi, ma i valori assoluti di spesa restano elevati, soprattutto in presenza di un PIL in calo e di fenomeni importanti quali l'invecchiamento progressivo della popolazione, l'aumento delle cronicità e delle neoplasie, le disabilità. Secondo la Commissione Barroso (Rapporto 2012) occorre mettere in campo profonde riforme di sistema ma anche trovare "efficaci mix di *partnership* pubblico-privato per far fronte ai costi della cronicità e delle cure di lunga durata, che rappresentano la vera sfida per il vecchio continente". [47]

Per quanto riguarda il presente-futuro e gli effetti dei tagli lineari della *spending review*, la Relazione 2012 della Corte dei Conti alle Camere sulla legge di stabilità, afferma che i tagli che mettono a rischio la tenuta del SSN sono quantificabili in circa 3,1 miliardi di euro entro il 2015, più del doppio di quelli della Grecia, della Spagna e della Gran Bretagna.

In apparenza secondo l'OCSE, i sistemi sanitari europei, che meglio hanno retto all'impatto della crisi sono numerosi: Francia, Germania, Belgio, Svizzera, Olanda, Paesi scandinavi, ossia quelli sostenuti da assicurazioni sociali e da mutualità/assicurazioni private obbligatorie, ma anche da fiscalità generale elevata e a basso tasso di evasione.

In questo contesto, si è (tra l'altro) inserita la dichiarazione 2012 dell'allora Presidente del Consiglio, Prof. Mario Monti: "le proiezioni di crescita economica e quelle di invecchiamento della popolazione mostrano che la sostenibilità futura dei sistemi sanitari - incluso il nostro SSN, di cui andiamo fieri - potrebbe non essere garantita se non si individueranno nuove modalità di finanziamento e di organizzazione dei servizi e delle prestazioni".

Il D.legge 94/2012, in vigore dal 7/07/12, prevede un taglio del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) pari a 3 miliardi nel biennio 2012-2013, di cui uno per il 2012 e due per il 2013. Contestualmente, sono stati tagliati del 5% gli appalti sulle forniture di beni e servizi sanitari ed è stato raddoppiato lo sconto sui farmaci (3,65% invece dello 1,85%), a carico dei farmacisti convenzionati. Analoga tendenza (implicita od esplicita, con un "taglio ulteriore di circa 1,5 miliardi nel 2014) è rintracciabile nel testo del DDL "di stabilità" per il 2014.

Da ciò la convinzione della necessità di potenziare il secondo pilastro assicurativo, secondo alcune linee già previste dai Decreti Turco (2008) e Sacconi (2009). C'è da chiedersi, tuttavia, se queste scelte potrebbero, o meno, annullare le criticità presenti e future, che minano e mineranno il concetto universalistico del 1978. Le reazioni seguite alle dichiarazioni di Monti ed a quelle più recenti del Ministro Lorenzin, testimoniano che larga parte del Paese non concorda con le ipotesi "mutualistiche", ne' con possibili ipotesi di privatizzazione parziale del SSN.

D'altronde, "**dal 2014** la compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria pubblica (che attualmente copre il 5% della spesa stessa) dovrà crescere di altri 2 miliardi per effetto dell'ultima manovra Tremonti": questo è quanto ha sostenuto, alla fine del 2012, l'allora Ministro Balduzzi. [48]

---

[47] *Health Data*, OCSE, op.cit.

[48] AA.VV., Il futuro del SSN. L'opinione di Balduzzi, in Avvenire, 28/11/12, pag.7, AA.VV., Il futuro del SSN. L'opinione delle Regioni e della FIASO, in Avvenire, 13/12/12, pag.13.

Da ciò, emergono alcune ipotesi di copertura: tagliare le esenzioni (ad esempio per gli over 65 con reddito alto); inserire una franchigia o un tetto massimo di spesa, proporzionale al reddito, oltre il quale non si paga nulla; rintracciare gli evasori dei *ticket*, incrociando i dati del SSN con quelli del fisco. Insomma, una ristrutturazione complessiva delle esenzioni e dei LEA. Il Ministero della Salute, inoltre, ha istituito una *task force* sui fondi integrativi sanitari, per capire perché abbiano avuto finora una scarsa applicazione e per decidere se riproporli - in forma diversa - senza dividere in due tronconi il SSN.

A metà dicembre 2012, la Federazione Italiana delle Aziende Ospedaliere (FIASO) ha lanciato un allarme sul futuro del SSN: "per il 95% delle aziende sanitarie, la politica del rigore si tradurrà in una riduzione dei servizi e delle prestazioni rese ai cittadini…e la situazione tenderà ad aggravarsi nel 2013 e nel 2014, con un "buco" per il SSN che supererà - nel 2013- i 15 miliardi e, nel 2014, i 18 miliardi..[49]

Altrettanto netto il giudizio delle Regioni:" I tagli rischiano di mettere a repentaglio l'erogazione di prestazioni fondamentali dei cittadini e la tutela del diritto alla salute". Le Regioni, da allora, hanno continuamente sostenuto la necessità di arrivare a un nuovo Patto per la salute, per gli anni 2013-2015: "…senza la soluzione delle questioni relative alle risorse finanziarie necessarie per l'erogazione dei LEA non solo non sarebbe possibile sottoscrivere il patto ma si aprirebbe una situazione di grave e insostenibile incertezza".[50]

Fin qui (Aprile 2014) non è successo nulla, se non il varo ministeriale (e non condiviso dalle Regioni) di "nuovi LEA" (in aggiunta ai 6000 precedenti), con inserimento di un centinaio di malattie rare, peraltro senza una adeguata copertura di spesa. Ancora in alto mare, invece, il problema dei "costi standard", per il quale ci si è finora limitati ad individuare tre Regioni come "benchmark".

Al proposito, va rimarcata la posizione della Confedir e dei due principali sindacati della dirigenza medica (ANAAO e CIMO) che hanno ribadito - anche nel corso di una recente manifestazione pubblica unitaria di tutte le OOSS della dirigenza sanitaria - "l'ipocrisia dell'invarianza dei servizi sanitari a fronte di un salasso pluriennale del finanziamento del SSN, valutabile fino al 2015 in circa 35 miliardi".

Si tratta degli effetti congiunti di 8 provvedimenti legislativi assunti dal 2009 al 2013, qui riportati "pro-memoria": Patto salute 2010-2012; legge 191/2009; vacanza contrattuale; legge 122/2010, Art.9-riduzione livello SSN- e Art.11-farmaceutica; legge 11/2011 - reintroduzione dei *ticket* e misure di contenimento della spesa SSN; DL 95/2012 (*spending review*); legge di stabilità Dicembre 2013 (tagli conseguenti).; Decreto mille proroghe. L'entità complessiva di detti tagli, tra il 2012 ed il 2015, è stata quantificata dalle Regioni in 34.928 milioni di euro, ossia 34,9 miliardi.[51]

La **Tabella I** sottostante, elaborata sulla base dei dati ottenuti dalla Conferenza delle Regioni, chiarisce in modo analitico quanto affermato. I valori evidenziati si riferiscono ai tagli della spesa sanitaria (annuali e cumulativi), espressi in milioni di euro.

---

[49] art. cit, nota precedente

[50] ibidem

[51] AA.VV., www.regioni.it/home_art.php?id=133, TODARO Sara, *Un'iniezione di austerità in corsia*, Il Sole-24 Ore, 15/10/12, pag.7, art. cit. nota 50

NORME	2012	2013	2014	2015	2012/2015
P. Salute Legge 91/09	466	466	466	466	1.864
L. 122/10 Art. 9	1.132	1.132	1.132	1.132	4.528
L. 122/10 Atr. 11	600	600	600	600	2.400
L. 111/11 Tickets	834	834	834	834	3.336
L. 111/11 Cont. spesa	-	2.500	5.450	5.450	13.400
D.L. 95/12 Spend. Rev.	900	1.800	2.000	2.100	6.800
L. Stabilità 2013	-	600	1.000	1.000	2.600
Totale TAGLI	3.932	7.932	11.482	11.582	34.928

TABELLA 1. Elaborazione del CNEL, su dati della Conferenza delle Regioni.

Quattro governi diversi e successivi (Berlusconi, Monti, Letta, Renzi) 4 strategie che paiono collimare e perfezionano il cammino già avviato dal Governo Prodi con i commissariamenti delle Regioni in *default*: bloccare, anzi, ridurre la spesa sanitaria, non solo quella "ingiustificata", con il rischio di porre un grave *vulnus* all'universalismo delle cure, che, tuttavia, già oggi tanto universale non appare, date le evidenti diseguaglianze sanitarie inter-regionali.

Il rapporto 2012 del Ministero della Salute sul rispetto dei LEA conferma, infatti, che essi sono garantiti solo in otto Regioni, sette del Centro-Nord (Emilia .Romagna, Umbria, Toscana, Marche, Veneto, Piemonte, Lombardia) più la Basilicata, mentre sono parzialmente disattesi in Abruzzo e Liguria. Critica è la situazione delle Regioni con piani di rientro: gravemente inadempienti sono il Molise, il Lazio, la Sicilia, la Calabria, la Campania e la Puglia.[52]

I 35 miliardi di tagli complessivi non potranno non incidere sull'assistenza sanitaria pubblica. Una "*debacle"* finanziaria" [53] che avrà come conseguenza un "sempre meno a tutti", se non si punterà a una revisione totale del SSN.

Gli stessi blocchi contrattuali del SSN fino al 2015 meritano la massima attenzione per l'effetto moltiplicatore della filiera sanitaria sull'economia nazionale. La terza industria d'Italia - quella della salute -

[52] MAZZOTTI Filippo, op.cit.

[53] AA.VV., *Il rapporto sui LEA 2012 del Ministero della Salute*, http:// www.salute.gov.it/

andrebbe sostenuta e incoraggiata. Non è più tempo di rendite di posizione o di spreco di denaro ma non investire sulla salute significa deprimere il reddito, non creare sviluppo e occupazione.

Comunque la si pensi, l'attuale trend del finanziamento del SSN mette a rischio l'universalità delle cure, se non si effettuerà a breve una ristrutturazione del SSN, alla luce delle necessità emergenti e conclamate.

In due anni, i pazienti hanno visto crescere i *ticket* sulle prestazioni (+11%) e quelli sui farmaci (+13%). Nel prossimo futuro, il sistema di compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria potrebbe essere oggetto di una riforma per renderlo "più equo, omogeneo, trasparente" [54] anche in vista dei due ulteriori miliardi da recuperare, attraverso questa modalità, a partire dal Gennaio 2014, come effetto della manovra estiva 2011 e della Legge di stabilità 2013.

Al proposito, l'Associazione Italiana per l'Ospedalità Privata (AIOP) nel Decimo Rapporto su "Ospedali e salute" del dicembre 2012 propone un'alleanza tra pubblico e privato, al fine di attuare un progetto di salvataggio finanziario: percorso di cura universale, solidaristico e pluralistico; maggiore trasparenza sui processi e sui costi; nuovo tariffario delle prestazioni basato sui costi effettivi; organo di vigilanza *super partes*; integrazione pubblico-privato. Il tutto, per avere una misurabile efficacia dei risultati e una maggiore omogeneità di prestazioni nei vari territori .[55]

2.2 Dalle cifre alla qualità delle prestazioni

La percezione della qualità del nostro sistema sanitario è, in linea generale, positiva, con valenze diverse a seconda della collocazione territoriale.

All'interno di un'ampia disponibilità di dati, sia di prodotto che di impatto, la sanità italiana - pur se molto segmentata e differenziata a livello territoriale in termini di qualità/efficienza - mostra nell'insieme una condizione di buona efficacia della spesa e degli interventi a essa associati [56]

Con riferimento ai risultati di prodotto, l'offerta sanitaria pubblica si mostra in linea con le tendenze medie europee e internazionali, in alcuni casi con evidenze particolarmente apprezzabili. Nel dettaglio, l'assistenza sanitaria pubblica, legata a specifici interventi (ortopedici, nefrologico-dialitici, oculistici, cardiocircolatori) non evidenzia criticità particolari nel nostro Paese.[57]

La qualità dei servizi offerti è buona: sia per i "ricoveri evitabili" (con dati migliori delle medie OCSE, *Health at a glance, 2011*), sia per le vaccinazioni, pari a 94,4 su 100 abitanti), sia per le alte tecnologie, sia,infine, per le attività di prevenzione, in netto miglioramento.[58]

Meno in linea con gli altri paesi OCSE, sono i dati riguardanti l'offerta ospedaliera, misurata in numero di letti disponibili (inferiore alla media OCSE e molto al di sotto della Germania, e quelli relativi alla durata media delle degenze, nettamente inferiore a quella tedesca[59]. Al riguardo, dal 2000 in poi è stata attuata, in

---

[54] srt. Cit.

[55] AA.VV., *Ospedali e salute*, Bollettino AIOP, dicembre 2012.

[56] Relazione CNEL 2012, op. cit. pag. 95

[57] ibidem

[58] ibidem, pag. 155

[59] ibidem, pag. 96

Italia, una scelta politica volta a ridurre le risorse ospedaliere (anche sui posti letto), a favorire il *turnover* ospedaliero e a sviluppare la medicina territoriale.

Nel 2008, in Italia l'occupazione dei posti letto era pari al 78% (in crescita del 4% rispetto al 2000), contro una media OCSE del 75% e contro valori superiori all'80% in solo 8 Paesi: Austria, Regno Unito, Svizzera, Irlanda, Canada, Norvegia e Israele.[60]

Nel 2011, il SSN ha erogato oltre 69 milioni di giornate di degenza, di cui 51 milioni nelle strutture pubbliche (74% del totale) e 18 milioni nelle strutture private (convenzionate e non, circa 500). In altri termini, il SSN effettua circa 850.000 ricoveri/anno nelle strutture pubbliche e circa 300.000 ricoveri/anno in quelle accreditate (Fonte AIOP, Dic.2012).

Sui ricoveri, il giudizio complessivo degli utenti è ottimo: il 92% dei 4.000 intervistati è soddisfatto delle cliniche accreditate, così come l'88% lo è degli ospedali pubblici.

Prendendo in considerazione due grandi indicatori di impatto (aspettativa di vita alla nascita o ai 64 anni e mortalità infantile) la posizione italiana è tra le migliori al mondo.

Buona è la speranza di vita alla nascita: nel 2011, con una speranza media di vita pari a 82,7 anni (79,4 per i maschi e 84,5 per le femmine), l'Italia è terza in un gruppo di 34 Paesi (tra i quali Giappone e Spagna), a ridosso della Svizzera, che presenta una media di 82,8 anni.

La tabella II riassume i dati 2000-2011 sull'aspettativa di vita alla nascita

ANNO	2000	2005	2010	2011
Media 34 PAESI	77,1	78,4	79,8	80,0
Range	70,7-81,2	72,7-82,0	74,3-82,9	74,6-82,8
ITALIA	79,9	80,8	82,4	82,7
Posizione tra i 34 PAESI	3ª	4ª	3ª	3ª

Minor sopravvivenza: Estonia, nel 2000; Turchia, nel 2011.
Maggior sopravvivenza: Giappone, anni 2000-2010; Svizzera, 2011.

TABELLA II. Fonte OECD Health Data 2013 - Rielaborazione V Commissione CNEL

L'OCSE ne sottolinea tuttavia una particolarità: se si considera la correlazione tra aspettativa di vita alla nascita e la spesa sanitaria pubblica pro capite, l'Italia era, nel 2009, terza, dopo Giappone e Israele, che presentavano una media di circa 3.005 dollari/capite ed una crescita del 14.9% in 10 anni .[61]In Italia, secondo

[60] ibidem, pag. 97

[61] Relazione CNEL 2013,pag.211 e seguenti

una elaborazione del CENSIS su dati 2009, la spesa sanitaria nazionale pro capite era, nel 2009, di **1.839 euro/abitante**, con oscillazioni regionali da un massimo di 2.283 euro (Val d'Aosta) a un minimo di 1.705-1.706 (Lombardia e Veneto).[62]

Tuttavia i dati OCSE 2012 hanno segnalato che, **nel 2010** – e per la prima volta in Italia la spesa sanitaria pro-capite si è ridotta a **circa 2.964 dollari/capite**, "effetto acclarato a livello ufficiale del contenimento della spesa del SSN, legato ai Piani di rientro".

Anche la fonte OECD Health Data 2013 (Tabella III) conferma il fenomeno per gli anni 2010-2011, pur se con cifre assolute diverse.

SPESA SANITARIA TOTALE PRO CAPITE (in dollari)

ANNO	2000	2005	2009	2010	2011	% 2011 vs. 2010
Media 34 PAESI	1.887	2.573	3.253	3.285	3.386	+ 79,4
Range	433-4.791	621-6.735	906-8.006	906-8.247	906-8.508	
Media ITALIA	2.064	2.473	3.030	3.019	3.012	+ 45,9
Minor costo 2011 = Turchia Maggior costo 2011 = USA						

TABELLA III. Fonte OECD Health Data 2013, Rielaborazione CNEL.
I numeri identificano la spesa sanitaria totale (Pubblica + Privata) pro-capite.
Le cifre sono espresse in dollari, a parità di potere di acquisto.

A loro volta, i dati del Ministero dell'Economia del novembre 2012, mostrano che, **nell'anno 2011**, la spesa sanitaria pubblica/capite è stata di **1.884 euro**, suddivisibile in: 1.945 al Nord, 1.931 al Centro e 1.770 al Sud. Ancora una volta, si registrano grossi scostamenti regionali, da un massimo di 2.244 euro (Valle d'Aosta e Trentino A.A.) a un minimo di 1.728 euro (Campania). Ben dieci Regioni (Sicilia, Calabria, Basilicata, Puglia, Campania, Molise, Abruzzo, Marche, Umbria e Veneto) hanno valori di spesa pubblica pro-capite inferiori alla media italiana.

Quanto ciò possa incidere significativamente sulle future aspettative di vita, si potrà sapere (forse) solo tra un quinquennio.

Comunque sia, la riduzione della spesa pubblica pro-capite è associata a un importante incidenza della spesa *out of pocket*, legata soprattutto ai costi *della long term care è pari al* 18% del totale, secondo l'*Health Data* 2012, su dati relativi all'anno 2011 e al 20% del totale, secondo il Censis, su dati Istat 2009.[63]

In altri termini, nel 2011 la suddetta spesa era circa il 2,5-2,7% del PIL (PIL 2011=1.579 miliardi).

Infatti i dati Istat indicano, in valori assoluti, che la spesa privata è stata pari a oltre 30,6 miliardi di euro nel 2010 e 31,1 miliardi nel 2011, con un aumento - nel decennio 2000-2010 - del 25,5% e - nel quadriennio

[62] ibidem pag. 133

[63] Ocse, op.citt.

2007-2010 - dell' 8,1%, a fronte di un aumento complessivo della spesa per consumi degli italiani ben più contenuta (+ 2,6%). Al Sud, le prestazioni sanitarie private 2011 sono costate 955 euro/capite; al Centro-Nord la cifra è stata più elevata: circa 1265 euro/capite.

Un indicatore di impatto per il quale la posizione italiana risulta ottimale riguarda la mortalità per malattie cardiocircolatorie, ben al di sotto della media OCSE.

Un discorso specifico meriterebbero gli indicatori relativi allo stato complessivo di salute dei cittadini, in relazione agli stili di vita, ai modelli alimentari, ai disturbi della nutrizione/metabolismo. Tutto ciò dovrebbe essere contrastato non tanto con cure mediche, ma soprattutto con un'estesa azione di prevenzione e di educazione.

Per quanto riguarda **i bisogni insoddisfatti,** va detto che il livello relativo ai suddetti bisogni è più elevato nelle classi a basso reddito, segnalando quindi un problema non marginale di diseguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari.[64]

Una criticità riguarda, invece, l'organizzazione del personale del SSN: a fronte di un numero di medici/abitante superiore alla media OCSE, la quantità del personale sanitario non medico (*paramedics*) risulta contenuta, con un rapporto *nurses/physicians* tra i più bassi in ambito OCSE.

Opinione comune è che il *welfare* sanitario sia eccessivamente costoso (42% delle opinioni, secondo il Censis 2011), soprattutto al Centro-Nord, ove la percentuale di spesa familiare supera del 3-4% i valori italiani medi.

La Relazione CNEL 2013 riporta ulteriori analisi sulle performances del SSN (pag.218-225). Se i dati OCSE collocano l'Italia tra i Paesi più virtuosi nel rapporto tra costi e livelli di sopravvivenza, è peraltro vero che da una recente indagine dell'Università di Gothenburg sulla qualità dei governi locali (QoG) emerge che l'Italia si colloca: a) in decima posizione per la qualità della sanità pubblica; b) in tredicesima posizione per l'equità di trattamento; c) in decima posizione per la corruzione in sanità, istruzione e servizi pubblici.

Secondo la ricerca citata, tra le 172 regioni europee, quelle italiane presentano, tra loro, un enorme divario tra Nord, Centro e Sud. Ad esempio, per la qualità sanitaria, Bolzano si colloca al 9°posto/172 e la Calabria al 170°/172; analoghe considerazioni si possono fare per l'equità (rispettivamente, 50a e 170a posizione) e per la corruzione (13a e 154a posizione).

Questi dati si integrano con quelli del Censis che analizzeremo in modo dettagliato.

Gli indicatori *di performance*, elaborati dal Censis sulla base di dati dell'Istat e del Ministero della salute (anni 2009-2012), continuano a denunciare situazioni di forte disomogeneità.[65]

Le undici Regioni del Centro-Nord soddisfano di più i cittadini (da + 3% a + 53%) rispetto ai valori medi per quanto riguarda la qualità resa, la copertura della disabilità cronica e la prevenzione**.** Ma il 100% di loro ritiene che il sistema vada modernizzato (Censis, su dati Istat): si tratta di opinioni consolidate, ma che non hanno mai portato a un adeguamento del SSN, nato nel 1978, rimaneggiato nel 1992 e lievemente assestato nel 1999.

---

[64] Relazione CNEL 2012, op. cit. pagg. 99, 136

[65] ibidem pagg. 131, 145 e Relazione CNEL 2013,pag.218-225

Sono noti i dati relativi alla mobilità sanitaria interregionale passiva**:** a fronte di una media nazionale nel 2011 del **7.6%,** si riscontrano valori nettamente superiori in Basilicata (22,2%), in Molise (20,7%), in Calabria (17.2%) e in Abruzzo (16,5%). Si tratta di un fenomeno stabilizzato, se si paragonano tra loro i dati degli ultimi 3 anni.

La maggior parte della mobilità sanitaria dei cittadini per attività di ricovero avviene in strutture vicine, ma di altra regione. Seguono i ricoveri fuori della provincia di residenza (2,3 milioni pari al 18,5%), mentre la mobilità extraregionale è pari al 7% di tutti i ricoveri, cioè circa 900.000 su un totale di 12,5 milioni. Un fenomeno, quello della mobilità sanitaria, che mette in gioco 3,7 miliardi di euro. Sono dati ricavati dal rapporto Agenas 2012.[66]

Dal rapporto emerge anche che chi abita al Sud, per ricoverarsi, si sposta il doppio di chi vive al Nord e il 70% in più dei residenti del Centro e del Nord-Ovest.

Ci si sposta per tutto: ricoveri ospedalieri (80% dell'attività totale), *day hospital*, specialistica ambulatoriale (12%), somministrazione diretta di farmaci (4%).

Oltre la metà dei crediti della mobilità dei ricoveri sono attribuibili a Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Lazio e Toscana, mentre il 59% dei debiti dei ricoveri è a carico di Lazio, Campania, Puglia, Sicilia, Calabria e Piemonte.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per l'assistenza medica e infermieristica, il vitto e i servizi igienici ospedalieri, che sono nettamente superiori alla media solo nelle 9 Regioni del Centro-Nord. In dettaglio, (dati 2010-2012):

- per l'assistenza medica risulta soddisfatto l'88,7% delle persone (con punte di 92,3 nel Nord-ovest e 91,1 nel Nord-est;
- per l'assistenza infermieristica si mostra soddisfatto l'85,4% delle persone (con valori superiori a Nord-ovest e Nord-est rispettivamente con il 90,3 e il 92,4%);
- per il vitto è soddisfatto il 67,8% delle persone (con valori superiori a Nord ovest ed est: 73,3-75,0%);
- per i servizi igienici è soddisfatto il 78% delle persone (con valori superiori a Nord ovest e Nord est :l l'84% e il 90%).

Anche nel 2011-2012[67] i principali aspetti negativi sono costituiti dalle liste di attesa (68,5% in media con oltre il 70% al Sud); dalla lunghezza delle code (26,4% in media; il 20,2% al Sud); la mancanza di coordinamento tra le strutture (15,8% in media); l'eccessiva rapidità della dismissione ospedaliera (13,8% in media; 9,3% al Sud); l'inadeguata professionalità degli operatori (10,1%, con valori inferiori al Centro-Nord); l'assenza di informazioni (9,3% in media ma 12,8% al Nord-Ovest).[68]

Secondo la stessa indagine, il 58,4% degli italiani ritiene adeguati i servizi sanitari della propria Regione (il Nord-ovest, 74,7%; il Nord-Est, 82,2%; il Centro, 46,5%; il Sud, 37,8%), che sarebbero comunque peggiorati per il 31,7% degli intervistati (rispetto a 2 anni prima) mentre sarebbero migliorati solo per il 13% degli intervistati.

---

[66] AA.VV., *Il primo rapporto di attività dei nuclei per l'analisi e la valutazione della spesa pubblica*, http://www.rgs.mef.gov.il/VERSIONE-I/Servizio-s/Studi-per-1/Rapporto-s/2012/index.html

[67] Relazione CNEL 2013,pag.224 e seguenti (elaborazione Censis sui dati 2012 ISTAT e Ministero Salute)

[68] Relazione CNEL 2012, op. cit.

I valori del peggioramento sono più alti al Centro-Sud-Isole (34,2-38,5%). [69]

Le Tabelle CNEL 2012[70] confermano che, nelle Regioni sottoposte al piano di rientro, la percentuale di cittadini soddisfatti della qualità sanitaria è inferiore del 30% (dal 72,3% al 42,2%) rispetto a quella dei cittadini residenti in Regioni virtuose.

Ulteriori elementi di conferma sono costituiti dai dati, riferiti alle Regioni "in rosso", relativi ad altri due aspetti: la percentuale degli incidenti sanitari; i tempi di attesa per i ricoveri programmati e per le indagini diagnostiche. Si tratta di fattori che, ovviamente, penalizzano soprattutto i soggetti a basso reddito, pensionati e operai.

La ridotta risposta sanitaria, i *ticket* e la necessità di dover sopperire con spesa personale alla bassa offerta sanitaria probabilmente condizionano le percentuali più elevate (rispetto alla media del 18%) di esenzione per reddito, in sette Regioni del Centro-Sud.

Analoghe considerazioni possono essere fatte per l'assistenza domiciliare integrata (ADI) e per l'adeguatezza dei posti-letto ospedalieri dedicati alla riabilitazione; a fronte di una media nazionale del 66.6%, nel Centro-Nord i valori oscillano dall' 86.7 al 98.0% (Ministero Salute, 2007).

Ben noti sono i dati relativi: alla percentuale di parti cesarei con una media nazionale del 38.2% (a fronte della media campana del 61.5%) e alla non appropriatezza dei ricoveri ospedalieri, che al Centro-Sud oscilla dal +10 al +52% rispetto alla media.

L'indagine Censis-Assobiomedica del maggio 2012 ha rilevato che, nel 2011, ben **13 milioni di italiani** hanno effettuato **indagini radiologiche**: 74% nelle strutture pubbliche (ma, al Sud=67%), 13% in strutture convenzionate e 13 % in strutture private (ma, al Sud=19,5%).

Il ricorso alle strutture private avviene soprattutto per ecografie e Risonanza Magnetica (20% dei casi relativi) ed in misura inferiore (8-10%) per mammografie e radiologia tradizionale.

Molto chiari sono i motivi del ricorso al privato: la lunghezza delle liste di attesa (nel 67% casi) e la volontà di scelta (33%).

Secondo loro, sarebbero **6 le principali criticità del SSN**: l'inadeguata medicina territoriale (per il 70%); la poca attenzione ai costi (per il 36%); la scarsità di risorse finanziarie (36%); l'eccesso di strutture ospedaliere (34%); le interferenze politiche nella gestione (24%), la mancanza di etica (22%).[71]

Ben noti, invece, i principali **fattori di rischio** per la salute italica: fumo (23% della popolazione); alcool (16.1%); obesità (10.3%) e sedentarietà (40.6%). E' peraltro convinzione abbastanza diffusa che il problema "sovrappeso-obesità-diabete" sia sottovalutato. Infatti, un recente studio condotto nella Provincia di Verona, ha dimostrato che - nella fascia da 10 a 14 anni – la percentuale dei soggetti sovrappeso supera il 20% e quella degli obesi supera l'8%. Nel contempo, circa il 5% delle ragazze di pari età risulta marcatamente sottopeso, come conseguenza dei falsi modelli prodotti dai *mass media.* [72]

---

[69] ibidem, pagg. 140, 141

[70] Ibidem, da pag. 129 a pag. 152

[71] Relazione CNEL 2011, op.cit., pag. 270

[72] Elaborazione dati Schiavon-Biasioli, AA.VV., *Proposte per un nuovo Servizio Sanitario Nazionale*, 2° Cimo Service, 2011, pp.7-63.

Pur essendo assodato che i fattori di rischio cardiovascolare sono ignoti per il 40% del totale, si è quantificata la "mortalità evitabile" nei seguenti casi: tumori (46% del totale), sistema cardiocircolatorio (33.2%) e traumatismi (11.7%)[73]. Si tratta certamente di dati discutibili, in valori assoluti e percentuali, tuttavia, essi sono correlati alla attività di *screening*, *purtroppo poco diffusa* al Centro-Sud. Ad esempio, nel caso dello *screening* per il Ca colon-retto, la media nazionale del 28.2% viene superata da sole 7 Regioni, 6 del Centro-Nord e Molise. Analoghe considerazioni possono essere fatte per lo screening mammografico.[74]

La Relazione annuale 2012 del CNEL[75] evidenzia, come già accennato, i problemi indotti dalla revisione dei costi sanitari in tema di *performance* e di impatto sociale. In dettaglio: il rallentamento della spesa pubblica e la crescita di quella privata; l'aumento delle criticità assistenziali nelle Regioni sottoposte a piani di rientro sanitario; la lunghezza delle liste di attesa, spesso create da richieste improprie; lo sviluppo di una sanità parallela *low cost* e talora "in nero". **Il ricorso alle strutture accreditate**, tuttavia, è cresciuto dal 5,6% del totale (anno 2005) al **18% del totale** (anno 2011).[76]

Oltre 9 milioni di italiani hanno dichiarato di non aver potuto accedere a prestazioni sanitarie, nell'anno 2011, per diversi motivi: importo del *ticket*, tempi di attesa, distanza dell'ambulatorio dall'abitazione, soprattutto in caso del Centro unico di prenotazione provinciale.

Per quanto riguarda la sanità *low-cost*, stime di Assolowcost indicano in circa 10 miliardi di euro il suo valore, con una crescita annuale molto elevata e con risparmi (per i cittadini) valutabili dal 30 al 60% rispetto ai prezzi ufficiali. I settori più coinvolti sono quello odontoiatrico, quello diagnostico e quello specialistico (cardiologico, urologico, ginecologico, ortopedico e riabilitativo).

2.3 Il problema dell'equità. L'impatto della crisi sulla sanità.

Da una indagine CENSIS-Previmedical 2012-2013, risulta evidente che gli italiani ritengono che le manovre finanziarie 2008-2013 abbiano: accentuato le iniquità sanitarie tra regioni e centri sociali (73,4% delle opinioni); abbiano ridotto il grado di copertura del SSN (14% delle opinioni); abbiano portato a *ticket* eccessivi (38,6% delle opinioni); abbiano portato a preferire la sanità privata (38% dei casi).

Nel 2011, in 30 Paesi occidentali, la spesa per la salute "out of pocket" valeva circa il 18% del totale della spesa stessa (con un *range* dal 7,3 al 35,2%); nello stesso anno, in Italia, la spesa privata valeva circa il 18% della spesa sanitaria totale; ciò collocava l'Italia al 18° posto, sui 30 Paesi occidentali stessi.

I dati riferiti sono chiari indicatori che, oggi, il SSN presenta seri problemi di equità nel rapporto tra cittadini e servizi sanitari pubblici realmente garantiti. Da un lato, l'impatto dei piani di rientro nelle Regioni con disavanzo; dall'altro la constatazione che, negli anni dal 2006 al 2011, la spesa media mensile per la salute (*out of pocket*) di imprenditori e dirigenti è cresciuta (da 94 a 102 euro), mentre quella degli operai è scesa (da 80 a 78 euro).[77]

Nel complesso, per le categorie economicamente più deboli, la percentuale del rapporto tra spesa sanitaria e spesa per beni non alimentari si è ridotta, in 5 anni, dal 4,9 al 4,7%.

---

[73] Ibidem, pag.274

[74] Ibidem, pag.279

[75] Relazione CNEL 2012, op. cit.

[76] ibidem, pag. 120

[77] Relazione CNEL 2012, op. cit.., pag. 146.

Rimane bassa, in Italia, l'incidenza della copertura da parte di **mutue integrative del SSN** (fondi aziendali, polizze sanitarie individuali): 22,8% del totale della spesa sanitaria privata (+2,3% in 5 anni), contro il 43,3% della Germania.

Attualmente esisterebbero 300 fondi integrativi ufficiali (censiti dal Ministero Salute), con 6 milioni di iscritti.

Dalla ricerca Censis-Previmedical risulta che, laddove presente, la sanità integrativa (fondi aziendali–FA e contrattuali-FC) non risponde alle criticità maggiori del sistema pubblico (*long term care*, fisioterapia, odontoiatria), ma copre soprattutto prestazioni teoricamente rientranti nei LEA (49% delle richieste per i FA e 61,6% per i FC) e, in quota minore, prestazioni complementari (21,4% per i FA e 12,2% per i FC) a quelle del SSN (diaria per ricoveri, rimborso tickets, occhiali..). Anche da questo punto di vista, quindi esistono importanti sperequazioni, all'interno di un sottosistema di assistiti, comunque "privilegiati" , perché coperti anche da fondi sanitari integrativi.

Dall'indagine citata risultavano, inoltre, questi ulteriori elementi: 1) circa 9 milioni di cittadini hanno rinunciato nel 2011 ad almeno una prestazione sanitaria, per motivi economici; 2) la maggior parte di questi 9 milioni era costituita da over 45, residenti al Centro-Sud; 3) il 58,1% degli intervistati ritiene che le restrizioni economiche in sanità (farmaci generici e dispositivi *low-cost*) possano determinare rischi per la salute[78]

Secondo il Ministero della salute , **l'ADI** nel 2010 è stata superiore a quella del 2007 (502.475 casi trattati contro i precedenti 385.278: + 30,4%) ed è stata effettuata su 41 anziani ogni 1000 residenti anziani, con 20 ore di assistenza/caso (13 a opera di infermieri professionali); 3 a opera di riabilitatori e 4 a opera di altre figure). In tre anni, quindi, sono stati assistiti 4 anziani in più, ogni 1000 (41 versus 37 per mille).

Le punte maggiori di ADI sono state riscontrate in Friuli (116/mille), Umbria (76,7/mille),Veneto (55,5/mille), Basilicata (50,3/mille) e quelle più basse a Bolzano (4,2), in Sicilia (15,1)ed in Puglia (18).

Il record delle ore di assistenza/caso spetta al Molise (75 ore) mentre la maglia nera tocca al Friuli (7 ore).

La continuità assistenziale, precedentemente chiamata guardia medica, nel 2010 è stata svolta da 12.104 medici (21 per ogni 100.000 abitanti), per un totale di 19,7 milioni di ore, con 17.229 visite su 100.000 abitanti[79] Tuttavia, la distribuzione di questi medici è largamente diversa da Regione a Regione, essendo nettamente superiore alla media in Sicilia (37/100.000), in Calabria (50), in Sardegna (67) e in Basilicata (73) contro valori medi al Nord pari a 10,8/100.00.

In media, ogni singolo medico impegnato nella continuità assistenziale avrebbe visitato 820 pazienti all'anno, pari a 68 pazienti al mese.

Questa enorme diversità tra le diverse aree del Paese appare legata a molteplici fattori: lo sviluppo o meno del modello assistenziale socio-sanitario; la tipologia dell'assistenza territoriale medica ; la carenza di regole/obblighi nazionali; i finanziamenti specifici regionali; l'adesione "volontaria" a un modello assistenziale integrato.

---

[78] Ibidem, pagg. 148, 149

[79] Relazione CNEL 2013,op. Citata, pag.234-236

Quanto ai **fattori di rischio**, secondo l'ISTAT[80] dal 2009 al 2012 si è ridotto il consumo di alcol (dal 16,1% delle persone al 13,8%); si è lievemente ridotto il numero dei fumatori (dal 23 al 21,9%) e dei sedentari (dal 40,6% al 39,2); è altresì scesa la percentuale degli obesi (10%;-5,8%).

La mortalità infantile nel 2009 è stata pari al 3,6 per mille nati vivi; quella neonatale è stata 2,6 per mille nati vivi: i dati sono in lieve peggioramento (+0,2 per mille nati) rispetto al 2006 [81].

Secondo A.Bugio, nel 2010 i dati relativi a cattivi *outcome* sarebbero così riassumibili:

a) ospedalizzazione inappropriata pari a 956.000 casi (9,65% del totale dei ricoveri, in tutto 9.900.000 circa)

b) ospedalizzazione evitabile con azioni preventive 826.000 casi;

c) mortalità (dati 2009) da cure sanitarie 41.270 casi

Pare, tuttavia, trattarsi di dati relativi e discutibili perché riferiti a un numero di ricoveri ospedalieri - 9.966.735 nel 2009 - piuttosto aleatorio dato che la possibilità di evitare ospedalizzazioni inutili e "morti da cure sanitarie" è legata sia alla reale possibilità di una medicina territoriale adeguata che alla quantificazione del rischio clinico individuale, soprattutto nei pazienti con pluripatologia (Biasioli,2013).

Per quanto riguarda i **costi standard,** il loro percorso è appena iniziato, nonostante la criticità del tema. Lo stesso dicasi per il "Programma Nazionale Esiti", frutto del lavoro congiunto di Agenas e Ministero della Salute, che ha portato ad implementare un data-base con 42 indicatori di prestazioni "soglia" e 15 indici di ospedalizzazione.

2.4 Dubbi, quesiti, proposte

Questi sono i dati: restano da individuare i possibili correttivi in un contesto di piena crisi economica, di cd. federalismo incompleto, di cronici disavanzi sanitari e di cronico ritardo nei pagamenti ai fornitori del SSN.

Si è già detto (punto 2.0) della necessità di rivedere il SSN, alla luce delle criticità economiche e delle nuove aspettative di vita. Le **soluzioni prospettate** potrebbero essere molteplici. Molte di queste sono emerse dalle audizioni del CNEL , altre sono tratte dalle voci bibliografiche citate. In sintesi:

a) introduzione di una *spending review* del SSN, con serie ipotesi di tagli <u>verticali</u> (non lineari) per non penalizzare le strutture efficienti;

b) introduzione di una profonda revisione del finanziamento del SSN con definizione dei LEA, tali da garantire ovunque sul territorio nazionale, e degli extra-LEA (ossia dei LEA supplementari, regionali) da imputarsi invece a spese regionali;

c) elaborazione di una profonda revisione dell'organizzazione del SSN, con ridefinizione degli ambiti delle ASL/AULSS , dei rapporti territorio/ospedali, delle modalità di erogazione delle prestazioni ambulatoriali;

d) definizione della necessità e del ruolo di un "secondo pilastro sanitario" basato sulla volontarietà e sulle scelte delle categorie;

---

[80] Ibidem, pag. 238

[81] Ibidem, pag. 156

e) attuazione di un controllo esteso delle esenzioni dai *ticket* con ridefinizione delle esenzioni assolute per gruppi di patologie croniche, da tutelare e garantire sempre, come a esempio: trapianti, uremia, neoplasie, cardiopatie avanzate, diabete complicato, disabilità gravi, malattie rare richiedenti l'uso di farmaci costosi;

f) diffusione di un largo e continuo impiego dell'ICT (*Information and Communication Technology*): una spesa di 3,5 miliardi/3 anni potrebbe indurre un risparmio netto di 10 miliardi/anno a partire da fine 2015.

Questi appaiono elementi essenziali – forse non gli unici - per un approccio serio al "problema salute negli anni 2020-2030; c'è da chiedersi se, già da oggi, ci si voglia far carico dell'urgenza di discutere seriamente sul futuro del SSN.

Alla luce dei dati raccolti, sono stati identificati alcuni **temi prioritari**, dalla cui soluzione dipenderà la salvaguardia del nuovo SSN, che dovrà continuare a essere universale, ma dovrà anche essere più equo di quello attuale.

1) Scegliere tra la "manutenzione" dell'attuale SSN e la sua riforma totale:

Da una prima analisi della situazione, non appare sufficiente una mera "manutenzione" del SSN, in presenza di sprechi evidenti (logistico-organizzativi-amministrativi) e di un prevedibile, decrescente rapporto qualità/costo. La legge Balduzzi (25/10/12) costituisce un esempio della dicotomia tra buoni propositi e cattiva prassi. Ad esempio, la legge ipotizza un'assistenza sanitaria territoriale H24 per 365 giorni all'anno, ad invarianza di spesa ed in presenza di blocchi contrattuali sanitari estesi fino al 2015, ossia in assenza di specifici vincoli normativi contrattuali (Biasioli,2013).

2) Riassegnare allo Stato le competenze primarie sui LEA

L'attuale federalismo incompleto, l'aumento del numero delle famiglie povere e il progressivo aumento della spesa *out of pocket* potrebbero essere parzialmente o totalmente compensati riassegnando allo Stato le competenze primarie sui LEA, da garantire su base nazionale, attraverso. ad esempio, un fondo nazionale vincolato alla copertura delle patologie croniche invalidanti, con loro esenzione totale da *ticket*.

3) L'abolizione di alcune Province potrebbe essere l'occasione per la riduzione del numero delle ASL/AULSS, su base nazionale, tagliandone drasticamente il rapporto con la popolazione servita.

Con l'ipotesi di passare da circa 300 a circa 150 ASL - con un rapporto da 1/200.000 abitanti a 1/400.000 abitanti- si otterrebbe un risparmio certo di 120 milioni di euro, per effetto della riduzione del numero dei dirigenti aziendali apicali (- 600 unità con una spesa pro capite di circa da 200.000 euro/ tra direttori generali, direttori amministrativi, direttori sanitari, direttori del sociale).

Non solo, ma la riduzione delle ASL consentirebbe: una centralizzazione degli acquisti sanitari (su base almeno provinciale); un maggior controllo pubblico sulle principali spese correnti; un maggior coordinamento sull'acquisto/utilizzo delle apparecchiature più sofisticate.

4) Reale revisione dei LEA, delle esenzioni e dei *ticket,* su base nazionale .

5) Diversa programmazione/attuazione dei piani di prevenzione.

Gli interventi attuati negli ultimi quaranta anni hanno avuto effetti concreti solo sul contenimento delle malattie infettive (HIV, epatiti B e C, malattie trasmissibili sessualmente), ma pochissimi risultati sulle patologie conseguenti a patologici stili di vita: alimentazione, droghe, alcool, fumo, assunzione incontrollata di farmaci pericolosi o di integratori di dubbia composizione. E' ipotizzabile per il futuro l'insegnamento scolastico di "un corretto stile di vita" , per una corresponsabilizzazione del singolo sulla sua salute.

6) Il modello di assistenza sanitaria integrata (territorio-ospedale) è certamente il più efficace e il meno costoso, ma occorre estendere in ambito nazionale le esperienze positive di Veneto, Emilia Romagna e Toscana e Friuli.

Partendo dall'esperienza vissuta, appare possibile modificare radicalmente l'organizzazione della medicina territoriale, in modo che medici vicini e/o associati garantiscano la copertura del servizio diurno dalle 8.00 alle 20.00 per 6 giorni/settimana e la reperibilità notturna, a turno, per 7 gg/7gg, allo scopo di limitare i codici bianchi nei Pronto Soccorso, legati all' assenza del medico curante. La risposta potrebbe essere positiva (la Legge Balduzzi, propone una soluzione a questi aspetti specifici), ma l'assenza di finanziamenti *ad hoc* pone seri dubbi sulla concretezza della sua applicazione.

7) In un mondo che cambia, c'è da chiedersi se **i rapporti di lavoro nell'ambito della medicina territoriale** debbano rimanere immutabili, in un SSN pieno di criticità economiche e organizzative.

Una maggiore integrazione tra ospedale e territorio potrebbe essere ottenuta con alcune, drastiche, modifiche normative e contrattuali.

Innanzitutto favorendo la scelta, per i *medici di medicina generale,* per un pieno rapporto di dipendenza, ossia inserendo gli attuali convenzionati nell'attività distrettuale (rapporto di lavoro, sedi, orari) e nel lavoro di gruppo.

Ancora oggi, il 55% della spesa del SSN (quella territoriale) non appare giustificata, dato il pesante impatto che l'attuale assetto organizzativo territoriale ha sul sistema ospedaliero (43% della spesa), vero baluardo del SSN stesso.

Un ulteriore passo potrebbe essere rappresentato dalla possibilità, per i medici ospedalieri, di transitare all'attività territoriale a tempo pieno, verso la fine della carriera (esempio, verso i 60 anni), ossia quando il "carico delle guardie notturne" diventa eccessivamente stressante.

8) Superamento dell'attuale classificazione delle strutture ospedaliere, che dovrebbero ora essere classificate e finanziate in base alla complessità delle strutture, per essere integrate in un nuovo assetto territoriale regionale **(*Hub and Spoke*).** Al proposito, si potrebbe far riferimento al Piano Sanitario Veneto del 2013.

La priorità organizzativa non può consistere solo nella riduzione dei posti letto per malati acuti e nell'aumento di quelli per post acuti. Nel dettaglio, la legge 135/2012 ipotizza che dal 31/12/12 in Italia il numero dei posti letto per acuti (3 per mille abitanti) scenda da 195.922 a 181.879 (-14.043 unità) e quello dei postacuti (0,7 per mille abitanti) salga da 35.785 a 42.438 (+6.653 unità). Comunque sia, in assoluto, il SSN perderebbe 7.389 posti letto.

9) Piena valorizzazione del volontariato e dell'assistenza familiare nei confronti delle patologie croniche, dei disabili, dei malati mentali, dei traumatizzati.

Presto, prima che il SSN faccia la fine del *National Health Service*, oggi divenuto inadeguato a rispondere alle esigenze della popolazione, nonché di basso livello qualitativo, sarà necessario valorizzare in modo congruo l'integrazione con l'offerta di volontariato e la disponibilità dell'assistenza familiare.

Va, tuttavia, rimarcato che la legge 135/2012 privilegia la chiusura di oltre 14.000 posti letto ospedalieri per acuti-post acuti (con l'obiettivo di 3,7 posti letto ospedalieri per 1000 abitanti) e punta a contenere la spesa per beni/servizi, ma non riorganizza e non finanzia l'attività sanitaria territoriale e non porta alla chiusura obbligatoria di piccoli ospedali, da tutti ritenuti inutili, spesso pericolosi, sicuramente costosi.

Per il momento, si sottolineano alcuni importanti aspetti:

- il sostegno alle famiglie, da parte del mondo del "no-profit": secondo l' Istat nel 2009 tali enti ammontavano a 430.000;

- l'esperienza del Consorzio *welfare*-Italia (cooperative di medici per ambulatori gratuiti o quasi);

- l'azione della Fondazione Zancan su sanità, pensionati, minori;

- il potenziale ruolo dell'imprenditoria sociale (U.E., CESE, Ricerca Unicredit);

- la valorizzazione delle "professioni del *welfare*" (badanti, giovani, pensionati) in un mercato del lavoro in crisi, con il potenziamento della formazione e del "volontariato imprenditoriale"; [82]

- l'importanza di un 5 per mille, stabilizzato e dedicato;[83]

- l'integrazione sociale degli stranieri (scolastica, lavorativa e sanitaria): IX Rapporto CNEL a cura di Idos (Alessandrini-Di Sciullo, 2012-2013);

- lo studio e l'esportazione – come esempio - di buona prassi del modello socio-sanitario veneto.

2.5 Un nuovo sistema salute: le possibili priorità

Nel corso degli ultimi mesi del 2012 e dell'intero anno 2013 la Commissione V del CNEL ha svolto una riflessione approfondita sul sistema salute, anche alla luce dei quattordici anni passati dall'ultima revisione dell'originario progetto.

Nel tempo si è passati dal Comitato di gestione delle ASL/AULSS, al direttore generale monocratico fino al tentativo del Ministro Bindi di correggere alcune macroscopiche anomalie: l'invadenza della politica nella gestione, le funzioni plurime del medico ospedaliero, la comparsa di nuove figure professionali, l'esplosione della spesa. Le conseguenze di tutto ciò, sono oggi ben evidenti: la continua rincorsa tra FSN (fondo sanitario nazionale) e spesa (con un *gap* crescente); l'abuso dello *spoil system* nella scelta dei dirigenti e dei "Primari" del SSN; la parcellizzazione delle strutture ospedaliere; la mancanza di reali risposte territoriali; la disomogeneità dei modelli sanitari regionali come conseguenza del c.d. federalismo sanitario, frutto della parziale – e da molti ritenuta devastante – modifica nel 2001 dell'art. 117 della Costituzione; i costi nascosti (debiti finora mascherati, con miliardi di servizi non pagati); i tempi biblici di pagamento dei fornitori.

Nei fatti, il Servizio Sanitario Italiano è profondamente cambiato negli ultimi due decenni. L'autonomia regionale non solo ha favorito l'evoluzione di più modelli assistenziali (spesso in disaccordo tra loro, con impatto devastante sulla mobilità sanitaria interregionale), ma ha prodotto diversi livelli di assistenza reale (LEA e non LEA) tra Regione e Regione, con esplosione dei costi e con diseguaglianze nell'assistenza, in un Paese teoricamente unito.

Pur tuttavia, i nuovi scenari, legati ai mutamenti demografici ed economici, evidenziano la necessità di modulare l'assistenza sanitaria in linea con un sistema di protezione sociale che dovrà necessariamente cambiare, e non in tempi lunghi.

Pertanto, il primo obiettivo da raggiungere, appare quello di **recuperare la centralità dello Stato nella gestione del *welfare*,** pur nel rispetto delle autonomie regionali, organizzative ed economiche.

---

[82] AA.VV., *Verso un welfare sussidiario*, in Atti Convegno CNEL del 29/11/2012, intervento Stefano Patriarca

[83] ibidem, intervento G.Gualaccini

In questo contesto, il Ministero della Salute deve riassumere un ruolo guida, reale e concreto, definendo un modello di cura omogeneo su tutto il territorio nazionale, a favore dei pazienti cronici e dei disabili (*cronic care model*) e lasciando alle regioni gli *asset* organizzativi specifici.

Al tempo stesso, il Ministero del *welfare* dovrebbe potenziare l'attuale basso tasso di investimento per i servizi intesi come *long term care*, cui – oggi- viene assegnato solo lo 0,8% del PIL.

In campo sanitario è chiaro, oggi, il ruolo dell'ospedale: curare i pazienti acuti in tempi ragionevolmente rapidi attraverso procedure diagnostico-terapeutiche di elevata specialità, con utilizzo di tecnologie avanzate. Altrettanto chiaro è l'obiettivo di medio termine ovvero completare il processo di deospedalizzazione attraverso la chiusura dei piccoli ospedali ad alto tasso di inappropriatezza e fonte di costi inutili, ed utilizzando costantemente i DRG (*diagnosis related groups*) ed i costi standard. La sanità costa e non saranno le modifiche dei LEA o dei DRG a sanare i bilanci; né lo saranno eventuali provvedimenti tampone, volti a ridurre le prestazioni rese ai cittadini, per motivi solo economici e non strettamente sanitari.

La risoluzione della fase acuta di una patologia può portare a un incremento di cronicità e disabilità e, pertanto, in un contesto demografico che cambia profondamente, **il territorio** assumerà un ruolo centrale nei processi assistenziali. La sanità dei prossimi decenni vedrà, quindi, protagonista il territorio e su di esso saranno concentrate la maggior parte delle risorse sanitarie. II territorio-sanitario è stato privilegiato, in termini di finanziamento, per almeno 10 anni, senza però riuscire ad assolvere alla sua funzione teorica: garantire il 1° livello di prestazioni sanitarie e la post-acuzie. Va posto il problema del perché l'ospedale rimanga, per la popolazione, il primo "rimedio" per i problemi sanitari e ci si deve domandare se le cause del fallimento sono insite nello stesso modello originario o se sono legate alle tipologie professionali. Con ogni probabilità, c'è necessità di nuovi modelli assistenziali capaci di realizzare sinergie con i servizi non territoriali e i programmi di aiuto alle fasce più deboli. Certamente il *cronic care model* può rappresentare una valida risposta alle nuove esigenze, tuttavia, occorre realizzare una contestuale riforma della medicina generale attraverso un approccio non solo di "attesa", ma anche di "iniziativa".

Per concretizzare questo obiettivo, occorre ipotizzare un accesso unico all'area della medicina generale senza distinzione di settori; occorre creare Unità di Medicina Generale (UMG), costituite dall'aggregazione funzionale di 20 medici che assistono circa 20.000 pazienti (1/1000), garantendo l'assistenza domiciliare 24ore su 24 e le attività ambulatoriali diurne per 12 ore e per tutto l'anno. Occorre, poi, aggregare i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti convenzionati, il personale infermieristico, ecc. nelle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), il cui modello organizzativo, anch'esso flessibile in rapporto alla programmazione regionale, potrà concretizzarsi con le Unità territoriali di assistenza primaria, le Case Salute, ecc.

Fin qui, apparentemente, nulla di nuovo: riprodurre sul territorio lo stesso modello organizzativo (Unità semplici e complesse) dei "reparti" e dei "dipartimenti" ospedalieri (Biasioli, 2012), anche considerando che la Legge Balduzzi sembrava porsi sullo stesso piano ideativo, peraltro in assenza di finanziamento specifico.

C'è da chiedersi, però, se questa organizzazione possa essere supportata da un contratto di lavoro (per i *medici di medicina generale* e consimili) basato sulla convenzione e non sulla dipendenza; per molti, solo quest'ultima garantirebbe prestazioni continue, per 365 giorni/anno. Tuttavia, per la medicina di "iniziativa", la vera innovazione consisterebbe nella creazione, con finanziamenti agevolati poliennali, di società di servizio della medicina generale non finalizzate all'erogazione di prestazioni sanitarie, ma alla gestione diretta dei fattori di produzione, necessari alla corretta attuazione dei *protocolli diagnostico-terapeutici-assistenziali* per le malattie croniche invalidanti.

In altre parole, mutuando il sistema di pagamento prospettico per DRG, si intenderebbe introdurre il sistema dei CREG (*Chronic relative groups*) con la previsione di tariffari per raggruppamenti omogenei di

patologie che comprendano i consumi per l'attività ambulatoriale, farmaceutica, protesica, domiciliare, ecc. In definitiva l'attuale MMG sarebbe, ad esempio, pagato in duplice modo: per quota capitaria e per quota proporzionale all'attività svolta, con percentuale sui CREG. La gestione del pacchetto sarebbe affidata a un *provider* (medici, gruppi di medici, cooperative, società, aziende ospedaliere), che avrebbe il compito di seguire i pazienti nel loro percorso diagnostico-terapeutico - secondo la modalità del *case-manager* – e pagando direttamente i fornitori. Il *provider* dovrebbe, in ogni caso, assicurare alcuni servizi come: la gestione di flussi di spesa, il *call center* informativo di 12 ore per il cittadino (per 365 giorni l'anno), i rapporti con gli erogatori e i medici (MMG, specialisti, ospedalieri), la verifica informatizzata della *compliance* terapeutica, ecc.

Questo modello "territoriale" si presenta pieno di insidie, per i sanitari e per le finanze pubbliche. Insidie ben note a tutti coloro che conoscono la storia (e le distorsioni) del sistema ospedaliero a DRG, in cui non esiste alcun rapporto serio tra "costi reali" e "costi teorici" e in cui i rischi dell'inappropriatezza e dei comportamenti opportunistici (soprattutto nel mondo convenzionato o nella sanità non pubblica) sono stati e sono frequenti, in assenza di costanti controlli quali/quantitativi.

Occorre, invece, realizzare un percorso assistenziale tra territorio e ospedale, dove il medico non lavori più per "compartimenti stagni", ma segua il percorso clinico del paziente attraverso una stretta integrazione tra competenze territoriali e ospedaliere. Analogo discorso vale per i *provider*, ai quali sarebbe affidato il compito di gestire il "profili di cura" del paziente cronico.

Anche in questo caso, ogni cronicità prevede più fasi di acuzie e, allora, occorre evitare il rischio di una spesa sanitaria multipla per CREG e per DRG, eccessivamente spinta su indirizzi di economicità e non su principi di efficienza clinica, efficacia delle cure e appropriatezza delle prestazioni.

Esistono altre proposte di modifica del SSN, tra queste merita attenzione quella elaborata dagli esperti di "Meridiano Sanità" (2012/2013) a testimonianza della crisi che lo attraversa e della necessità di trovare soluzioni tempestive, tanto più che, nell'immediato futuro non si intravede la fine delle ristrettezze delle risorse disponibili. Alla domanda di come si può continuare a garantire l'esistenza del Servizio Sanitario Nazionale, almeno nella sua impostazione e filosofia di base, Meridiano Sanità ha risposto tracciando un percorso incentrato su alcune aree prioritarie di intervento:

a) rivedere le scelte di allocazione delle risorse pubbliche attraverso una ridefinizione dell'assetto organizzativo del SSN;
b) eliminare le disparità che penalizzano l'Italia nel confronto europeo in termini di accessibilità delle cure e ridurre le forti disomogeneità regionali presenti nel nostro Paese;

Per ciascuna area di intervento sono state identificate dieci linee di azione specifiche, [38] volte ad ottenere una diversa qualità/resa del sistema. Di seguito verranno analizzate brevemente, per completezza di trattazione.

a.1. Rivisitare i Livelli Essenziali di Assistenza in funzione delle priorità di salute dei pazienti e secondo i principi della medicina basata sulle evidenze scientifiche, secondo le logiche di *Health Technology Assessment (*HTA).

La definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), come già indicato nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, è " un obiettivo socialmente e tecnicamente molto complesso, nonché in continuo divenire, in quanto deve tenere conto del progresso scientifico e della innovazione tecnologica che influenzano le valutazioni di efficacia e di appropriatezza delle prestazioni". Il contesto di limitatezza delle risorse pubbliche disponibili per il finanziamento della sanità, da un lato, e i costi associati all'evoluzione dell'epidemiologia e agli sviluppi scientifici e tecnologici, dall'altro, rimettono in primo piano il tema delle

prestazioni essenziali. A ciò si aggiungono le considerazioni sulla **effettiva mancanza di omogeneità nell'applicazione dei LEA** nelle varie realtà regionali, che, di fatto, genera disparità di trattamento per i cittadini. Già il recente Decreto Balduzzi riprende il tema della necessità di rimodulare i LEA con riferimento alla ridefinizione dell'elenco delle malattie croniche e delle malattie rare al fine di assicurare il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze. E' quindi necessario, soprattutto in questo specifico momento storico, **rinnovare il perimetro dei LEA**, considerando gli ambiti sanitari e sociosanitari in ottica sistemica, secondo i principi di una buona HTA e con una visione dinamica, che segua l'evoluzione dei bisogni di salute.

a.2.**Accelerare il processo di deospedalizzazione già avviato, attraverso: l'erogazione di prestazioni sanitarie nei *setting* assistenziali più adeguati (*day hospital*, *day surgery*, ambulatorio); nuove forme di organizzazione dei servizi; riconversione dei posti letto per acuti in eccesso.**

Negli ultimi anni in tutti i sistemi sanitari dei Paesi sviluppati, inclusa l'Italia, è in atto un processo finalizzato a trasferire progressivamente prestazioni sanitarie dall'assistenza ospedaliera a quella extra-ospedaliera. I progressi della medicina hanno consentito infatti di trasferire molte prestazioni che usualmente venivano erogate in regime di ricovero ospedaliero ordinario in regimi assistenziali diversi come il *day-surgery*, il *day hospital* e l'assistenza ambulatoriale, garantendo lo stesso livello di efficacia, qualità e sicurezza per il paziente. Tuttavia, l'Italia registra ancora tassi di ospedalizzazione elevati, soprattutto in alcune Regioni. Tale situazione nasconde alcune aree di inappropriatezza, cui si associa una carenza dei servizi e delle strutture sul territorio per le cure intermedie e di lungo termine.

L'obiettivo di fondo di tale processo di trasferimento di prestazioni sanitarie dall'ospedale ad altre modalità assistenziali riguarda il miglioramento del percorso di cura del paziente, l'incremento dell'efficienza del sistema ed è correlato al ripensamento del ruolo dell'ospedale, che deve tornare ad essere un luogo di cura per acuti.

a.3. Proseguire nel riordino delle cure primarie secondo le migliori pratiche già implementate in alcune Regioni e le linee guida contenute nel Decreto Balduzzi.

Nella consapevolezza che il processo di deospedalizzazione, se non è accompagnato da un corrispondente e contestuale rafforzamento dell'assistenza sanitaria sul territorio, determina di fatto una impossibilità per i cittadini di beneficiare delle cure, in Italia è in atto anche un processo di riorganizzazione delle cure primarie, soprattutto in alcune Regioni che hanno implementato il *Chronic Care Model*.

Il Decreto Balduzzi del 2012, include tra i punti qualificanti del riordino delle cure primarie l'integrazione monoprofessionale e multi professionale per favorire il coordinamento operativo tra i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta e gli specialisti ambulatoriali secondo modelli individuati dalle Regioni, anche al fine decongestionare gli ospedali. Inoltre, è stabilito il ruolo unico e l'accesso unico per tutti i professionisti medici nell'ambito della propria area convenzionale, al fine di far fronte alle esigenze di continuità assistenziale, organizzazione e gestione. Infine si prevede lo sviluppo dell'ICT quale strumento irrinunciabile per l'aggregazione funzionale e per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere.

a.4. Favorire lo sviluppo di una rete nazionale di Strutture di eccellenza nella ricerca e assistenza ospedaliera.

Il ruolo dell'ospedale sta cambiando: dotato di sempre meno posti letto, concentra in essi i casi più gravi e introduce modelli organizzativi più efficienti diurni per il trattamento dei casi gravati da minori complicanze, nell'ottica di garantire l'efficacia delle prestazioni con efficienza e secondo criteri di economicità. Il ruolo diviene ancora più complesso se gli ospedali sono sede di attività formative dell'Università e/o di ricerca, in altri termini quelle strutture dove assistenza, didattica/formazione e ricerca raggiungono il massimo livello.

Solo alcuni ospedali, per dimensioni, per complessità dei casi trattati, per la qualificazione del personale che vi opera, per le attività di ricerca sono idonei a costituire una rete di strutture di eccellenza che rappresenti una "spina dorsale nazionale" di strutture. Tali strutture devono diventare il punto di riferimento per l'assistenza ai malati con patologie complesse e questo richiede la concentrazione di specialisti e di tecnologie particolari e l'accesso, secondo criteri condivisi, ai fondi della ricerca biomedica e sanitaria.

a.5. Razionalizzare le dotazioni e diagnostiche e migliorare l'appropriatezza della domanda di prestazioni.

In tutti i Paesi l'evoluzione scientifico/tecnologica rappresenta un volano della domanda di salute e il numero di dispositivi diagnostici per milione di abitanti negli ultimi 10 anni è più che raddoppiato tra i paesi OCSE.

La rapida crescita nell'utilizzo di queste apparecchiature può nascondere un eccesso di offerta che, a sua volta, può indurre domanda inappropriata, con le relative conseguenze sulla spesa sanitaria. Questo sembra particolarmente evidente in Italia, dove ad esempio si registrano 21,6 apparecchiature di Risonanza Magnetica ogni milione di abitanti contro le 7 e le 6 apparecchiature per milione di abitanti rispettivamente in Francia e nel Regno Unito. Una migliore programmazione e una maggiore efficienza nell'utilizzo delle apparecchiature diagnostiche possono certamente incrementarne la produttività, da un lato, e portare alla riduzione dell'inappropriatezza della domanda dall'altro e possono condurre a una riduzione degli sprechi collegati all'attuale situazione di sovradotazione.

a.6. Definire e condividere i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) ottimali dal punto di vista clinico ed economico per le principali patologie croniche e favorirne un'implementazione omogenea e diffusa sul territorio nazionale.

La diffusione di fattori di rischio legati a stili di vita scorretti e l'invecchiamento porteranno all'aumento della prevalenza di alcune patologie croniche tra cui tumori, diabete, malattie cardiovascolari e neuro-degenerative, che sono destinate a produrre una vera e propria esplosione dei costi per la sanità e l'assistenza socio-sanitaria. Definire e implementare i PDTA, basati sulle linee guida scientifiche e sulle logiche dell'HTA, in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale è indispensabile non solo per garantire ai pazienti il percorso di cura più efficace con le migliori terapie disponibili, ma anche per gestire correttamente queste patologie, fin dalle prime fasi della loro manifestazione, e prevenire l'insorgenza di complicanze, evitando anche i rilevanti costi sanitari e sociali a esse connessi.

b.1. **Riportare a livello centrale la *governance* della spesa farmaceutica attraverso l'istituzione di un fondo nazionale per i farmaci/presìdi.**

L'Italia sconta a livello internazionale rilevanti ritardi nell'introduzione e nella disponibilità effettiva di nuovi farmaci e cure innovative. Al fine di programmare, governare e monitorare l'utilizzo delle risorse destinate alla farmaceutica, secondo i reali bisogni di salute, le politiche di prevenzione e le priorità di intervento definite a livello nazionale, è necessario riportare il governo della spesa farmaceutica a livello centrale, affidandolo all'AIFA. Questo consentirebbe, inoltre, di impiegare in modo più efficiente le risorse sulla base delle valutazioni di costo/efficacia.

b.2. Eliminare il passaggio di valutazione dei farmaci - già svolto a livello centrale dalla Agenzia Italiana del Farmaco - da parte delle Commissioni regionali e locali/ospedaliere per l'immissione all'interno dei prontuari terapeutici.

La valutazione per l'immissione di farmaci all'interno dei Prontuari Terapeutici presenti nelle Regioni comporta l'attività di commissioni che a livello regionale di fatto replicano il lavoro già svolto dall'EMA e

dall'AIFA. Tali attività comportano un rallentamento rilevante per l'accesso alle nuove cure. Ad esempio, per i farmaci con Autorizzazione in Commercio ottenuta nel periodo 2006-2011, si rileva un ritardo medio compreso tra i 217 e i 530 giorni nelle diverse Regioni. Inoltre, poiché le commissioni possono comprendere fino a 62 operatori per Regione, per un totale di 399 membri coinvolti in tutta Italia, che si riuniscono quasi mensilmente, queste attività assorbono un ammontare di risorse e tempo degli operatori non trascurabile. Pertanto, l'obiettivo da perseguire è quello di garantire livelli di assistenza uniformi a tutti i cittadini, tempi più rapidi di accesso alle cure e risparmio di risorse.

c.1. Garantire la sostenibilità del sistema sanitario negli anni futuri definendo, in modo coordinato e controllato dal SSN, le prestazioni da coprire attraverso forme di sanità integrativa, in coerenza con i fabbisogni socio-sanitari emergenti (cronicità, *Long Term Care*, odontoiatria, ecc.).

In Europa, i sistemi sanitari che stanno reggendo meglio ai tagli imposti dalla crisi e ai crescenti bisogni socio-sanitari sono quelli organizzati secondo **modelli sanitari misti**, il cui finanziamento si basa su un sistema multipilastro. In particolare, in tali contesti i cittadini possono far fronte ad aumenti di *copayment* e a maggiori spese di *Long Term Care* attraverso lo strumento dei fondi sanitari negoziali (se lavoratori dipendenti) e mutualità (per tutti gli altri cittadini, compresi i pensionati). Rispetto agli altri Paesi, l'Italia presenta una situazione anomala riguardo alla composizione della spesa sanitaria privata, che viene intermediata da fondi e assicurazioni per una quota molto ridotta, pari al 10% circa. Nel nostro Paese, occorre quindi rifocalizzare l'attenzione sul ruolo prioritario di **integrazione** (e non sostituzione) del SSN da parte della sanità integrativa. I fondi integrativi devono fornire in primis prestazioni non sostenibili con i livelli di finanziamento derivanti dalla fiscalità generale e riguardanti bisogni socio-assistenziali in crescita secondo i trend demografici ed epidemiologici. Inoltre, per affrontare in modo integrato l'ambito socio-sanitario, si potrebbero trasformare parte degli attuali contributi monetari dell'indennità di accompagnamento (pari a 13 miliardi di euro) in **servizi**. Ad esempio, si tratta di veicolare una quota dell'indennità attraverso fondi integrativi o società di mutuo soccorso per l'erogazione di prestazioni ad hoc a soggetti non autosufficienti o invalidi, contribuendo anche alla creazione di nuovi posti di lavoro.

c.2.Aumentare la diffusione di forme di sanità integrativa attraverso:

- il completamento della disciplina normativa in materia;
- adeguati incentivi fiscali per le aziende e per i cittadini;
- una migliore definizione della *governance* dei fondi.

Per aumentare la diffusione di forme sanità integrativa nel nostro Paese (in termini sia di maggior numero e categorie di persone coinvolte che di valore medio della copertura), è necessario intervenire al più presto su alcuni aspetti di definizione delle regole e del funzionamento dei fondi.

È necessario anzitutto completare il quadro di riferimento, entro il quale i fondi possano muoversi con regole trasparenti e armonizzando il profilo fiscale, che risulta ancora frammentato e non omogeneo, e introducendo la portabilità dei fondi. Inoltre, non sono ancora stati emanati i decreti per la regolamentazione del funzionamento dei fondi, l'affidamento in gestione, la definizione della tipologia delle prestazioni che possono essere erogate e l'individuazione degli organismi di vigilanza.

2.6 Un nuovo sistema salute: le priorità alla persona

Il *welfare* italiano, orientato prevalentemente su previdenza e salute, ha sempre investito poco nei servizi dedicati all'assistenza a lungo termine: solo lo 0,8% del PIL rispetto al 2,3% della Gran Bretagna o al 3,9% della Svezia. Di contro, i familiari italiani prestano direttamente cura a persone anziane e disabili nel 16% dei casi: record europeo rispetto al 15,2% della Gran Bretagna (3°posto), al 10,7% della Francia (11°) e all'8%

della Svezia (16°). Il sostegno familiare avviene attraverso finanziamenti basati sulle indennità di accompagnamento, pensioni di anzianità e vecchiaia, assegni di cura/*vaucher*, o attraverso le figure dei *care giver* o dei volontari che provvedono alla cura domiciliare dei non autosufficienti.

Pur tuttavia, per il futuro, la spesa sociale per la previdenza non riuscirà più a sostenere le famiglie e, a loro volta, le famiglie non potranno più rivestire l'attuale ruolo di "scudo sociale". Tutto questo significa rivedere il nostro *welfare*, che dovrà essere rivolto alla persona nella sua globalità, per soddisfare sia le esigenze sanitarie che quelle socio-assistenziali, attraverso un progressivo aumento degli investimenti dedicati alle *Long Term Care*, anche con il contributo dei privati e/o attraverso forme di *welfare* aziendale e/o assicurazioni sociali, legate alla retribuzione del lavoratore (come in Germania e Francia).

Con le *Long Term Care* si intende, pertanto, introdurre una gamma di servizi a favore di persone non autosufficienti che comprendono: l'assistenza sociale, la riabilitazione, l'assistenza domiciliare, i trasporti, la pulizia, l'alloggio, la fornitura di pasti, la lavanderia, l'occupazione, l'accompagnamento, ecc.

Un programma e un impegno formidabili, ma fonti potenziali di incremento dell'occupazione e del PIL.

Per poter raggiungere questo importante obiettivo occorre, preliminarmente, semplificare l'apparato burocratico. Ad esempio, per le non autosufficienze non esiste, oggi, un vero coordinamento istituzionale in quanto spetta all'INPS il riconoscimento dell'indennità di accompagnamento, all'ASL l'accesso ai servizi sanitari (servizio assistenza sanitaria) e al Comune l'intervento dei servizi sociali (servizio assistenza domiciliare). Anche per i servizi residenziali esiste in Italia una non sempre chiara identificazione del ruolo di queste strutture, unitamente alla disomogenea distribuzione di presìdi residenziali e semiresidenziali (case alloggio e case albergo, alloggi protetti..), per non parlare dei ricoveri ospedalieri di lungo degenza e riabilitazione che sono, spesso, considerati nell'ambito della *Long Term Care*. Ne consegue la necessità di sburocratizzare le procedure, identificare in modo chiaro i servizi assistenziali non sanitari, definire le modalità di finanziamento dei servizi (pubblico o privato o entrambe) e individuare gli attori (Istituzioni, privati, cooperative, società di servizi, famiglie, ecc.) che si faranno carico della gestione globale del cittadino non autosufficiente.

Si rende necessario ipotizzare un nuovo modello di protezione sociale che coniughi le emergenti esigenze sanitarie, intese in termini di prevenzione e di assistenza alle cronicità e disabilità (Cronic Care Model), con i più ampi bisogni multidimensionali, ovvero con servizi che offrono aiuto alle fasce più deboli e alle attività di base della vita quotidiana per un lungo periodo di tempo (*Long Term Care*).

Il recente disegno di Legge delega per la riforma fiscale e assistenziale ha, tra gli obiettivi, il riordino della spesa sociale, con la riqualificazione e l'integrazione delle prestazioni socio-sanitarie in favore dei soggetti bisognosi. Tra i punti qualificanti, rientra l'offerta sussidiaria di servizi da parte delle famiglie attraverso una revisione economica indirizzata verso: la composizione del nucleo familiare; l'armonizzazione dei diversi sistemi previdenziali, assistenziali e fiscali di sostegno alle condizioni di bisogno (al fine di perseguire una gestione integrata di servizi sanitari, socio-sanitari e assistenziali); l'integrazione e la razionalizzazione delle relative prestazioni. Quindi un maggior sostegno economico alle famiglie, che continueranno a essere il vero "scudo sociale," e il "timido" tentativo di ristrutturare, ma senza specifici finanziamenti, i servizi dedicati all'assistenza a lungo termine.

In pratica, l'attuale proposta sul tappeto appare quella di tutelare l'attuale modello di protezione sociale *(welfare* mediterraneo) attraverso interventi di "manutenzione" e con finanziamenti "tampone" a sostegno delle famiglie.

Rimane ancora sullo sfondo il tentativo di investire in un nuovo sistema di protezione sociale, incentrato sulla persona e sulle sue fragilità.

Si è ben distanti dalla realizzazione di quel welfare sociale auspicato da Giuseppe Bianchi[84] e basato sul ruolo di una integrazione pubblico-privato e su un venture capital sociale nei diversi campi assistenziali, con una intermediazione tra l'offerta di capitali e la domanda di progetti sociali. Fondazioni territoriali di origine bancaria e iniziative sociali (terzo settore, volontariato) potrebbero garantire la copertura delle crescenti necessità sociali e costituire un formidabile strumento di crescita. Il volontariato sociale può costituire, infatti, una risposta all'area non adeguatamente coperta dal welfare statale: asili nido; assistenza ai disabili e agli anziani; attività riabilitativa continua; trasporti socio-sanitari. Su tutto, un nuovo modello di assistenza territoriale socio-sanitaria, come "Centro Servizi" che includa sia l'associazionismo medico (24 ore su 24 x 6 gg/settimana) che diverse esperienze associative (terzo settore).

2.7 Un esempio per tutti: l'attività socio-sanitaria in Veneto (non autosufficienza, *long term care*, salute mentale)

Di seguito si riferiscono i dati più recenti dell'attività socio-sanitaria in Veneto, con alcuni significativi confronti con analoghi dati nazionali, come documentazione utile per un diverso approccio a livello nazionale.

La Relazione è frutto dell'attività della Segreteria Regionale Veneta alla Sanità (Dr. Mantoan e Dr.ssa Ghiotto), che si ringrazia per la collaborazione.

L'Assistenza Domiciliare

Vengono qui presentate alcune elaborazioni di dati di fonte NSIS[85], perché, di fatto, potrebbe essere questa la fonte su cui elaborare eventuali confronti tra le Regioni. Va comunque detto che sussistono alcune criticità relativamente ai flussi di dati sulla *Domiciliarità*, così riassumibili:

- l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 definisce, tra gli adempimenti cui sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento nell'anno corrente, l'obbligo di alimentazione del sistema informativo nazionale sulle Cure Domiciliari;

- le Cure Domiciliari costituiscono la parte più strettamente sanitaria dell'assistenza domiciliare, mentre l'assistenza domiciliare fornita in maniera formale dai Comuni (accessi domiciliari degli operatori socio-sanitari, servizi di fornitura pasti, lavanderia, acquisti e trasporti, di cura, telesoccorso) è denominata Servizio di Assistenza Domiciliare (**SAD**);

- non si è ancora giunti ad una definizione condivisa di Cure Domiciliari a livello classificatorio, né del profilo di bisogno degli assistiti, ovvero in termini di intensità assistenziale (es. numero di accessi/mese) e in termini di coinvolgimento di operatori sanitari e/o socio-sanitari. Ciò può quindi indurre a notevoli differenze di registrazione all'interno dell'NSIS;

- il sottoinsieme di casi che presentano una forma di assistenza domiciliare integrata tra sociale e sanitario non è puntualmente identificabile, anche a fronte della "indipendenza" delle fonti informative.

Nell'ambito della domiciliarità va precisato che il **Veneto** ha intrapreso da qualche anno un percorso di avvio ed omogeneizzazione dei percorsi organizzativi e di raccolta dei dati (**fase pilota** del 2004), nonché di

---

[84] AA.VV., *Verso un welfare sussidiario*, in Atti Convegno CNEL del 29/11/2012.

[85] Nuovo Sistema Informativo Sanitario, il riferimento è al MOD FLS 21.

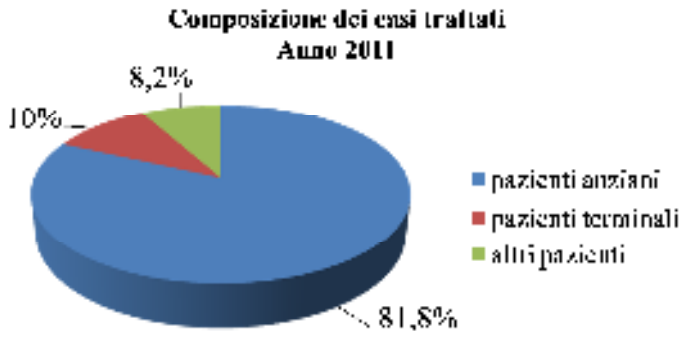
miglioramento della descrizione dei problemi di salute della popolazione assistita, prevedendo un coinvolgimento progressivo delle Aziende ULSS. Nel 2011 sono stati, altresì, definiti indicatori e standard di struttura, attività/processo ed esito delle Cure domiciliari.

È in fase di elaborazione (e disponibile a breve) un rapporto dettagliato con dati relativi al 2012/2013, a cui si rinvia per una lettura più approfondita dell'ambito veneto (*flusso regionale*).

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - ANNO 2011		totale pazienti	pazienti anziani	pazienti terminali
	Casi trattati	**65.279**	**53.422**	**6.501**
Accessi del personale medico	**Accessi del personale medico**	376.496	261.504	63.113
	num medio accessi	*5,8*	*4,9*	*9,7*
Accessi degli operatori	**Terapisti della riabilitazione**	64.068	47.751	2.397
	Infermieri professionali	1.102.788	784.334	166.232
	Altri operatori	109.517	47.696	15.708
	Totale operatori	**1.276.373**	**879.781**	**184.337**
	num medio accessi	*19,6*	*16,5*	*28,4*
Ore di assistenza erogata	**Terapisti della riabilitazione**	55.914	42.841	2.360
	Infermieri professionali	613.871	464.966	107.806
	Altri operatori	50.246	32.037	14.858
	Totale operatori	**720.031**	**539.844**	**125.024**
	num medio ore assistenza erogata	*11,0*	*10,1*	*19,2*

Fonte: ns elaborazioni da dati NSIS – MOD FLS 21

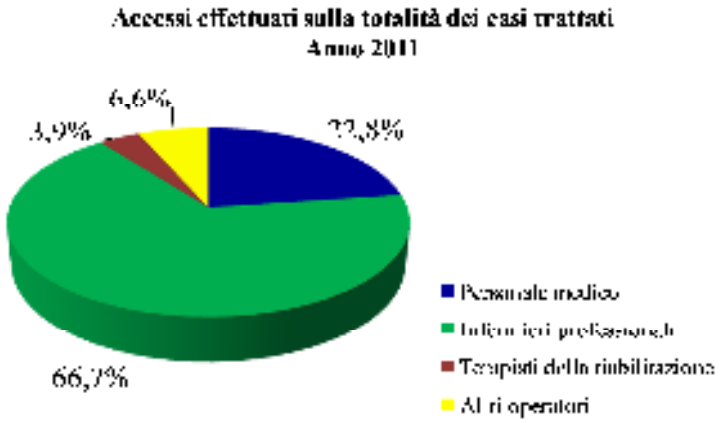
Con riferimento ai dati di fonte NSIS e nei limiti interpretativi suddetti, relativamente all'anno 2011 **in Veneto sono stati seguiti in Cure Domiciliari 65.279** persone, con un incremento del +1,2% rispetto all'anno precedente. Si tratta prevalentemente di pazienti anziani (81,8%), potendo calcolare un indice di copertura assistenziale pari al 5,4% della totalità degli ultra 65enni del Veneto.



L'analisi della tipologia di accessi effettuati evidenzia una **predominanza della componente infermieristica che copre il 66,7% della totalità**, seguita dalla componente medica che ne copre il 22,8%.

Stando agli accessi effettuati si può calcolare una media di quasi **6 accessi per caso** trattato da parte di personale medico e di quasi **20 accessi** con riferimento alle altre figure professionali (infermieri, terapisti e altro), ma si comprende come questo indicatore, così calcolato, si mostri grossolano vista la differenziazione

dei bisogni considerati. Si noti, ad esempio, come questi valori risultino di molto più elevati (rispettivamente quasi 10 accessi medici e quasi 30 da parte di altri operatori) qualora si consideri il sottogruppo dei pazienti terminali. Va, altresì, sottolineata la limitatezza dei dati disponibili che non consentono di considerare le singole persone coinvolte, cosicché la media risulta calcolata sulla totalità dei casi trattati.



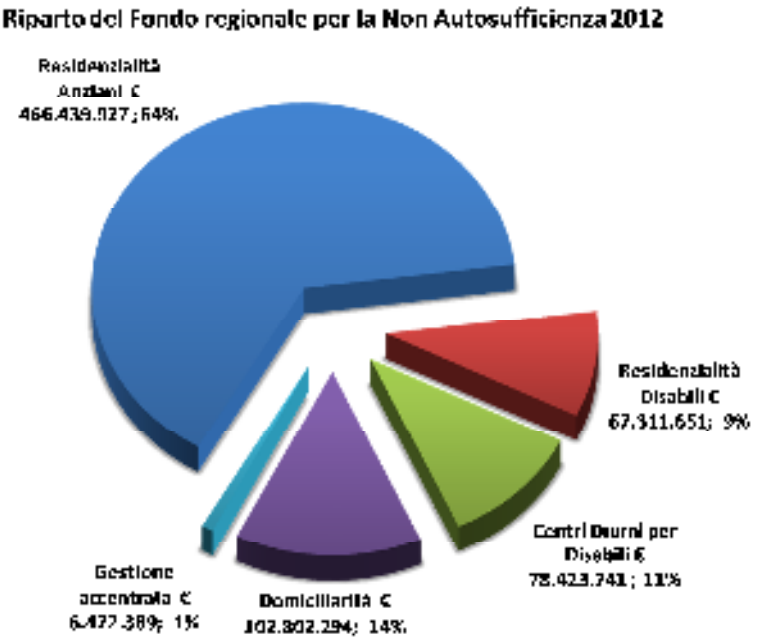
Pur nella indipendenza delle fonti informative, si può stimare che quasi un quarto (24,1%) delle persone che hanno usufruito di cure domiciliari hanno, al contempo, usufruito di assistenza sociale.

Le risorse per la Non Autosufficienza

Il Veneto ha istituito e disciplinato il **Fondo Regionale per la Non Autosufficienza** al fine di assicurare alle persone non autosufficienti un sistema regionale di assistenza sociale e socio-sanitaria e di protezione e tutela delle famiglie e dei soggetti che le assistono.

Complessivamente per il **2012** il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza assomma a euro **721.450.002**, riferito per l'87,2% a LEA; la rimanente quota, pari al ***12,8%*** fa riferimento alla copertura di extra LEA, tra cui si annoverano come voci più rilevanti quelle relative agli assegni di cura, al trasporto per disabili e al telesoccorso.

In base alla dimensione della popolazione residente nel Veneto si può calcolare in media una quota pro capite di Fondo pari a ***146 euro*** circa per residente.



Nell'ambito della residenzialità è interessante confrontare tre aspetti:

- il numero di *impegnative di residenzialità*[86] ovvero il titolo che viene rilasciato al cittadino per l'accesso alle prestazioni rese nei servizi residenziali del Veneto, autorizzati all'esercizio (ai sensi della LR n.22/2002). In altri termini l'impegnativa di residenzialità costituisce il titolo per spendere la quota di rilievo sanitario legata all'assistenza sanitaria all'interno della retta applicata presso i centri di servizio autorizzati e/o accreditati; viene rilasciata sulla base della gravità della situazione e consente l'esercizio della libera scelta da parte della persona per l'accoglienza nei centri residenziali autorizzati;

- i *posti letto disponibili* di 1° livello (corrispondenti ai livelli di intensità ridotta e minima di assistenza sanitaria) e di 2° livello (corrispondenti al livello di intensità media di assistenza sanitaria);

- il *parametro (teorico) del fabbisogno*, determinato moltiplicando le classi d'età della popolazione per opportuni coefficienti.[87]

Il rapporto tra impegnative e fabbisogno evidenzia un sottodimensionamento delle prime rispetto al bisogno stimato; il rapporto tra posti letto e fabbisogno evidenzia un sovradimensionamento dei posti rispetto al fabbisogno. Vanno segnalate, altresì, all'interno del contesto regionale profonde differenziazioni tra un territorio e l'altro.

---

[86] L'Azienda ULSS rilascia l'impegnativa sulla base della graduatoria unica di residenzialità nel limite del numero massimo annuo equivalente delle impegnative stabilito dalla programmazione regionale ed in concomitanza con la disponibilità del posto presso il centro di servizio scelto dalla persona.

[87] Le classi di popolazione vengono moltiplicate nel seguente modo:

- 0,06% per la popolazione residente compresa nella classe 0-64 anni;
- 0,65% (+0,5% per i territori di montagna e Venezia insulare) per la popolazione tra 65-74 anni;
- 4,40% (+1% per i territori di montagna e Venezia insulare) per la popolazione over 75 anni.

I NUMERI DELLA RESIDENZIALITA'

Impegnative di 1° e di 2° livello (*)	Posti disponibili di 1° e 2° livello (**)	Fabbisogno (***)	Rapporto impegnative/ fabbisogno	Rapporto posti/fabbisogno
24.102	**27.209**	**25.535**	**94%**	**107%**

(*) il dato è riferito al 2012

(**) il dato è riferito al 2009

(***) calcolato sulla popolazione al 1/1/2010

La spesa sanitaria per *Long Term Care*: una stima per il Veneto

Nell'ottica di effettuare delle comparazioni tra Regioni, risulta utile valutare il rapporto tra la Spesa sanitaria e il PIL, quale riferimento per la formulazione di riflessioni in tema di:

- effetto delle scelte di politica economica nella sanità pubblica in merito alla dimensione delle risorse che si intende destinare al soddisfacimento delle diverse classi di bisogno sanitario, a parità di efficienza ed efficacia del sistema;

- dinamiche demografiche quale misura dell'effetto della ricomposizione per età e sesso della popolazione sul consumo sanitario e sulla produzione.

Prendendo a riferimento il Rapporto "*Le Tendenze di medio-lungo periodo del Sistema pensionistico e socio-sanitario 2012*" ci si è focalizzati sulla spesa per ***Long Term Care***, che comprende tutti quegli interventi di natura assistenziale o sanitaria a favore delle persone anziane o disabili non autosufficienti, cioè non in grado di compiere, con continuità, gli atti quotidiani della vita senza un aiuto esterno, assistenza ai tossicodipendenti, alcolisti e malati psichiatrici e, infine, assistenza ospedaliera per lungodegenti.

Componente della spesa sanitaria pubblica per *Long Term Care* (anno 2011)	**Dato nazionale**		**Veneto**	
	Spesa (% PIL)		**Spesa (in migliaia)**	**Spesa (% PIL)**
Livello di spesa	**Totale**	**Over 65**		
Assistenza sanitaria territoriale agli anziani e ai disabili	*0,54%*	*0,43%*	1.052.024	*0,72%*
Ass. ambulatoriale e domiciliare	0,19%	0,14%	290.668	0,20%
Ass. semi-residenziale	0,07%	0,05%	112.120	0,08%
Ass. residenziale	0,29%	0,24%	649.236	0,44%
Assistenza a tossicodipendenti, alcolisti e malati psichiatrici	*0,25%*	*0,03%*	347.094	*0,24%*
Ass. ai tossico dipendenti ed alcolisti	0,06%	0,001%	104.022	0,07%

Assistenza psichiatrica	0,19%	0,03%	243.072	0,17%
Assistenza ospedaliera per LTC	*0,06%*	*0,05%*	69.867	*0,05%*
Lungodegenza ospedaliera	0,06%	0,05%	69.867	0,05%
Totale assistenza sanitaria per Long term care	***0,85%***	**0,51%**	**1.468.985**	***1,01%***

Similmente è stato rielaborato il dato relativo al Veneto della spesa sanitaria, con riferimento al Modello LA (2011), e considerato quale valore del PIL regionale quanto indicato nello Studio Unioncamere (marzo 2012).

Si evince pertanto che:

- a livello nazionale l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL equivale al ***7,09%***, mentre la spesa ascrivibile alla *Long Term Care* incide per lo ***0,85%***;

- a livello veneto l'incidenza della spesa sanitaria sul PIL equivale al ***6,4%***, mentre la spesa ascrivibile alla *Long Term Care* incide per l'***1,01%***.

A livello nazionale la spesa pubblica complessiva per *Long Term Care* ammonta all'1,85% del PIL nel 2011, di cui circa due terzi erogata a soggetti con più di 65 anni. La componente sanitaria rappresenta il **46%** del totale contro quasi il **43%** della spesa per indennità di accompagnamento. Le "Altre prestazioni assistenziali" coprono, invece, circa il **11%** e comprendono prestazioni, prevalentemente in natura, erogate in via principale, se non esclusiva, dai comuni singoli o associati a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe. Le prestazioni in natura possono essere di tipo residenziale o non-residenziale. Le prime vengono erogate in istituti come, ad esempio, le residenze socio-sanitarie per anziani o le comunità socio-riabilitative. Le seconde sono erogate in strutture semi-residenziali, quali i centri diurni e i centri di aggregazione, o direttamente presso l'abitazione dell'assistito (assistenza domiciliare).

N.B: → Similmente, mutuando l'approccio valutativo a livello nazionale, il computo del dato a livello Veneto porterebbe a stimare una pressoché analoga incidenza complessiva sul PIL (**1,86%**), sebbene si configuri diversamente articolata: la componente sanitaria rappresenta più della metà della spesa totale (**54,3%**), mentre la spesa per indennità di accompagnamento copre meno di un terzo del totale (**31,7%**), configurandosi ben al di sotto del dato nazionale. La voce "Altre prestazioni assistenziali" viene, invece, a rappresentare il restante **14%**.

Composizione della spesa pubblica per *Long Term Care* in rapporto al PIL – Stima anno 2011	Dato nazionale		Veneto
	totale	Ultra 65 enni	Spesa (% PIL)
- Componente sanitaria per LTC	*0,85%*	*0,51%*	***1,01%***
- Indennità di accompagnamento	0,79%	0,61%	***0,59%***
- "Altre prestazioni LTC"	0,21%	0,17%	*0,26%*
Totale	**1,85%**	**1,28%**	***1,86%***

Fonte: per il dato nazionale si è fatto riferimento al Rapporto "LE TENDENZE DI MEDIO-LUNGO PERIODO DEL SISTEMA PENSIONISTICO E SOCIO-SANITARIO – AGGIORNAMENTO 2012".

Il dato veneto relativo alla componente sanitaria è stato elaborato a partire dal Modello LA 2011, mentre quello relativo alle indennità di accompagnamento è stato preso dalla RELAZIONE GENERALE SULLA SITUAZIONE ECONOMICA DEL PAESE 2011.

Il dato veneto relativo alla voce "Altre prestazioni LTC" comprende parte delle voci del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (non già ricomprese nella parte sanitaria del modello LA) ed una stima della spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni desunta dalla Indagine censuaria sugli interventi e servizi sociali dei comuni di fonte ISTAT.

La tutela della Salute Mentale

Vengono a seguito riportati alcuni dati di sintesi relativi all'anno 2009.

È però in fase di elaborazione (e sarà disponibile a breve) un rapporto dettagliato con dati aggiornati al 2011/2013.

Gli utenti psichiatrici (di età superiore a 17 anni residenti nel Veneto) assistiti negli ospedali o nei servizi territoriali nel 2009 sono **69.810**, prevalentemente di genere femminile (58%) e con *un'età media di 52 anni* circa; la classe d'età più rappresentata è quella tra i 40-50 anni. Ciò non di meno, le donne d'età superiore ai 64 anni rappresentano una quota rilevante dell'utenza femminile (30%), a differenza degli uomini per i quali gli anziani rappresentano il 22%.

Con riferimento alla popolazione d'età superiore a 17 anni, si registra un rapporto di 17,2 utenti psichiatrici ogni mille residenti.

Classi d'età	Uomini		Donne		
	N.	%	N.	%	Totale
18-24	1.554	44,6	1.934	55,4	3.488
25-34	4.034	47,8	4.409	52,2	8.443
35-44	6.822	47,3	7.589	52,7	14.411
45-54	6.117	44,0	7.776	56,0	13.894
55-64	4.409	40,7	6.428	59,3	10.837
65-74	3.431	36,8	5.904	63,2	9.335
75-100	2.943	31,8	6.313	68,2	9.256
Totale	**29.362**	**42,1**	**40.425**	**57,9**	**69.810**

N.B.: I totali sono comprensivi di 146 casi con età non specificata e 23 casi con genere non specificato.

Gli utenti assistiti nei servizi psichiatrici territoriali del Veneto sono 64.433, pari a 15,9 utenti per mille residenti di età superiore a 17 anni, mentre gli utenti psichiatrici dimessi dagli ospedali sono 12.131, pari a 3,0 utenti per mille residenti di età superiore a 17 anni.

L'83% dell'utenza psichiatrica viene trattata solo nei servizi territoriali, evidenziando negli ultimi anni *una diminuzione degli utenti psichiatrici degli ospedali ed un aumento di quelli dei servizi territoriali*.

Tipo di assistenza	Anno 2007		Anno 2008		Anno 2009	
	Utenti	%	Utenti	%	Utenti	%
Solo territoriale	52.665	80,8	54.749	81,5	57.679	82,6
Solo ospedaliera	6.458	9,9	5.695	8,5	5.377	7,7
Entrambe nell'anno	6.093	9,3	6.727	10,0	6.754	9,7
Totale	65.216	100,0	67.171	100,0	69.810	100,0

Oltre la metà degli utenti con assistenza ospedaliera (56%) risulta in contatto con le strutture psichiatriche territoriali nell'anno di dimissione; il restante 44% è costituito per la maggior parte da utenti dimessi dai reparti non psichiatrici ed affetti prevalentemente da disturbi non psicotici, in particolare da demenze.

Per gli utenti dei servizi psichiatrici territoriali, le patologie più frequenti sono la schizofrenia (23%), la depressione senza sintomi psicotici (18%), le sindromi nevrotiche e somatoformi (18%) e le psicosi affettive (16%).

Tra gli utenti più giovani dei servizi territoriali predominano le sindromi nevrotiche e somatoformi e i disturbi del comportamento alimentare. La prevalenza degli utenti con psicosi schizofreniche è massima intorno a 50 anni, mentre i disturbi affettivi aumentano progressivamente attraverso le classi di età; al contrario, la prevalenza degli utenti con sindromi nevrotiche e somatoformi o con disturbi della personalità e del comportamento tende a ridursi con l'età.

L'attività dei servizi psichiatrici territoriali

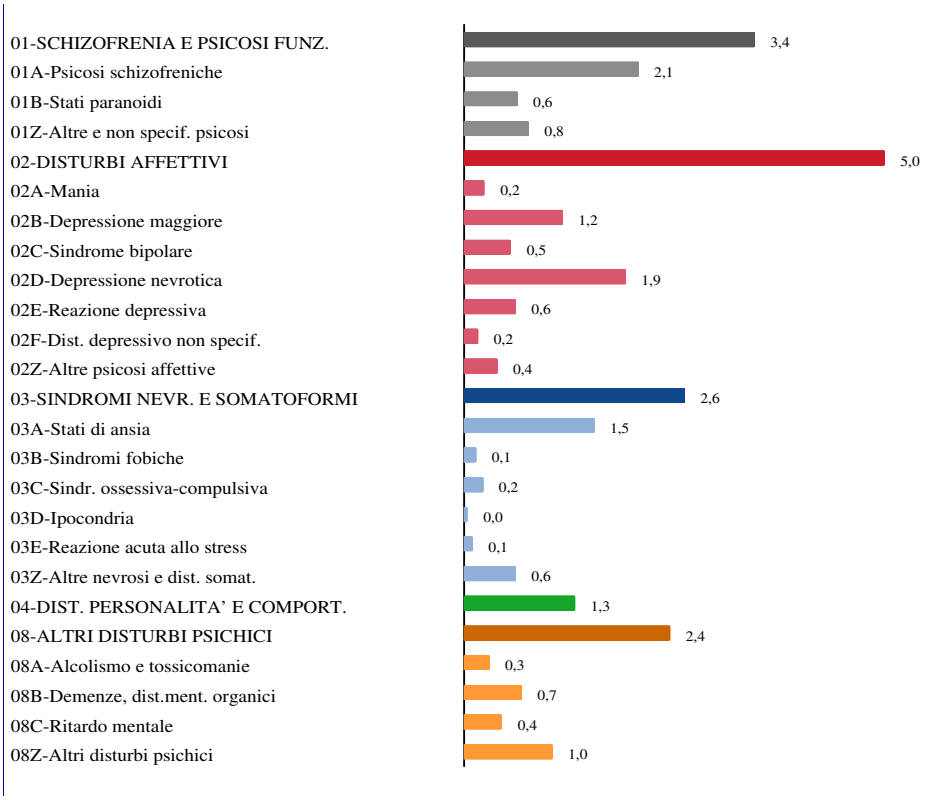
Per quanto riguarda le modalità d'accesso ai servizi territoriali, il 43% degli utenti viene inviato dal medico di famiglia; negli altri casi si tratta soprattutto di una richiesta del paziente medesimo o di un auto-invio da parte dell'equipe curante.

Le prestazioni erogate nel 2009 ammontano a circa 1.400.000 (escluse le giornate di presenza nelle strutture residenziali o semi-residenziali); più della metà di queste (59,4%) sono erogate dalle componenti ambulatoriale e non ambulatoriale dei Centri Salute Mentale, un quinto nelle strutture semi-residenziali (21%) ed il restante nella residenzialità (17,6%).

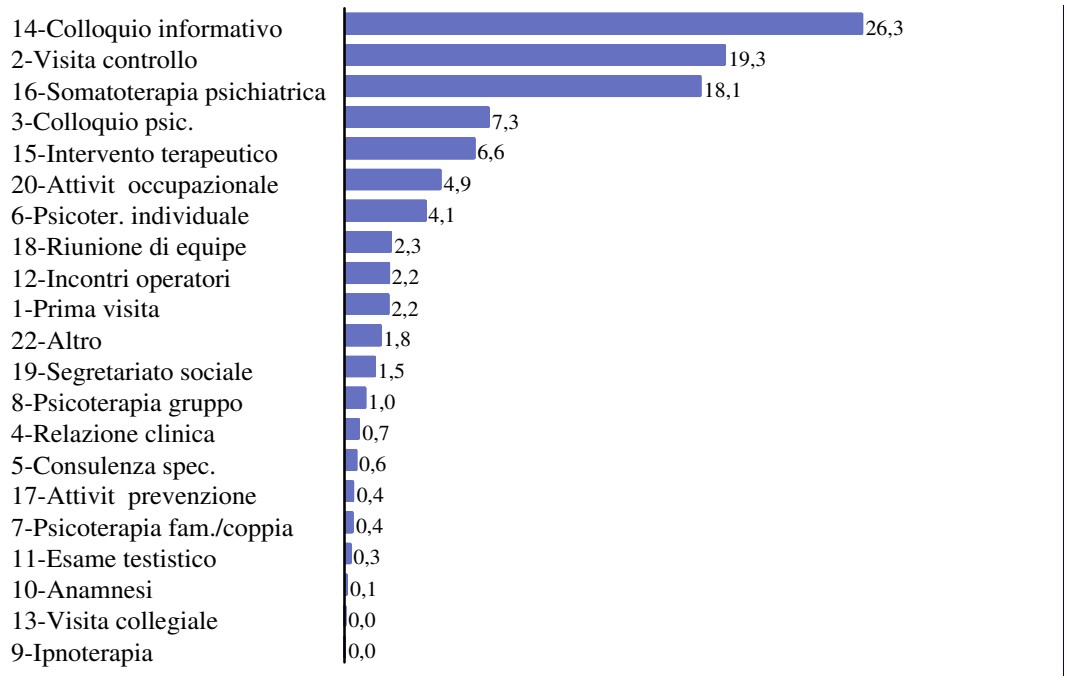
Inoltre:

- 3.500 persone (pari al 5,3% del totale degli utenti psichiatrici territoriali) ha usufruito di circa 201.700 giornate di presenza presso strutture semiresidenziali, calcolando un numero medio di giornate di presenza per utente pari a 57 giorni;
- 931 persone (pari all'1,4% del totale degli utenti psichiatrici territoriali) ha usufruito di circa 200.000 giornate di presenza presso strutture residenziali.

Dettaglio delle patologie: utenti dei servizi psichiatrici territoriali per mille residenti di età maggiore ai 17 anni



Dettaglio delle prestazioni erogate dai Centri Salute Mentale (%)



L'attività ospedaliera

Nel 2009 si registrano 19.481 dimissioni per disturbi psichici dalle strutture ospedaliere del Veneto di pazienti residenti o non residenti in Veneto (pari al 2,7% delle dimissioni in età maggiore di 17 anni), di cui: 65% in regime ordinario dalle strutture pubbliche, 29% in regime ordinario dalle strutture private, 5% in regime diurno dalle strutture pubbliche e 1% in regime diurno dalle strutture private (reparti non psichiatrici).

Tali dimissioni sono riferite a 14.300 persone, delle quali circa un quinto annovera più di un ricovero nell'anno (in media 1,4 ricoveri per utente).

Per quanto riguarda i ricoveri di residenti al di fuori del Veneto, sono 2.546 le dimissioni riferibili a 2.143 cittadini provenienti dalle altre regioni (prevalentemente Lombardia 29%, Friuli Venezia Giulia 16% e Provincia di Trento 13%) o residenti all'estero (8,5%). L'80% dei ricoveri di cittadini provenienti da altre regioni avviene presso le strutture private e solo l'8,5% nei reparti psichiatrici degli ospedali pubblici (SPDC), mentre l'80% dei ricoveri di cittadini residenti all'estero avviene nei reparti psichiatrici degli ospedali pubblici

Nelle strutture del Veneto nel 2009 si registrano 457 Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO), pari al 4,6% dei ricoveri per disturbi psichici nei reparti psichiatrici degli ospedali pubblici, riferiti a 430 soggetti, 22 dei quali hanno più di un TSO nel corso dell'anno.

Le strutture

In Veneto operano 354 strutture territoriali psichiatriche, il 71% è rappresentato da strutture a gestione diretta delle Aziende ULSS. La gestione delle strutture "ambulatoriali" è per la quasi totalità della struttura pubblica, mentre la presenza del privato convenzionato si concentra sulle strutture residenziali (37%) e sulle strutture semi-residenziali (31%).

Il 53% delle strutture psichiatriche territoriali sono residenziali, il 30% semi-residenziali e il restante 17% sono ambulatoriali. Le strutture più numerose sono i centri diurni (23%), seguiti dalle comunità alloggio (19%), dai CSM (17%), dagli appartamenti protetti (16%) e dalle CTRP (14%).

I posti disponibili a livello territoriale sono in totale 3.220, equamente distribuiti tra residenziali e semi-residenziali. La maggiore disponibilità di posti è presso i centri diurni (40%), seguiti dalle CTRP (19%) e dalle comunità alloggio (15%).

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, sono disponibili in Veneto circa 800 posti letto, distribuiti su 40 Unità Operative di degenza. Tali posti letto afferiscono per la quasi totalità a strutture di degenza ordinaria, mentre quelli dedicati ai ricoveri diurni sono solo il 7%.

Il personale

Alla data del 31 dicembre 2009 risultavano operare complessivamente presso i 21 Dipartimenti Salute Mentale del Veneto 3.275 operatori (ovvero 2.941 operatori equivalenti), dei quali circa 3/4 (2.313 operatori complessivi, ovvero 2.267 operatori equivalenti) sono dipendenti dell'ULSS. A questi vanno aggiunti 451 operatori complessivi (ovvero 395 operatori equivalenti) delle 5 cliniche psichiatriche private accreditate nella nostra regione. La figura professionale maggiormente rappresentata è quella dell'infermiere (42%), seguita dagli OTA/OSS (28%), dai medici (12%), dagli educatori (7%), dagli psicologi (4%) e dagli assistenti sociali (3%).

Il rapporto tra operatori e popolazione residente distinto per Azienda ULSS, che in base ai Progetti obiettivo nazionale e regionale dovrebbe essere di *1 operatore ogni 1.500 abitanti*, si assesta sul valore di 1,01 per gli operatori complessivamente considerati.

3.0 PREVIDENZA

3.1 I sistemi di protezione sociale in Europa: criticità e punti di forza

Secondo la Commissione Europea [88]circa 80 milioni di europei (il 16% del totale) sono a rischio di povertà; 23,5 milioni di europei vivono con meno di 10 euro al giorno; il 9% dei cittadini vive in famiglie prive di lavoro; nei paesi ricchi il tenore di vita è 3,5 volte più alto di quello dei paesi poveri.

Per l' Unione europea, la soglia di povertà è fissata al 60% del valore mediano del reddito nazionale o in base alle "condizioni di vita". Secondo il primo parametro, ad esempio, tale soglia è fissata per la Polonia a 200 euro/mese; per il Regno Unito a 900 euro/mese; per l'Italia a 990 euro/mese.,

Per completezza di elaborazione, ricordiamo che, in Europa, ogni Stato membro attua un suo sistema di *welfare*, ma l'UE fornisce linee guida per garantire reciprocità di trattamento a ogni cittadino europeo[89].

I sistemi di protezione europei sono finanziati sia con contributi (lavoratore e datore di lavoro) che con imposte e sono basati su 3 pilastri:

1) regime con prestazioni obbligatorie, definite e a ripartizione, con gestione pubblica;

2) regime con prestazioni contributive, a capitalizzazione, gestite da Enti privati, sulla base di una normativa pubblica;

3) contribuzione privata, volontaria, con gestione privata.

In teoria, il primo pilastro dovrebbe garantire una pensione atta a mantenere un tenore di vita simile a quello avuto durante la vita lavorativa.[90]

In teoria, perché la crisi economica ancora in corso e la pesante situazione finanziaria pubblica ha portato e porterà a pensioni inadeguate alla bisogna, rendendo necessario il secondo pilastro contributivo, per recuperare valori pensionistici pari al 10-12% dell'ultimo stipendio. All'uopo, recenti regole rendono possibile un uso parziale o totale del TFS/TFR a tale scopo.

Il terzo pilastro, ovviamente, avendo natura totalmente volontaria, può essere attivato solo da una parte modesta dei cittadini.

In Europa, la presenza dei tre pilastri previdenziali è estremamente variegata.

E' altresì noto che, all'interno della U.E. ,esistono diversi modelli di protezione sociale:

- il modello nordico (Danimarca, Finlandia, Svezia, Paesi Bassi), dove la protezione sociale è considerata un diritto universale, garantito dalle tasse ed erogato dal sistema pubblico. Sono previste, tuttavia, prestazioni integrative, legate a fondi professionali obbligatori;

- il modello anglosassone (Irlanda e Regno Unito), basato sulla previdenza integrativa (fondi pensione, promossi dalle singole imprese). Solo le prestazioni sanitarie hanno una copertura completa quelle

---

[88] AA.VV, *Joint report on social protection and social inclusion*, European Commission, Bruxelles, 2011

[89] Relazione CNEL 2011, op. cit., pag. 288

[90] Relazione CNEL 2011, op. cit.

assistenziali sono soggette a verifica economica e quelle previdenziali hanno un finanziamento misto pubblico/privato;

- il modello continentale (Austria, Germania, Belgio, Francia, Lussemburgo), con forte legame tra lavoro e prestazioni. Le parti sociali pagano per ottenere servizi e lo Stato ripiana eventuali deficit. La previdenza privata è inferiore al 5%;

- il modello mediterraneo (Italia, Grecia, Portogallo, Spagna, Cipro, Malta), estremamente variegato sia per la contribuzione che per le prestazioni erogate e con disparità di trattamento tra lavoratori e persone senza lavoro;

- il modello dell'Est (Lituania, Lettonia, Estonia, Polonia, Ungheria, Slovenia, Slovacchia, Repubblica Ceca), a totale carico dello Stato con prestazioni estese a tutti i cittadini over 65 anni.

3.1.1 Enti pubblici preposti alla sicurezza sociale in Italia (2012)

In Italia esistono numerosi Enti pubblici preposti alla sicurezza sociale. Essi sono articolati per tipologia di rischio:

- pensioni (vecchiaia, anzianità, superstiti, disabilità, inabilità) gestite da INPS-INPDAP,INPGI,ENPALS);

- malattia-maternità-assegni familiari gestiti da INPS, ex IPSEMA;

- occupazione (disoccupazione, mobilità, cassa integrazione) gestita da INPS;

- sostegno al reddito (invalidità, reddito minimo garantito, assegno sociale agli anziani senza reddito, assistenza locale) gestito da INPS, Regioni, Comuni;

- infortuni sul lavoro e malattie professionali: gestiti da INAIL.

Nella UE, l'INPS ha caratteristiche di unicità, perché riassume in sé una complessità di funzioni, servizi, prestazioni (previdenziali e assistenziali), usualmente competenza di una pluralità di Enti.[91]

La recente riforma di Monti (confluenza dell'INPDAP nell'INPS) ha trasformato l'INPS in un *moloch* impressionante, come confermato dai dati sotto riportati.

Ancora una volta, il punto di partenza è costituito dalle Relazioni CNEL 2011 e 2012, che dedicano agli aspetti previdenziali moltissime pagine (1: 315-388; 2: 159-226), dedicate soprattutto ai dati INPS e INPDAP.

Sotto il profilo previdenziale, l'Italia presenta e presenterà un invecchiamento più alto della media europea, con valori in netta crescita da oggi al 2050: l'indice di vecchiaia tra il 2010 e il 2050 passerà - per Italia - da 95.3% a 137.5% e per l'UE da 85.4% a 101,1%.

Gli Enti che operano nel sistema di protezione sociale nel nostro Paese sono complessivamente ben 59: 26 erogano prestazioni di base e 33 erogano prestazioni complementari. Troppi.

I tre Enti principali sono l'INPS, l'INPDAP e l'INAIL, che, insieme, hanno erogato (dati 2009-2010) il 96,8% del totale delle prestazioni sociali; rispettivamente: 72,1%; 22,4%; 2,3%. Dopo la creazione del "nuovo" INPS, questo ente gestirà – quindi – il 94,5% delle prestazioni totali!

---

[91] Relazione CNEL 2011, op. cit., pag. 300

Quale è, allora, oggi, il ruolo degli analoghi Enti "privati", ossia frutto di contribuzioni professionali raccolte su base obbligatoria o volontaria? Come si raccordano essi con gli enti pubblici sopra e sotto descritti?

L'INPS nasce nel 1933 per la liquidazione e il pagamento delle pensioni di natura previdenziale (prelievo contributivo) e assistenziale-sociale (pensioni minime; pensioni anzianità-inabilità-indirette-invalidità-vecchiaia; assegno sociale; invalidità civili; sostegno del reddito; indennità; mobilità; congedi, etc). Attualmente, spende solo l'1,4% per le spese correnti e ben il 98,6% per le prestazioni; è finanziariamente sostenibile con un rapporto tra entrate e spese pari al 63,9%; tra il 2009 e 2010 ha aumentato i parametri di resa; rispettivamente l'efficienza del 6,7%, l'economicità del 3% mentre la tempestività, (intesa come tempi attesa disbrigo pratiche) del 16% e i tempi di liquidazione delle prestazioni si sono ridotti del 9,8%. Dati in linea con i questi riguardano rispettivamente l'efficacia, l'accessibilità e la trasparenza :+0,9%; +26,7%; +8%.

Le Tabelle successive IV e V riassumono le principali attività (in n°), le principali entrate ed i principali costi dell'INPS (in miliardi di euro) negli anni 2010-2011, prima dell'assorbimento dell'INPDAP.

Tabella IV: Prestazioni INPS 2010-2011

PRESTAZIONI INPS

ANNO	2010	2011	%
Front Office	8.326.900	8.505.583	
Back Office	5.798.829	5.919.239	
TOTALE	14.125.729	14.425.092	+ 6.07

Front Office = Prestazioni Pensionistico Assistenziali
Back Office = Prestazioni Amministrative

TABELLA IV: Fonte Relazioni CNEL 2011 2012.

Tabella V: Entrate e costi INPS 2010-2011

ENTRATE INPS
in miliardi di euro

ANNI	2010	2011
CONTRIBUTIVE	140,03	143,85
TRASFERIMENTI (Statali e non)	85,01	85,23
TOTALE	225,045	229,090

USCITE INPS
in miliardi di euro

ANNI	2010	2011
PRESTAZIONI	213,55	217,51
PERSONALE	2,11	1,91
VARIE	12,83	12,14
TOTALE	228,489	231,574

TABELLA V: Fonte Relazioni CNEL 2011 - 2012.

Come si evince sia dalle tabelle precedenti che dal testo della Relazione 2012 del CNEL, negli anni 2007-2011, la produzione INPS è costantemente aumentata, con una variazione tra il 2007 e 2011 pari al 23,4% (+4,68% all'anno in media), mentre la produttività (unità di produzione equivalente per addetto ovvero standard mensile) è cresciuta dal 2010 al 2011di almeno il 6,07%. Infatti, pur in presenza di una continua diminuzione di personale, negli anni, (2000=34.208; 2011=26.706) l'Istituto ha comunque incrementato gli standard di produttività.

Inoltre, è evidente che: a) le entrate contributive costituiscono il 62,34 % (anno 2010) e il 62,79% (anno 2011) del totale entrate; b) le spese per le prestazioni costituiscono il 93,46% (anno 2010) ed il 93,92% delle spese totali, con una contrazione dei costi del personale valutabile sul 9,25% annuo[92]. Il valore sociale aggiunto, nel 2011 è aumentato del 3% rispetto al 2010, un risultato molto positivo, indice di contrazione dei costi e di miglioramento nelle prestazioni[93].

Nell'anno 2011, le prestazioni trasferite all'INPS (ex art.10, legge 248/2005 e ex DPCM 30/03/07, invalidità civile, cecità civile, sordità, *handicap* ex L.104/92, collocamento mirato ex L.68/99) sono ammontate a 2.076.829/2011, con netta prevalenza per quelle d'invalidità civile (1.098.640) e per l'*handicap* (837.721), mentre cecità-sordità-collocamento mirato sono quantificabili in 140.468 [94].

Con l'assorbimento di INPDAP e di ENPALS, ora l'INPS eroga ulteriori 2,86 milioni di trattamenti pensionistici.

L'INPDAP viene costituito con D.Lgs. 479/94, assorbendo ENPAS, INADEL, ENPDEP, Casse Ministero Tesoro e - poi, nel 2010 - anche l' ENAM. La sua attività riguarda TFR/TFS; prestiti e mutui; pensioni ai dipendenti pubblici; borse di studio; ospitalità. Provvede alla riscossione dei contributi obbligatori versati dagli Enti pubblici e dalle P.A., nonché alla gestione del proprio patrimonio immobiliare.

---

[92] AA.VV., *L'ICT in sanità*. Sole-24 Ore Sanità, 15-21/05/12, pgg.16-19.

[93] Relazione CNEL 2012, op. cit., pag. 207

[94] ibidem, pag.209

L'istituto erogava 2,8 milioni di pensioni proprie (INPDAP) e 60.000 trattamenti ex ENPALS e spendeva il 2,09% per le spese correnti (contro lo 0,61% del 2009) e il 97,91% per le prestazioni; è finanziariamente sostenibile (entrate/spese=86,86%, nel 2010 contro il 91,17% nel 2009); ha aumentato la produzione (+4,27% rispetto al 2009) e la produttività del 3% (n°pratiche/n°personale). La conflittualità si era ridotta (-0,59%); la tempestività era migliorata (+5,5% rispetto al 2009, in media).

In dettaglio, la liquidazione TFS-TFR avveniva nel 47,7% dei casi- entro 105 gg (+5,6%) mentre quella delle pensioni dirette avveniva immediatamente, nel 79,4% dei casi (+5,4%). Analoghe considerazioni possono essere fatte per l'accessibilità e la trasparenza.

Tutto bene? No, se la politica (Legge 214/2011) ha deciso di far confluire ENPALS ed INPDAP nell'INPS, nella speranza, forse, di: a) ridurre le spese correnti dal 2.09% all'1,4%; b) di aumentare efficienza e tempestività.

Un solo dubbio: i 2 sistemi informatici dialogheranno facilmente tra loro? Ancora: che ne sarà delle decine di migliaia di pratiche pensionistiche "parziali", dovute alla carenza di personale INPDAP?

L'INAIL nasce anch'esso nel 1933 (Legge 860/33) come assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; eroga prestazioni connesse a eventi lesivi dell'assicurato, esentando il datore di lavoro dalla responsabilità civile conseguente ai danni subiti dai propri dipendenti.

3.1.2 L'invecchiamento e la protezione sociale

La Relazione CNEL 2011 dedicava a questi aspetti la parte centrale, che focalizzava gli effetti devastanti prodotti dall'invecchiamento demografico e in particolare:

a) l'indice di vecchiaia (rapporto tra <65/<15 anni), che crescerà in 40 anni (2010-2050) del 44,3% (ovvero da 95,3 a 137,5) in Italia contro il 18,4% dell'UE 27 (ovvero da 85,4 a 101.1);

b) l'indice di dipendenza (rapporto tra popolazione non attiva/popolazione attiva), che crescerà in Italia del 20% in 40 anni (da 190.8 a 229,0) contro il 17,5% dell'UE27 (ovvero da 188,2 a 211,2).

Questi semplici dati previsionali confermano quanto già affermato: l'elevato aumento della richiesta di prestazioni previdenziali nei prossimi decenni, a fronte di una crisi lavorativa imponente.

La spesa per la protezione sociale - articolata nelle 3 aree: sanità, previdenza, assistenza - costituisce una parte essenziale del sistema di *welfare*, garantendo i servizi essenziali, pur nel rispetto di stringenti vincoli di bilancio. Il sistema statistico SESPROS (*European System of Integrated Social Protection Statistics,* Eurostat) identifica la spesa per protezione sociale globale (costi a carico di organismi pubblici e privati) contro i rischi/bisogni familiari, in assenza (da parte dei beneficiari) di spesa personale o di polizze assicurative. Ancora una volta ricordiamo che le funzioni o rischi da coprire sono molteplici: malattia/salute; invalidità; vecchiaia; superstiti; famiglia; disoccupazione; abitazione; esclusione sociale. In questo capitolo, tuttavia, ci limiteremo a trattare delle prestazioni previdenziali pure.

3.2 Previdenza: i dati

Secondo SESPROS96 (SEC95), le entrate previdenziali 2009 sarebbero ammontate a 307,724 miliardi di euro, di cui 279,545 provenienti dalla P.A. (90,84%), inclusi i 66,36(21,56%) di contributi dei lavoratori (39,1 dei dipendenti; 27,16 degli autonomi).

Secondo i dati ISTAT 2009 (Sespros96; manuale SEC 2010), nel 2009, in Italia sarebbero state erogate prestazioni previdenziali per un totale di 393.687 milioni di euro, ma l'analisi chiarisce che la vera spesa previdenziale più quella assistenziale costituisce il 73,89% del totale (suddivisa in previdenza 67,28%; assistenza 8,94%). Infatti i costi vanno così ripartiti:

sanità (attività socio-sanitaria): 102.782 milioni di euro;

2) prestazioni previdenziali pure: 290.905 milioni di euro, di cui:

pensioni, 235.759;

TFR/TFS, 24.342;

indennità varie (malattia-infortuni-maternita'),10.816;

disoccupazione, 7.500;

assegni di integrazione salariale, 2.463;

assegni familiari, 6.390;

altri sussidi/assegni, 3.635.

Volutamente, si esclude in questa sede l'analisi dei costi imputabili alla prima voce, perché prevalentemente sanitaria. La previdenza (voce 2) costa 290.9 miliardi di euro, così articolati: 81,0% di pensioni; 3,71% di indennità malattia/infortuni; 2,19% di assegni familiari; 1,25% di altri sussidi. Del totale ben 265.63/290.9 miliardi di euro (pari al 91,3%) sono relativi a spese pubbliche; infatti, la spesa delle casse previdenziali private è pari a 25.2 miliardi di euro (8,7%) [95]

3.3 Gli Enti Previdenziali

Gli Enti previdenziali (EP) hanno il compito di garantire l'applicazione dell'art. 38 della Costituzione: copertura assistenziale e sociale a ogni cittadino privo dei mezzi necessari per vivere.

Nel 2010, gli EP erano 59, di cui 26 eroganti prestazioni di base e 33 eroganti prestazioni complementari. Gli Enti di base sono: INPDAP- INPS, INPGI, IPOST, ENPALS, Cassa notariato, Cassa forense, Cassa geometri LP, INARCASSA, ENPAF, ENPAM, ENPAV, CNPADC, CNPR, ENPACL, ENPAB, ENPAP, EPAP, EPPI, ENPAPI; INAIL, IPSEMA, ENAM, ENPAIA, ONAOSI, FASC; quelli complementari:ENASARCO, Giornalisti, Mario Negri (Dir. Az. Comm.), SIAE, + Casse previdenza/Fondo pensioni de: S.Paolo Torino, CR PD-Ro, MPS, CRT, Cariplo, CariFi, Ca.Pro.Sic., BCI, CRI, Ba.Roma, CRT, Caccianiga, Gazzettino, Gasparotto, CR Asti, BNL, INA. Gli altri Fondi, infine, sono: Carabinieri, M.Economia, GdFinanza (ufficiali-appuntati), Esercito (ufficiali-sottoufficiali), marina (ufficiali-sottoufficiali), ENPAP (artisti), Magistrati, Cancellieri e Segretari giudiziari etc.

Abbiamo già visto in precedenza alcuni dati relativi a INPS, INPDAP ed INAIL.

3.4. Le casse di previdenza: il problema della sostenibilità

Il problema della sostenibilità di una Cassa di previdenza è un problema complesso che non è stato, sino a ora, affrontato in modo adeguato. Le disastrose situazioni, che le gestioni delle Casse di previdenza di vecchia generazione hanno prodotto in termini di sostenibilità e di equità intergenerazionale, ne sono gli inconfutabili testimoni. La norma dell'equilibrio tra entrate contributive e spesa per prestazioni pensionistiche, contenuta nel cosiddetto decreto salva Italia, non migliora certo la situazione.

Riteniamo oramai inevitabile che le Casse di previdenza passino al sistema contributivo.

---

[95] CNEL-CER, *Modello previsionale della spesa pensionistica italiana*, maggio 2009, pag. 15 e succ.

Rimanere in un sistema retributivo significa, infatti, continuare a fare delle promesse pensionistiche a priori, ovvero basate sui tassi di rendimento impliciti nel sistema stesso, tassi che risultano sostenibili solo se gli effettivi andamenti dei tassi determinanti per la sostenibilità.

Rileviamo che sebbene la valutazione di sostenibilità per previsione normativa debba essere effettuata mediante le proiezioni attuariali, la medesima previsione normativa ha dimenticato di imporre la verifica a posteriori delle ipotesi utilizzate. Pertanto, nel successivo bilancio tecnico si possono riutilizzare le ipotesi di rendimento esplicito e implicito del sistema, utilizzate nel precedente bilancio tecnico, anche se, alla prova dei fatti, si sono rivelate assolutamente infondate, in quanto eccessivamente ottimistiche. In tale modo, nella realtà virtuale futura del sistema pensionistico rappresentata dalla previsione attuariale del nuovo bilancio tecnico, si determina una sostenibilità basata su tassi di rendimento che la realtà ha già smentito.

Il problema è che se i tassi determinanti per la sostenibilità risultano nella realtà inferiori a quelli impliciti, in una logica di tipo retributivo, la promessa pensionistica è formulata già in termini di prestazione e, quindi, basandosi sul principio giuridico del diritto acquisito, deve essere comunque rispettata. Poiché il gap negativo si verifica quasi sempre, perché i tassi impliciti nelle regole di calcolo della pensione sono troppo elevati, si determina automaticamente un disavanzo del sistema, disavanzo che vien traslato sulle generazioni future, con evidente dispregio del principio di equità intergenerazionale e con un'ulteriore compromissione della sostenibilità, in quanto basata su un indebitamento che non può crescere a dismisura, come l'esperienza del debito pubblico italiano dimostra.

I giovani professionisti, ad esempio, e non solo loro, non possono pensare di ottenere pensioni copiose e poco pagate, come quelle dei loro padri, perché il prezzo di tale "miracolo" è stato quello di azzerare i patrimoni degli Enti scaricando gli ulteriori costi eccedenti tali azzeramenti come ulteriore indebitamento a carico delle generazioni future.

Riteniamo che la sostenibilità di una Cassa, quand'anche adotti il sistema di calcolo contributivo, debba essere di tipo logico. La logica e la prassi dei sistemi contributivi consentono di riconoscere a posteriori i rendimenti sui contributi versati: tali rendimenti debbono essere commisurati alla effettiva crescita di una adeguata parte della massa reddituale e all'effettivo rendimento del patrimonio.

E' necessario, infatti, sapere che il tasso di crescita di una adeguata parte della massa reddituale è un tasso di rendimento potenzialmente riconducibile al debito del sistema. E' necessario, pertanto, valutare il debito del sistema pensionistico, variabile fondamentale per calcolare il rendimento che il sistema può riconoscere. Non è sufficiente valutare la spesa futura per anni di gestione mediante le proiezioni del bilancio tecnico.

Occorre, quindi, che i rendimenti che il sistema riconosce al debito pensionistico siano correlati a quelli effettivamente prodotti annualmente dallo stesso. In questo modo, il debito del sistema cresce in modo correlato ai rendimenti in grado di sostenerlo e, quindi, tale sostenibilità risulta logicamente conseguibile. Oggi si sta cercando di accreditare l'utilizzo dell'approccio stocastico per le proiezioni attuariali come strumento idoneo a rafforzarne l'efficienza.

Ricordiamo che l'utilizzo dei modelli stocastici è stato pesantemente ridimensionato nel settore finanziario, nel quale tali modelli hanno dimostrato la loro rischiosità. Non bisogna dimenticare che l'enorme crisi che ha colpito in questi ultimi anni non solo i mercati finanziari, ma anche l'economia reale ha tratto origine anche dalla creazione di innumerevoli titoli derivati e strutturati "garantiti dall'approccio modellistico stocastico".

Da ultimo è evidente che l'*asset liability management* è tanto più efficiente, quanto più i tassi passivi riconosciuti dal sistema pensionistico alle sue *liabilities*, cioè alle pensioni, sono agganciati ai tassi attivi per il sistema effettivamente prodotti, cioè a quelli connessi alla effettiva crescita di una adeguata parte della massa reddituale e a quelli connessi agli effettivi rendimenti finanziari prodotti dal patrimonio, così come proposto da Massimo Angrisani[96].

Il CNEL è in grado di fornire, a chi lo richiedesse, una serie interessante di Tabelle previdenziali, frutto delle Audizioni 2012 e degli incontri che il Ministro Fornero ha avuto con gli Enti Previdenziali "privati", cui è stato richiesto un equilibrio di bilancio al 2050.

3.5 La previdenza: aspetti generali

Il tema in questione era già stato affrontato dal CNEL nell'VIII Consiliatura (marzo 2010), con la elaborazione di un documento[97] a opera della Commissione per le Politiche sociali ed ambientali, in ottemperanza all'art.10 della legge 936/1986. La stesura di detto documento era stata preceduta da molteplici audizioni: Assofondipensione, Assoprevidenza, INPS, INPDAP, ARAN, MEFOP, COVIP, ISVAP, Assogestioni, Ministero del Lavoro, Ministero dell'Economia, Banca d'Italia, Parti Sociali. Detto documento, pur mai approvato dall'Assemblea dell'ottava Consiliatura, resta ancor oggi valido. Viene ripreso, di seguito, nelle linee essenziali.

Il Documento citato rileva che la normativa pensionistica è caratterizzata da una "legislazione alluvionale"[98], che sovrappone un provvedimento all'altro, anche in modo caotico e contraddittorio, rendendo del tutto incerto il quadro relativo al sistema in generale. Fin dal 1983, sono state emanate norme volte a intaccare le misure pensionistiche che, dagli anni 60 in poi, avevano generato privilegi su base clientelare e introdotto il sistema pensionistico (pensioni di anzianità e prepensionamenti) per fronteggiare crisi lavorative emergenti.

Dal 22/01/1983 in poi, infatti vista la contrazione della Indennità Integrativa Speciale ai dipendenti pubblici in pensione anticipata, si verifica la svolta pensionistica. Nel 1992-1993 (legge 421/92; D.Lgs.503/93 e 124/93), si modificava in modo significativo la normativa in essere, con l'obiettivo di ridurre la spesa previdenziale complessiva attraverso: l'aumento dell'età pensionabile; la riduzione dei rendimenti; la riduzione dei benefici di date categorie di assicurati; gli interventi sui fondi speciali; la prima disciplina della previdenza complementare, "unicum con la previdenza pubblica".

La legge 335/95 ridisegna l'intero quadro della previdenza obbligatoria e modifica quella complementare, appena approvata. Viene sostituito il sistema retributivo con quello contributivo.

Si introduce, perciò, la corrispettività tra quanto versato e quanto erogato, ponendo fine alla "solidarietà collettiva" per supertrattamenti pensionistici legati a spuri avanzamenti di carriera ed economici, nell'ultimo periodo di servizio. Il sistema contributivo fissa quindi uno stretto collegamento tra dare e avere individuale;

---

[96] ANGRISANI Massimo, Casse di previdenza: debito, patrimonio, dinamiche reddituali e finanziarie per un contributivo logicamente sostenibile, disponibile nel sito web "logica previdenziale.it", maggio 2012.

[97] AA.VV., La previdenza integrativa (problemi e prospettive del sistema pensionistico), CNEL, Roma, 2010, pp. 1-83 e.Istat, Rapporto Coesione sociale 2010-2011 e aspetti della vita quotidiana, Istat 2011.

[98] DEL FAVERO Angelo Lino, Secondo rapporto sulla non autosufficienza in Italia. Assistenza territoriale e cure domiciliari, Ed. Ministero del Lavoro, Roma, novembre 2011.

inoltre, la normativa prevede un massimale annuo (rivalutabile) valido ai fini sia della prestazione che dell'obbligazione contributiva.

In base a quanto sopra e a quanto avvenuto soprattutto nel periodo 2001-2012, si può affermare che - a parità di requisiti di età e di contribuzione dei pensionati con carriera "lineare/piatta" - il sistema contributivo garantisce un tasso di sostituzione vicino a quello ante legge 335/1995. Incidenza negativa, invece, viene prodotta per lavoratori con "carriere brillanti" e con retribuzioni superiori al ricordato massimale[99] .

La legge 335/95 conteneva anche una serie di deleghe volte a eliminare privilegi e a estendere *erga omnes* la normativa sull'assicurazione generale pensionistica obbligatoria.

Le ricordate leggi 421/92 e 335/95 hanno avuto come obiettivo specifico la stretta interfunzionalità tra i due pilastri previdenziali: obbligatorio e complementare. Nella Relazione della legge 335/95 si precisava, infatti, che l'obiettivo della previdenza complementare era quello di " costituire una pensione compresa tra il 10 ed il 20% dell'ultima retribuzione", in aggiunta alla pensione obbligatoria, il cui livello di copertura si sarebbe progressivamente ridotto.

La stessa Corte Costituzionale (sentenza 393/2000) ha, a più riprese, affermato la collocazione della previdenza complementare all'interno del sistema atto ad attuare la garanzia ex comma 2, Art.38 della Costituzione.

La previdenza pubblica e complementare sono, ormai, componenti di un unico sistema pensionistico.

Va, tuttavia, rimarcata l'incertezza generata dalla continua messa in discussione delle regole generali: in pochi anni sono stati approvati molti provvedimenti di modifica: leggi 243/2004; 296/2006, 247/2007; 133/2008, 15/2009; 102/2009 e, in ultimo la legge Fornero del 2012. Emblematica di tale tendenza è stata la drastica modifica normativa attinente i requisiti dell'anzianità, per i lavoratori pubblici: si è passati dall'anzianità massima contributiva (inclusi i riscatti) di 40 anni (art.72,c.1, legge 133/2008) all'anzianità massima di servizio effettivo di 40 anni (art.6, legge 15/09) per ritornare dopo al requisito iniziale (anzianità massima contributiva di 40 anni, per il triennio 2009-2011; art.17, legge 102/2009). Infine lo *tsunami* della legge Fornero, con la riforma iniziata il 1° Gennaio 2012, le cui premesse erano basate sul documento OCSE 2010, con richiesta di aumento dell'età pensionabile.

3.6 Le tipologie della previdenza

Con la legge 243/2004, il Legislatore recepiva la proposta CNEL di istituire un "casellario centrale delle posizioni previdenziali attive". In seguito, nel corso della ottava consiliatura, il CNEL ha valutato i provvedimenti di delega emanati in attuazione della legge 243 e ha presentato (nel maggio 2009) un rapporto CER-CNEL sul "modello previsionale della spesa pensionistica italiana", che individuava criticità e limiti del sistema. Il modello previsionale (si veda oltre) è stato perfezionato negli anni successivi.

3.6.1 La previdenza obbligatoria

Dopo le riforme 2005-2011, la tenuta del sistema attuale dovrebbe essere garantita fino al 2050, sulla base delle ipotesi che supportano il modello sviluppato. Tuttavia, la grave recessione economica in atto potrebbe condizionarne l'applicazione reale; occorre perciò cautela nel far riferimento a modelli previsionali tecnicamente ineccepibili ma con molti elementi di aleatorietà economica, a causa dell'ampio orizzonte temporale e delle ricorrenti instabilità economico/occupazionali.

---

[99] ANGRISANI Massimo, op. cit.

Elemento decisivo appare il tasso di sostituzione pensione/retribuzione, intendendo il tasso di sostituzione sia lordo (rapporto tra pensione lorda annua e ultima retribuzione lorda annua) che netto (rapporto tra pensione – al netto di IRPEF- e retribuzione, al netto del prelievo contributivo e fiscale), determinati con i 3 sistemi di calcolo (retributivo, misto, contributivo) per le 3 categorie di assicurati obbligatori: dipendenti, autonomi (artigiani e commercianti), lavoratori parasubordinati. Qualunque tabella si applichi, con il passaggio dal sistema retributivo a quello contributivo, si verifica un andamento decrescente dei tassi di sostituzione netti: più grave per i dipendenti, fortemente contratto per i lavoratori autonomi e più contenuto per i parasubordinati (per i quali il calcolo contributivo è l'unico applicabile).[100] Sono, tuttavia, meno danneggiati i lavoratori con carriere piatte.

La caduta del PIL, inoltre, provoca un deterioramento del livello dei trattamenti pensionistici; lo stesso dicasi per effetto dei nuovi coefficienti di trasformazione, legati all'aumento della durata media della vita; a maggior ragione, lo stesso vale per i percorsi lavorativi discontinui.

Il problema, quindi, è particolarmente pesante per i lavoratori precari e parasubordinati. Nel nostro ordinamento giuridico esiste una fonte legislativa (art.1, c.12, D.Lgs 247/2007 e s.m.i; Protocollo sul *welfare* 23/07/2007; art.1, c.6, legge 335/95) che dispone politiche attive che "possano favorire il raggiungimento di un tasso di sostituzione, al netto della fiscalità, non inferiore al 60%, con riferimento all'aliquota prevista per i lavoratori dipendenti". La prescrizione è difficile da attuare, soprattutto alla luce delle conseguenze prodotte dalla riforma Fornero, dovendosi tener conto contemporaneamente sia del sistema previdenziale che di quello critico del mercato del lavoro attuale.

I lavoratori autonomi delle categorie degli artigiani, coltivatori diretti e vari altri, assicurati all'INPS, sono circa 5.780.000 (al 2010).

Per i lavoratori autonomi, la forte riduzione delle misure dei trattamenti pensionistici (rispetto ai lavoratori dipendenti) è legata alle minori aliquote retributive; da ciò la necessità di un incremento di aliquota di finanziamento, per migliorarne l'effetto.

Ricordiamo, però, che sulla determinazione del trattamento pensionistico incidono anche: l'istituto della retribuzione imponibile e computabile ai fini contributivi e pensionabili; l'età anagrafica e contributiva; le aliquote di rendimento; gli eventuali bonus contributivi, oggi disomogenei.

All'uopo andrebbe potenziato il Casellario centrale delle posizioni previdenziali attive, che ha l'importante scopo di realizzare la banca completa di ogni assicurato al sistema previdenziale, cioè la somma di periodi contributivi accreditati in suo favore presso istituti previdenziali pubblici e Casse privatizzate, ovvero presso le distinte gestioni eventualmente esistenti nei predetti istituti e casse.[101]

3.6.2 La previdenza integrativa

La base della previdenza integrativa è data dal D.Lgs.124/93, previsto dalla legge 421/92. Come per la previdenza obbligatoria, anche per quella complementare il tessuto normativo risulterà costruito da norme contraddittorie, con immaginabili conseguenze sul piano dell'affidabilità per gli operatori previdenziali e per gli assicurati.

---

[100] AA.VV., *La previdenza integrativa (problemi e prospettive del sistema pensionistico)*, CNEL, Roma, 2010, pp. 1-83.

[101] ibidem

La previdenza integrativa costituisce il secondo pilastro previdenziale, integrativo appunto, ma non risolutivo delle criticità esistenti nel pilastro obbligatorio. Questo documento non sarebbe completo se non se ne riassumessero gli aspetti essenziali.

Secondo i dati COVIP, il tasso di adesione ai fondi pensionistici complementari è ben lontano da quel 100% che caratterizza la previdenza obbligatoria, la quale ha efficacia vincolante *erga omnes*. Nonostante la legge 296/2006 e la campagna informativa successiva, la maggioranza dei lavoratori non aderisce al sistema complementare, sia per la crisi economica in atto, che per la precedente diffusione dei bassi/negativi rendimenti del secondo pilastro.

All'interno dei fondi pensionistici, alcuni statuti prevedono l'esclusione di molte tipologie di contratti di lavoro flessibili, come i contratti con finalità formative, i contratti a tempo determinato di breve durata, i contratti di lavoro estero, i periodi di prova . Con il D.Lgs 572/10 è stata ampliata l'area delle tutele contro la discriminazione lavorativa, anche pensionistica, ma è tutta da verificare la reale applicazione.

Esiste una estesa collettività di lavoratori parasubordinati, per i quali sono evidenti sia forti insufficienze del sistema obbligatorio che forti inadeguatezze del secondo pilastro. Analoghe considerazioni possono essere fatte per i lavoratori autonomi. Esistono fattispecie in cui i lavoratori subordinati restano titolari di un rapporto di lavoro dipendente, ma - essendo sospesa la loro prestazione per diverse fattispecie (es. maternità, cassa integrazione a zero ore etc) - è anche sospesa l'erogazione della retribuzione, quindi è sospeso il versamento della contribuzione previdenziale, obbligatoria e facoltativa.

Per i lavoratori pubblici, la scadente adesione al secondo pilastro è dovuta anche dalla loro esclusione dal D.Lgs. 252/2005, ossia dalla più favorevole disciplina fiscale prevista dallo stesso.

I fondi previdenziali integrativi erano, a fine 2010, n° 608, articolati in 5 tipologie differenti, di diversa consistenza numerica ed economica.

In sintesi:

- Fondi pensione negoziali: 37 privati e 5 pubblici.

- Fondi pensione aperti : 81

- Fondi pensione pre-esistenti: 411 (autonomi, con soggettività giuridica; interni a banche, assicurazioni, società non finanziarie)

-PIP (Piani pensionistici individuali) "nuovi"(piani individuali pensionistici, conformi al D. Lgs.252/2005): 75

- PIP "vecchi" (pre riforma 2005):17

In 10 anni (2001-2010), il numero degli iscritti al totale dei fondi era cresciuto da 2.160.408 a circa 6.213.614 (+28% annuo) e il 42.1% di essi era iscritto ai fondi pensione negoziali (tabelle COVIP, 11-12).La maggioranza di essi rientrava nella categoria LDSP, ossia erano lavoratori dipendenti del settore privato. Attualmente, risultano operativi solo pochi fondi negoziali pubblici:

- Fondo ESPERO (comparto scuola) con adesioni pari al 7% ovvero 80.000unità su 1.150.000 (dati 2010);

- Fondo FOPADIVA (Valle d'Aosta);

- Fondo LABORFOND (Trentino Alto Adige);

- Fondo PERSEO (comparto sanità);

-Fondo SIRIO (statali e parastatali).

La situazione, per il settore pubblico, è complicata per molteplici motivi: il TFR/TFS; la scarsa rappresentanza dei sindacati autonomi negli organismi gestionali; la presenza (ad esempio per la dirigenza sanitaria) di fondi previdenziali di categoria. Da ciò, il basso tasso di adesione nel settore pubblico: 200.000 iscritti circa su 3.500.000 circa (5,7%, circa).

Tra i 37 Fondi negoziali privati, ne ricordiamo alcuni: FONCHIM; COMETA (metalmeccanici); FONDENERGIA; QUADRI e CAPI FIAT; FONDOSANITA' (esercenti lavori sanitari autonomi); COOPERLAVORO; SOLIDARIETA' VENETO (az. Industriali ed artigiane venete); FOPEN (Enel); PREVICOOPER (cooperative commercio); PEGASO (gas,acqua, elettricità); PREVIAMBENTE; TELEMACO (Telecom); FONDAPI (piccole e medie imprese); PRIAMO (autoferrotranvieri); FONDAV (Alitalia e C.); AGRIFOND; PREVIPROF (dipendenti studi professionali).

Dall'insieme delle tabelle COVIP 2010, relative al settore privato (autonomi e dipendenti) si evince che:

- i lavoratori giovani (autonomi e dipendenti) di età inferiore ai 34 anni, mostrano una scarsissima adesione al secondo pilastro (14,5% gli autonomi e 23,8% i dipendenti);

- i lavoratori con età da 35 a 54 anni (autonomi e dipendenti) hanno un tasso di adesione più elevato: 66,2% gli autonomi e 65,9% i dipendenti;

- per le età superiori ai 55 anni, l'andamento assicurativo cala drasticamente.

In generale, le adesioni sono maggiori al Nord (30%), che al Centro (21,7%) o al Sud (18,2%). Per i fondi negoziali, l'adesione è più alta (33,7%) nelle aziende con più di 1000 addetti e più bassa (10,6%) in quelle fino a 100 addetti. In conclusione, a fronte di una platea teorica di 26 milioni di lavoratori, gli iscritti al secondo pilastro non superano i 6 milioni, con una percentuale di circa il 23%. L'assenza di fiducia (33%), l'impossibilità di risparmiare (31%); la giovane età (30%); la preferenza per il TFR aziendale (20%); la confusione delle norme (18%); l'essere in grado di pensarci da solo (14%) sono le principali cause dello scarso successo dei fondi integrativi.[102]

L'obbligatorietà dell'adesione ai fondi pensione integrativi potrebbe essere fonte di contenzioso giuridico, salvo che essa origini da norme contrattuali, che, comunque, potrebbero lasciare al singolo la possibilità di scelta.

Resta il grave problema dei lavoratori con discontinuità contrattuale, per i quali opera parzialmente il sistema della contribuzione figurativa ai fini della previdenza obbligatoria, e quelli che fruiscono di prestazioni previdenziali sostitutive del reddito di lavoro (es. indennità di maternità e integrazione salariale), ai quali è riconosciuta la contribuzione figurativa piena per la previdenza obbligatoria (relativamente ai periodi di assenza), mentre la copertura per il secondo pilastro dovrebbe essere espressamente prevista dai contratti collettivi applicati, cosa che, ora, non è. Anche per costoro, infatti, potrebbe essere applicata una contribuzione figurativa, sull'esempio del DGR Trentina 592/2009.

Per i lavoratori parasubordinati e autonomi resterebbe, comunque, insoluto il problema del finanziamento con il TFS/TFR, base fondamentale per il secondo pilastro. Quanto meno, occorrerebbe introdurre la facoltà di revocare la decisione (oggi irrevocabile) di devolvere il TFR al secondo pilastro.

E' nota l'esclusione delle aziende con meno di 50 dipendenti dalla perdita della disponibilità del TFR, con condivisione fattuale degli interessati (L.296/2006).

Oggi, esistono 3 categorie di lavoratori:

---

[102] GORI Cristiano. Politiche sociali, il piatto piange. Il Sole24Ore, 22/10/12, pag.12.

a. una prima, costituita dai lavoratori il cui TFR è devoluto alla forma pensionistica di adesione o alla forma pensionistica di riferimento contrattuale;

b. una seconda, di lavoratori dipendenti da aziende con meno di 50 dipendenti, che lasciano le quote maturate nell'azienda stessa;

c. una terza, maggioritaria, costituita da lavoratori con aziende con più di 50 dipendenti, il cui TFR è versato al Fondo di Tesoreria dell'INPS.

La prima avrà una pensione integrativa costituita dalla sommatoria di TFR e contributi; le altre 2 avranno una liquidazione - alla cessazione del rapporto - del TFR sotto forma di capitale.

Nella prima, il TFR incide per il 7% sul calcolo del trattamento integrativo, ossia più del doppio del contributo della somma di contributo aziendale e contributo del lavoratore.

La situazione è ancora più critica per i lavoratori parasubordinati, per i quali esiste una ridotta tutela pensionistica obbligatoria e manca una previdenza integrativa.

3.7 La disciplina fiscale

La normativa va migliorata con l'introduzione di misure più favorevoli di deducibilità fiscale del secondo pilastro: l'importo cristallizzato di 5.164,57 euro (fissato nel 2000) danneggia la diffusione del sistema: dovrebbe essere aumentato oppure dovrebbe essere data all'interessato la possibilità di optare tra questo importo fisso e la misura percentuale di detrazione (12% del reddito complessivo, com'era previsto dalla legge 243/2004, elemento non rispettato da parte del D.Lgs.252/2005, decreto delegato). Inoltre, andrebbe rivista la tassazione sui rendimenti attivi delle gestioni pensionistiche, da basarsi non su criteri di regressività (come ora), ma su criteri di progressività.

3.8 Il finanziamento

Il TFR costituisce, come si è detto, l'apporto più consistente per il finanziamento della previdenza complementare. La contribuzione delle imprese e dei lavoratori è fissata dall'ordinamento intersindacale. La perdita, da parte dell'impresa, della disponibilità del TFR è compensata con misure contributive e fiscali: abbattimento dei contributi non pensionistici (nel 2010 = 0,23; nel 2010 = 0,25; nel 2012 = 0,26; nel 2013 = 0,27; nel 2014 = 0,28) e deduzioni del 4% dal reddito di impresa. Si tratta, tuttavia, di misure modeste rispetto alla perdita di liquidità aziendale. Secondo il CNEL[103] andrebbe rivisto il contributo di solidarietà del 10% a carico dei datori di lavoro, sui contributi versati ai fondi pensione, in adempimento all'obbligo contrattuale. Si tratta di un anatocismo, infatti, i contributi dei datori di lavoro, destinati al finanziamento della previdenza integrativa dei propri dipendenti, sono – a loro volta – assoggettati a tassa contributiva finalizzata alla previdenza obbligatoria. In pratica, le norme fanno rientrare la contribuzione ai fondi pensione nella categoria dei *fringe benefits* (cfr. sentenza della Corte di Cassazione n° 4591/2002).

Un altro aspetto (soprattutto in tempi di recessione) è costituito dalla morosità nei versamenti datoriali per la previdenza integrativa. In tal caso, il D.Lgs.80/1992 attribuisce ai lavoratori, per i quali il datore di lavoro abbia omesso di versare i contributi per la previdenza complementare, il diritto di rivolgersi al Fondo di garanzia presso l'INPS, per la regolarizzazione della posizione debitoria.

---

[103] *La previdenza integrativa,* CNEL 2010, op. cit.

Oggi, non si tratta tanto di potenziare i controlli COVIP[104] ma di predisporre misure atte a evitare danni ulteriori a dipendenti collocati in "pensione coatta".

3.9 Il federalismo

La previdenza complementare risente negativamente anche del cd. federalismo incompleto, ex legge costituzionale 3/2001, che attribuisce allo Stato la previdenza sociale e alle Regioni la previdenza complementare e integrativa, con legislazione concorrente.

E' ben vero che la legge 131/2003 (e s.m.i.) ha fissato alcuni principi per armonizzare i livelli nazionale e regionali, qui di seguito riportati: l'unitarietà del sistema pensionistico; il ruolo degli accordi intersindacali; la parità di sesso; l'osservanza delle regole sulla concorrenza; l'esigenza complessiva dei bilanci pubblici; il sistema unitario di autorizzazione e vigilanza sui Fondi pensione.

3.9.1 La *governance*

La previdenza complementare è imperniata su tre tipologie gestionali: fondi chiusi (negoziali); fondi aperti e piani individuali pensionistici (PIP, ex D.Lgs.47/2000). Tra le tre tipologie esiste una rilevante differenza organizzativa. Il fondo negoziale e' gestito da un Consiglio di amministrazione paritetico (rappresentanti imprese e lavoratori). I fondi aperti prevedono un organismo di sorveglianza composto da due membri, idonei, che diventano quattro -, se gli aderenti superano i 500. Per i PIP è prevista solo la figura del responsabile. Va da sé che le regole dovrebbero essere identiche e che i modelli organizzativi dovrebbero prevedere, invece, un Consiglio di Amministrazione di esperti in materia economico/previdenziali/sanitarie e un Consiglio di vigilanza (CIV), composto dai rappresentanti dei soci.

Inoltre, fondi aperti e PIP sono – oggi - meno vincolati nella scelta dei gestori, rispetto ai fondi chiusi. Un altro elemento, sul quale porre attenzione, è costituito dai costi di gestione, che potrebbero essere ridotti, se si unificassero i fondi minori.

3.9.2 Le prestazioni

Il D.Lgs.252/2005 stabilisce che il diritto all'accesso alle prestazioni integrative si acquisisce con almeno cinque anni di iscrizione alle stesse. E' anche prevista la posticipazione volontaria della pensione integrativa rispetto alla maturazione dei requisiti previsti e la prosecuzione volontaria dei contributi.

Il tasso di sostituzione (retribuzione/pensione) è stato calcolato dal MEFOP nel 2010, per le diverse categorie di lavoratori e ipotizzando alcune variabili: adesione a 21 anni (2009-2030); rendimento del fondo pari al 2%; tavola Ist. Previd. Sociale n° 55 per la conversione in rendita del montante; contribuzione diversificata per a) fondo dei lavoratori dipendenti composto da contribuzione dell'1,5% del lavoratore, 1,5% del datore nonché da tutto il TFR dei singoli) e per b) fondo parasubordinati e commercianti, con contribuzione del 2,5%. Con siffatte caratteristiche, si potrebbero ipotizzare i seguenti risultati (tassi di sostituzione netti, a 65 anni): per il fondo dipendenti = 12%; per i lavoratori parasubordinati = 3%; per i lavoratori autonomi (commercianti) =3%.

Il lavoratore ha diritto, oltre alla normale prestazione pensionistica, di ottenere:

- un importo non superiore al 75% per spese sanitarie (ma rimborso limitato a cause gravissime);

---

[104] ANGRISANI Massimo, op. cit. e PERELLI ERCOLINI Marco, *La previdenza integrativa*, Articolo inedito, giugno 2012.

- un importo del 75% per acquisto prima casa (dopo 8 anni di iscrizione);

- un importo del 30%, per altre esigenza (dopo 8 anni di iscrizione);

- una liquidazione del 50% del montante finale;

- il riscatto parziale del 50% della posizione maturata, in caso di inattività lavorativa da 12 a 48 mesi;

- una anticipazione di 5 anni della pensione, in caso di inattività lavorativa superiore a 48 mesi;

- il riscatto totale in caso di invalidità lavorativa grave e inoccupazione maggiore di 48 mesi.

Parrebbe una soluzione coerente se non fosse che questi "diritti" minano il principio basilare della previdenza complementare, distruggendo il criterio della "rendita vitalizia complementare", che va a tamponare le carenze dovute al minor valore economico della previdenza obbligatoria.

La liquidazione avviene normalmente a opera delle imprese di assicurazione, con le quali i fondi pensione stipulano apposita convenzione, versando i montanti, di cui trattasi. A tal fine, le suddette compagnie possono riconoscere un tasso tecnico di rivalutazione massimo del 2,5%.

Particolari fondi garantiscono ulteriori e/o diverse tipologie di rendita. Ad esempio, il FONDENERGIA garantisce sette diversi tipi di rendita: vitalizia; reversibile (con diverse percentuali di reversibilità); rendita certa per 5-10 anni e poi vitalizia; rendita con restituzione del capitale residuo; una delle prime tre tipologie con un'ulteriore copertura in caso di non autosufficienza (LTC), che raddoppia la rata in caso di totale non autosufficienza.

Il valore della rendita (Generali-INA), a parità di montante accumulato, dipende dall'età, dal sesso, dal tipo di rendita e dal tasso tecnico (tra 0 e 2,5%) prescelti e dalla rateazione prescelta.

3.9.3 Le risorse

Non sono disponibili, su questo tema, dati recenti. Per questo ci limitiamo a riportare gli ultimi dati, complessivi, noti relativi al 2008. A tale data, le risorse di tutti i fondi integrativi ammontavano a 61.3 miliardi di euro, così suddivisi:

- fondi negoziali: 14.09 mld

- fondi aperti: 4.66 mld

- fondi pre-esistenti: 35.94 mld

- PIP "nuovi": 1.95 mld

- PIP "vecchi": 4.63 mld

Il comparto bilanciato dei fondi negoziali ha ottenuto, tra il 2003 e il 2008, un rendimento superiore a quello del TFR (2,7%); per i fondi aperti, invece, la miglior resa è quello del comparto obbligazionario puro, che – però- è risultato inferiore al TFR e pari all'1,9%. In ogni caso, le perdite sono state legate all'azionario.

In periodi di recessione, la regola dei finanzieri è " fare riferimento sui periodi lunghi": ciò può andar bene per le fasce di età inferiori ai 30 anni, non di certo per gli ultracinquantenni.

4.0 ASSISTENZA: PRINCIPI GENERALI

L'assistenza è suddivisa tra prestazioni sociali in denaro e prestazioni sociali in natura. Le prime sono composte da pensione sociale, pensione di guerra, pensione agli invalidi civili; pensione ai ciechi e ai sordi; altri assegni/sussidi; le seconde da beni e servizi prodotti da produttori *market* e non *market*.

La spesa pubblica dell'Italia per la protezione sociale è progressivamente aumentata, in termini di PIL, nel periodo 2000-2010. Nel 2010, detta spesa ha superato il 20% del PIL, dato sopra la media dei paesi UE e in linea con quelli dell'area Euro. Il confronto con i maggiori paesi europei OCSE indica un'incidenza rispetto al PIL più forte che in Spagna e nel Regno Unito, ma leggermente inferiore alla Germania e sensibilmente inferiore alla Francia.[105]

La funzione "protezione sociale" è legata soprattutto ai trasferimenti monetari dall'insieme della P.A. a diverse categorie di soggetti. Le statistiche al dettaglio testimoniano le anomalie della spesa sociale italiana: un'enfasi significativa sulle uscite di bilancio per pensioni di vecchiaia e reversibilità e una diffusa debolezza sulle altre categorie della protezione sociale. Detta anomalia, però, sta riducendosi perché la spesa per le pensioni sta crescendo anche in altri paesi, soprattutto in Francia e Austria.[106]

Al proposito, va ricordato che, in Italia, la percentuale di popolazione a rischio di povertà/privazione si aggira sul 29,9%, comprendendo in questo termine non solo il " rischio di povertà propriamente detto" ma anche "lo stato di privazione materiale severa" e "la vita in una famiglia a bassa intensità di lavoro". Si tratta di 18,2 milioni di persone (dati Eurostat, 5/12/13).

Il braccio statistico dell'UE colloca il nostro Paese davanti solo alla Grecia (dove il rischio povertà colpisce il 34,6%). Infatti il dato è superiore sia alla media UE-27, sia alla media dell'area euro ed è significativamente più alto della Germania-Francia (19,7%) e del Nord-Europa (15-18%), nonché un po' superiore a quello del Regno Unito (23,2%).

Nel dettaglio, in questa drammatica classifica, il 19,4% degli italiani ha un reddito disponibile uguale od inferiore al 60% del reddito medio nazionale; il 14,5% si trova in una situazione di severa privazione materiale (impossibilità di pagare affitto, bollette di luce e riscaldamento…); il 5% rientra nella terza condizione. Secondo Eurostat il numero assoluto delle persone a rischio di povertà o di esclusione sociale è inferiore alla somma di 18,2 milioni, perché certuni si trovano simultaneamente in più di una casella (dati Eurostat, Il Sole24 ore, 6/12/13,pag.13).

In questo ambito, la fascia d'età 0-17 anni risulta (dati 2010) quella a maggior rischio di esclusione sociale: 28,9% verso una media UE del 26,9%.

Secondo l'Istat, nel 2010 i costi totali dell'assistenza – circa 38,08 miliardi di euro – costituiscono l'8.6% dei costi totali della protezione sociale, pari a 442,638 miliardi di euro , così suddivisi:

a) prestazioni sociali in denaro: 24,431 miliardi (63,10%);

b) prestazioni sociali in natura: 13,645 miliardi (35,23%).

Ben 33,036 miliardi su 38,726 sono relativi a spese pubbliche, il che significa che, in termini percentuali, la P.A. copre circa l'85,3% della spesa assistenziale totale.[107]

---

[105] Relazione CNEL 2012, op. cit., pag.104).

[106] ibidem

[107] ibidem, pag. 175

Secondo SEPROS96, le entrate assistenziali 2010 sono ammontate a circa 37,808 miliardi di euro, di cui 37,808 provenienti dalla P.A. e solo 3,335 dai datori di lavoro non pubblici.[108]

I dati sopraesposti vanno comunque considerati con riserva.

Fattori di natura demografica, sanitaria ed economica espongono fasce di popolazione sempre più ampie a processi di vulnerabilità, esclusione sociale, riduzione dei servizi pubblici, in contrasto con le direttive europee, i cui principi chiave sarebbero: sussidiarietà, partecipazione, coesione, diritti umani, autonomia, approccio olistico, facilità d'uso, efficienza

L'Italia investe, per i sostegni alle famiglie, solo l'1,4% del PIL, rispetto al 2,23% della media OCSE (dati OCSE 2011 e Istat 2011), collocandosi all'ultimo posto. Analogamente, l'Italia risulta al 23° posto in Europa come sostegno ai disabili e ai non autosufficienti e all'ultimo posto per la lotta alla povertà assoluta (0,1% del PIL; si veda sopra).[109]

Un quinto delle famiglie italiane con figli minorenni ha difficoltà a raggiungere le sedi scolastiche; contemporaneamente, di 1.241.000 famiglie fa parte un over 80.

L'indice di dipendenza, inteso come rapporto fra minori+anziani su popolazione attiva, supera il 50% nella maggior parte delle Regioni italiane (la media è pari al 52.2%, con punte in Liguria e in Umbria) ma - in prospettiva - peggiorerà, arrivando al 64.9% e all'84.7%, rispettivamente nel 2030 e nel 2050.

In 25 anni (1983-2009), la percentuale di famiglie necessitanti un aiuto è cresciuta dal 16,9 al 23,3%, soprattutto in quelle con bambini di età inferiore ai 14 anni e con madre occupata (dal 30,9 al 37,5%). [110]

Il comparto dei servizi socio assistenziali italiani, dopo la legge 328/2000, ha portato a una pluralità di assetti e modelli territoriali/regionali, dovuti sia alle amministrazioni locali che al contributo delle organizzazioni del terzo settore.

Secondo l'IREF - su dati 2008 - i sistemi regionali del *welfare* (inteso come assistenza sociale, servizi resi, anziani assistiti, famiglie coinvolte) potevano essere classificati in 4 gruppi:

- "munifici " (Valle d'Aosta e Trentino)

- "efficienti" (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli, E.Romagna)

- "sotto pressione" (Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Sardegna)

- "fragili" (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria).

In definitiva, il sistema funzionava in modo accettabile in sole 7 Regioni.

Dopo 5 anni, le cose non sono cambiate: le Regioni "virtuose" nel rapporto servizi/spesa sono sempre le stesse, quelle del Nord, anche se, nelle Regioni del Sud, la spesa corrente per la funzione sociale è cresciuta di più, +35,8% (contro la media italiana del 27,1%), che nel Centro-Nord, dal 23,4 al 25,3%.[111]

---

[108] ibidem, Istat*, Rapporto Coesione sociale 2010-2011 e aspetti della vita quotidiana,* Istat 2011.

[109] Ibidem e .AA.VV., *Povertà assoluta*, disponibile su www.forumterzosettore.it; www.astrid.eu; Cristiano Gori, Il Sole 24 ore, 02/06/12, pag.12

[110] Op. cit. *Rapporto Coesione sociale 2010-2011*

[111] Istat, Indagine sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli o associati, Istat, 2011.

A fronte di una spesa sociale/capite nazionale pari a 131,5 euro/pro capite (2008), nel Nord si spendono 151,5 euro e nel Sud 92,8 euro (dati Ifel-Anci,2010).

Controlli di qualità verrebbero fatti solo nel 21-22% dei casi: da ciò, l'elevata percentuale di insoddisfazione dei cittadini (64,6%), con valori superiori al Centro e al Sud (rispettivamente, 70,2 ed 84,7%) (dati SSPAL-Censis 2008). I cittadini chiederebbero, nell'ordine, queste azioni sociali: servizi domiciliari per anziani-infanzia-disabilità, interventi di promozione sociale, sussidi economici, servizi semiresidenziali e interventi volti a contrastare le emergenze sociali.

Restano insoluti i problemi relativi ai LEA sociali (ex legge 328/2000) e alla mancanza di un sistema nazionale di monitoraggio e valutazione [112].

Da ciò, le disomogeneità territoriali, la diversa qualità dei servizi, l'assenza di standardizzazione dei costi, l'incertezza sulle risorse, la carenza di informazioni, la diseguaglianza dell'offerta (IRS, 2010).

Anche gli attori eroganti gli interventi sono diversi tra loro: terzo settore, associazioni di promozione sociale, organizzazioni di volontariato, onlus, cooperative sociali, organizzazioni sindacali, soggetti singoli, opere religiose, Comuni.

Il *welfare* locale è sperequato a livello territoriale, passando da una spesa di 280 euro/capite (Trento) a una di 30 euro/capite (Calabria): anche in questo caso, tutto il Mezzogiorno (eccettuata la Sardegna) eroga circa un terzo delle risorse erogate dal Nord-Est. Un'ulteriore peculiarità è costituita dal fatto che, nel Centro Nord, il 60-71% del finanziamento è legato a entrate proprie, mentre nel Sud e nelle Isole prevalgono i trasferimenti statali e regionali. [113]

La spesa per interventi e servizi sociali dei Comuni (singoli o associati) è così articolata: famiglie e minori, 40,6% pari a circa 2.6 miliardi di euro; disabili, 21%; anziani, 21%; povertà-senza dimora, 7,6%; multiutenza, 6,3%; nomadi, 2,7%; dipendenze, 0,7%. In dettaglio, per quanto riguarda famiglie e minori, circa il 50% della spesa serve a sostenere strutture mentre un quarto della stessa viene usata per sussidi (monetari e non) e l'ultimo quarto per l'erogazione diretta di interventi socio assistenziali.

Le spese più basse riguardano, al Centro, i disabili e gli anziani e al Sud i nomadi.[114]

Quanto il FSN 2007-2013 sia riuscito a migliorare l'offerta di servizi al Sud, soprattutto per famiglie e minori, resta un dubbio realistico*:"* La progressiva contrazione delle risorse economiche per l'attività socio sanitaria, legata sia al mancato aumento del FSN (fondo sanitario nazionale) che alla progressiva restrizione dei finanziamenti nazionali ai Comuni, non potrà che ridurre l'offerta dei servizi, aumentando ovviamente il gap tra Nord, Centro e Sud, essendo le Regioni del Centro e del Sud massicciamente oggetto di piani di rientro dal disavanzo sanitario.

4.1 *Welfare* e federalismo: teoria e prassi

La costruzione di un ordinamento federale incompleto (leggi n° 3/2002 e Legge n°14/2009) ha posto le basi per un "fisiologico delinearsi di disuguaglianze quali-quantitative regionali", legate non solo alla diversa capacità fiscale per abitante ma anche ai diversi assetti organizzativi e strutturali delle diverse Regioni.[115]

---

[112] AA.VV., *Povertà assoluta*, disponibile su www.forumterzosettore.it; www.astrid.eu; Cristiano Gori, Il Sole 24 ore, 02/06/12, pag.12

[113] Istat 2011, op.cit.

[114] ibidem, op. cit nota 109 e .AVANZINI K, STEA S., *Leas nelle Regioni: dalla L.328/00 ad oggi*, in Prospettive Sociali e Sanitarie, n°8-9, 2010

Resta da capire quanto queste disuguaglianze possano essere giustificate dai principi costituzionali fondanti la Repubblica, teoricamente una e indivisibile (Costituzione, art.2,c.3). In questa logica (Costituz., art.117, c.2, lettera m) andrebbe difesa "la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che debbono essere garantiti su tutto il territorio nazionale".

E' evidente - e lo testimonia tutta la documentazione raccolta dal CNEL - che la prassi è profondamente diversa dalla teoria. Il *welfare* nazionale, già diseguale negli anni del boom economico, sta diventando ancor più disomogeneo da Regione a Regione, in questi anni di depressione. La dicotomia tra la "determinazione" centrale dei LEA e dei LEAS e la loro attuazione locale si allarga sempre di più, per l'imposto equilibrio macroeconomico della finanza pubblica (Costituzione art.81; Trattato U.E.). Da ciò, un crescente contrasto tra diritti potenziali e prestazioni reali, con la necessità assoluta di evitare di disperdere le risorse in essere.

In questa logica occorre puntare a ridisegnare l'intero assetto del *welfare* partendo non da un dato di fatto - la spesa storica - ma da un approccio alternativo che inizi dalla "misurabilità e valutazione della fruizione dei beni e servizi collettivi attraverso indicatori sociali o sociosanitari", che dovranno essere identificati, validati e poi ufficializzati. Dall'acquisizione di questi dati, dovranno essere ridefiniti i nuovi livelli essenziali delle prestazioni sociali, da finanziare in modo integrale e da garantire a tutti i cittadini. E' il percorso che sta facendo da anni il CNEL, insieme ad Istat e CER, come si evince dalle Relazioni 2011-2012 e 2013 del CNEL.

Si tratta di un contributo sostanziale che può portare dal pagamento "alla cieca" di prestazioni di dubbia utilità al finanziamento selettivo (verticale) di ciò che serve realmente al singolo individuo.

4.2 Tra costi standard e fabbisogni standard

La legge n° 42/2009 ("federalismo fiscale") ha creato le premesse per il superamento graduale della spesa storica a favore del "fabbisogno standard per il finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP)", di cui all'art. 117, c.2, lettera m) della Costituzione.

In definitiva, (vedi artt.2-8 -9-20 della legge n° 42/2009), nell'arco di 5 anni (2009-2014) si dovrebbe passare dalla spesa storica al fabbisogno standard dei LEP, ottenuto moltiplicando i costi standard per la quantità delle prestazioni. Il fabbisogno standard dovrebbe essere finanziato con tasse e ticket.

E' ben noto che il criterio della spesa storica non distingue tra efficienza e inefficienza e non fornisce scelte innovative. Il "costo standard ideale", per essere tale, deve essere frutto di un ideale rapporto efficienza/efficacia. Spesso, invece, l'ente pubblico preferisce soluzioni che privilegiano l'economicità all'efficienza, oppure ragiona per "scelte politiche" e non per "scelte tecniche". E' altresì chiaro che "costo standard" non significa costo medio, ma che l'elemento "costo" diviene solo uno dei molteplici criteri sulla base dei quali viene costruito un "valore standard".[116]

Ciò implica competenze tecniche neutrali e giudizi di merito. Va anche valutato il soggetto, cui spetta la valutazione dei costi standard sia esso lo Stato (art. 119 della Costituzione) o le Regioni. Comunque sia, l'utilizzo del *benchmarking* tra Enti omogenei e per prestazioni omogenee evita che un'analisi

---

[115] Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, *Raccomandazioni finali*, Atti XI° Congresso SIMM. Palermo, 21/05/11 e CARABBA Manin, *Riflessioni su federalismo e welfare*, in Rivista giuridica del Mezzogiorno, Il Mulino, 2012; N° 1-2; pp. 25-8.

[116] BENETTI Maurizio, Quattro articoli sulle pensioni, in Eguaglianza e Libertà. Rivista di critica sociale. 2012, febbraio-marzo e CARABBA Manin, op. cit.

eccessivamente parcellizzata (per tutti i livelli di governo e per tutti i servizi) porti a risultati difformi ed inaffidabili.

La legge citata ipotizza di premiare chi associ alta qualità a bassa pressione fiscale (art.17, c.1): in altri termini, la qualità peserebbe 2 volte e la pressione fiscale penalizzerebbe gli Enti più finanziariamente esposti.

Dal tecnicismo, si passa così al paradosso e al compromesso politico.

C'è di peggio (art.27, c.8). Il modello *top-down* applicato è il seguente: prestazioni essenziali (definite a livello centrale); costi standard unitari; fabbisogno finanziario standard nazionale; ripartizione "discrezionale" del suddetto alle diverse Regioni. Se la crisi economica peggiorerà, dice la legge, tutti i percorsi dovranno essere rifatti. In definitiva, la legge n°68/2011 viola la Costituzione, che impone un confronto tra risorse e finanziamento dei LEA, prefissando invece un finanziamento economico limitato, a monte.

Utilizzare il *benchmarking* di tre-cinque Regioni significa, infatti, usare ancora la "spesa storica" di quelle Regioni, da estendere alla altre. Ma la distribuzione del denaro alle altre Regioni tiene - ancora una volta - conto di molti altri fattori tra i quali, ad esempio, la "popolazione pesata su base matematica". Insomma, al di là delle affermazioni di principio, la prassi non cambia. Lo Stato ha una certa quantità di denaro, che ripartisce pro-capite, indipendentemente dai costi standard e da ogni altra elaborazione tecnica.

4.3 L'assistenza sociale in Europa

A livello europeo, il *Social Protection Committee* ha adottato nel 2010 un atto, intitolato "*A voluntary european quality framework for social services"*, impostato sui principi legati all'accesso universale, alla peculiarità della persona, alla continuità dell'erogazione e all'attenzione agli esiti del processo.

Nel 2011 la Commissione Europea ha formalizzato la propria "Piattaforma di lotta alla povertà ed all'esclusione sociale", che insiste sulla ricerca di un quadro europeo comune per la coesione sociale e territoriale, basata su un approccio qualitativo. Quanto ciò sia realizzabile, in un periodo di grave crisi economica, resta indefinito. Tuttavia, la recessione economica europea, inducendo povertà e aumentando i bisogni sociali, necessita, invece, di elevata attenzione e di iniziative concrete

4.3.1 Povertà/esclusione sociale e Strategia europea 2020

Nell'ambito della Strategia Europa, la UE ha varato l'iniziativa faro " *Piattaforma contro la povertà e l'esclusione sociale: un quadro europeo per la coesione sociale e territoriale*", che prevede la trasformazione del metodo aperto di coordinamento su esclusione e protezione sociale in una piattaforma di cooperazione che comprende il principio di revisione *inter pares* e lo scambio di buone pratiche. Gli Stati membri sono tenuti quindi a promuovere, nell'ambito del semestre europeo, una serie di misure che vengono indicate nell'Analisi annuale della crescita 2013 e che saranno oggetto delle Raccomandazioni della Commissione il prossimo giugno.

La strategia complessiva può essere così sintetizzata.

1. Il Governo, nell'allegato al documento sul PNR che fa parte del DEF 2012, classifica come *Contrasto della povertà*, sei misure sulle cento e sessantasei descritte, tra queste la nuova modalità della *social card* annunciata in questi giorni. L'esiguità delle misure contrasta con la gravità del problema riconosciuto anche nello stesso PNR, dove si legge che " *l'Italia è uno dei Paesi dell'Europa a più alto rischio di povertà relativa, cioè con il maggior numero di abitanti con un reddito inferiore del 60% a quello mediano nazionale".* Ma al tempo stesso si evidenzia che *" i vincoli di finanza pubblica e l'attuale organizzazione del sistema assistenziale rendono difficile, nel breve periodo, l'introduzione di misure di*

contrasto alla povertà rispondenti a criteri di universalità e adeguatezza analoghe a quelle esistenti nella quasi totalità dei paesi europei".

2. Il richiamo ai vincoli di finanza pubblica ci rimanda alla nuova architettura della *governance* europea che ruota attorno a una serie di misure sintetizzate nel *Six pack* e nel *Fiscal compact*, di prossima ratifica, che sono in conflitto con gli obiettivi della Strategia Europa 2020, a cui si richiama, peraltro fin dalla sua introduzione, il Documento di Economia e Finanza. Infatti, le misure di austerità che vi sono indicate mettono a rischio il raggiungimento di alcuni *target* della Strategia 2020, in primis quello già illustrato della Piattaforma contro la Povertà. Le stesse istituzioni europee stanno attirando sempre più l'attenzione su questo punto e chiedono che venga posto l'accento anche sull'impatto sociale della crisi (posizione prima della presidenza di turno polacca e adesso danese, sulla valutazione degli effetti a livello economico sociale e ambientale della nuova legislazione Ue). L'ultimo sondaggio Eurostat del 2011 indica che nella maggioranza dei paesi europei **i cittadini sono dell'avviso che la povertà sia in aumento rispetto al 2010 e solo il 22% degli europei ritiene che si stia facendo abbastanza per combatterla.**

3. In materia di politiche sociali, la lotta alla povertà e all'esclusione sociale rappresenta uno dei cinque *target* quantitativi fissati dalla Strategia Europa 2020.

4. L'obiettivo per l'Unione Europea nel suo insieme è di ridurre di almeno 20 milioni il numero a rischio di povertà o esclusione sociale. (obiettivo portato a 12 milioni in considerazione del persistere della crisi). L'obiettivo specifico per l'Italia è di 2,2 milioni di persone. **Nel nostro Paese, l'indicatore di Eurostat mostra come nel 2010 circa un quarto (il 24,5%) della popolazione fosse a rischio povertà ed esclusione sociale e come nel 2012 detto rischio si sia elevato al 29,9% (vedi sopra)** .Si tratta di un valore più elevato della media europea (21,5% se calcolata sui soli 17 paesi dell'area euro e 23,4% tra i 27 paesi). Il rischio si concentra nel Mezzogiorno (39,4%), tra le famiglie numerose (36,3%), le madri sole (39,0) e gli anziani soli (32,4**%). La povertà assoluta, calcolabile solo a livello nazionale, riguarda il 5,2% della popolazione (dati Istat).**

5. Il secondo Rapporto annuale sulla coesione sociale (Ministero del lavoro/ Inps/Istat) del 2011 rileva che la elevata percentuale di cittadini italiani in stato di povertà assoluta è particolarmente grave se paragonato al livello di ricchezza media del paese che è tra i più alti al mondo e distribuita in modo assai concentrato. Infatti, se si guarda al rapporto fra la quota di reddito del 20% più ricco e quella del 20% più povero della popolazione, l'Italia, insieme a Spagna, Portogallo e Regno Unito, risulta tra i paesi caratterizzati dal maggior grado di disuguaglianza nella distribuzione dei redditi. Inoltre, i trasferimenti sociali nel nostro Paese riducono il rischio di povertà di circa cinque punti percentuali contro gli oltre dieci del Belgio, Francia e Danimarca. **L'Italia è tra i pochi paesi europei a non disporre di uno strumento specifico di lotta alla povertà**, non appare casuale quindi l'effetto contenuto dei trasferimenti sociali.

6. La povertà e l'esclusione sociale, presenti dagli anni '90 in forma sedimentata nella società italiana, rischiano una accelerazione in questo periodo di recessione. Per contrastare la povertà, considerato il suo carattere multidimensionale, da una parte, bisogna agire sulle sue cause strutturali attraverso politiche di crescita (finora peraltro non adeguatamente affrontate), dall'altra - considerato che le misure d'austerità stanno avendo e avranno ancora negli anni a venire un impatto negativo sull'erogazione dei servizi fondamentali - è urgente mettere in campo politiche sociali efficaci e mirate di prevenzione e contrasto al fenomeno che, in una logica di *mainstreaming*, dovrebbero attraversare un maggior numero di misure prioritarie, rispetto alle sei previste nella griglia in allegato al PNR 2012. Va senz'altro accolta positivamente e seguita con attenzione la proposta avanzata dal governo di agganciare i fondi strutturali

all'inclusione sociale, in particolare per il Sud. A dicembre 2011, risultava speso solo il 25,2% dei circa 3,6 miliardi a disposizione.[117]

[117] COROSSACZ Anna, *Povertà ed esclusione sociale, CNEL,* nota del maggio 2011

5.0 PROTEZIONE SOCIALE E GLOBALE

In questo capitolo riporteremo alcune analisi relative ai principali aspetti della protezione sociale in Europa e nel nostro Paese, al fine di favorire un dibattito costruttivo.

5.0.1 Europa. C'era una volta il welfare

Una recente ricerca[118] ha provato a calcolare l'entità complessiva dei tagli alla spesa sociale europea, dopo la "ricetta" prescritta dal governatore della Banca Centrale europea, Mario Draghi: rigore di bilancio e tagli drastici alla spesa pubblica. Il risultato è che, nel biennio 2011-2012, l'*austerity* ha bruciato 230 miliardi di euro di spesa sociale.

Si riporta, qui di seguito, la situazione nei maggiori Paesi europei.

Grecia: i tagli alla spesa sociale greca hanno superato, nel 2010 e nel 2011, i 50 miliardi di euro/biennio, pari al 10% del PIL/anno. E' previsto un taglio di 150.000 posti nella P.A. in 3 anni, di cui 25.000 nel settore sanitario. Il taglio dei salari e delle pensioni sopra i 1.300 euro, ha abbattuto in modo indiretto le nuove entrate destinate al *welfare*. Per il 2012 era previsto un risparmio pensionistico di 2,9 miliardi, un taglio di 3,6 miliardi nel settore sociale e di 4,5 miliardi nella farmaceutica. Tuttavia, i tagli complessivi, se del caso, potrebbero salire da 50 a 60 miliardi.

Portogallo: nel 2012, il governo ha stanziato quasi un miliardo in meno alla sanità; dal 2010, inoltre, si registra un calo del 10% per pensioni e stipendi. Nonostante ciò il deficit si mantiene tra il 7,5 e l'8%, ben distante dall'obiettivo U.E. del3%. Il 15% della popolazione è disoccupata.

Irlanda: le spese sociali sono state ridotte di 2,8 miliardi, in aggiunta a risparmi per 1,2 miliardi sugli stipendi pubblici (-8%).

Spagna: è in atto un taglio su sanità ed educazione, per 10 miliardi di euro. La spesa pubblica 2011-2012 è stata tagliata per oltre 13 miliardi; le pensioni sono state congelate; è stata varata la riforma del lavoro. La disoccupazione si attesta al 24% e quella giovanile sul 50%.Obiettivo 2013 è arrivare a un rapporto deficit/PIL pari al 3%.

Francia: la riforma pensionistica del 2010 produrrà, al momento della messa a regime, ossia nel 2018, un risparmio di 16 miliardi. Nel 2011 il *welfare* è stato tagliato per 7 miliardi.

Regno Unito: sono state pianificate riduzioni alla spesa pubblica pari a 103 miliardi di euro in 4 anni, a partire dal taglio di 490.000 dipendenti pubblici. I risparmi verranno dalla riforma delle pensioni (che entrerà a regime nel 2020), dalla riduzione di 1,45 miliardi di euro (1,2 miliardi di sterline) per l'assistenza medica/invalidi/disabili, nonché per la riduzione dei fondi di sussidio alle nascite e alla casa. L'obiettivo di Cameron, nel complesso, è quello di tagliare 36 miliardi di euro (30 miliardi di sterline) per il *welfare*, un impatto pari a circa il 10% del *budget*. La cifra complessiva potrebbe però salire, se si considera che l'esecutivo ha chiesto ai ministeri un taglio della spesa pari al 10%.

Germania: anche i tedeschi vivono l'*austerity*. Nonostante il PIL in crescita del 3,2% nel 2011, il governo Merckel ha programmato una stretta alla spesa pubblica pari a 80 miliardi entro il 2014: essa include 30 miliardi di tagli al *welfare* e la cancellazione di 15.000 posti di lavoro pubblici.

---

[118] AA.VV., *Europa, c'era una volta il welfare*, Lettera 43.it, 14 Aprile 2012. In: www.lettera43.it/economia/macro/welfare welfare-ue-tagliati-230-mld_4367546877.htm

Italia: per gli Italiani, gli anni 2011-2013 sono stati anni di manovre e di tagli dolorosi, che si sono ripercossi sullo stato sociale[119]. Il decreto "Salva Italia" contiene circa 8,5 miliardi di tagli ai trasferimenti degli enti locali (a regime dal 2012), che si traducono in una riduzione dei servizi comunali e regionali: meno sanità, meno socio-sanitario, meno asili, meno servizi affidati alle province. Altri 12,6 miliardi di risparmio sono stati assicurati dalla riforma pensionistica: al netto del fisco, 2,89 miliardi nel 2012; 4,9 miliardi nel 2013 e nel 2014; 4,8 miliardi nel 2015. Quasi un terzo della manovra, circa 21 miliardi, è composto da tagli allo stato sociale. A ciò, va aggiunta la delega fiscale da 40 miliardi - voluta da Tremonti nel 2011- che dovrebbe portare nelle casse dell'erario 40 miliardi, legati all'eliminazione di agevolazioni fiscali e assistenziali non solo a "privilegiati", ma anche a "categorie protette": malati e famiglie con redditi bassi, per un valore di circa 10 miliardi. Infine, i tagli all'istruzione: piano di rientro della spesa e tagli ai dipendenti per 8 miliardi nel triennio e ulteriore taglio, nel 2013, del 20% al sistema universitario. Non è ancora quantificabile l'impatto negativo della "legge di stabilità 2013" sullo stato sociale.

5.1.1 I dettagli della spesa italiana

Le prestazioni sociali sono i trasferimenti alle famiglie (persone), in prestazioni o denaro, fatti dai diversi soggetti eroganti (Enti previdenziali, Stato, Regioni, Comuni etc.) al fine di coprire gli oneri derivanti da specifici rischi, eventi, bisogni [120].

Analizzando i singoli settori di intervento, si possono distinguere:

a. sanità: riguarda tutti gli interventi volti a mantenere o a riacquistare lo stato di salute;

b. previdenza: presuppone la costituzione di una posizione contributiva precedente e comprende anche gli interventi atti a salvaguardare - a breve termine - il salario;

c) assistenza: non presuppone una posizione contributiva ed è destinata a sostenere i redditi insufficienti

Per quanto riguarda le ENTRATE, nella UE27 (Dati Eurostat 2010) il finanziamento della previdenza sociale è costituito:

-per il 56,8% dai contributi a carico del datore di lavoro (36,7%), del lavoratore (20,1%) ed altro (4%)

-per il 39,1% dal finanziamento pubblico.

In Italia (dati 2010), esso è invece costituito:

-per il 54,6% dai contributi a carico del datore di lavoro (39%), del lavoratore (15,6%) ed altro (1,6%)

-per il 43,8% dal finanziamento pubblico.

La spesa sociale globale è così finanziata sia dai singoli (versamenti di varia natura, individuali o datoriali), che dal bilancio dello Stato, come tale.

Nella UE27, la spesa per la protezione sociale anno 2010 ammonta a 7185 euro/capite (range 1.936-14.896), pari al 29,5% del PIL UE27.

In Italia essa è –nel 2011- di 7.335 euro/capite, pari a circa il 29,7% del PIL (dodicesima posizione europea; valeva il 28,6% nel 2010, nona posizione, rispetto alla media UE27, con un importo pro capite in crescita (era 6.242 euro nel 2006)

---

[119] MAZZOTTI Filippo, op. cit.

[120] AVANZINI K, STEA S, op. cit.

Le entrate coprirebbero circa l'81,2% della spesa, fatto degno di essere meditato, in tempi di *spending review*.

In sintesi, la spesa sociale italiana ha sempre privilegiato 3 funzioni: vecchiaia, malattia e superstiti, trascurando le altre (invalidità, famiglia, disoccupazione, esclusione sociale, casa), andando cioé in controtendenza rispetto alla UE27 ed alla UE15, dove si è privilegiata la tutela anche della precarietà lavorativa e familiare.

Secondo l'Istat nel 2010, il peso della spesa delle prestazioni sociali rispetto al PIL è cresciuto del 3,6% in sei anni (2004-2010), soprattutto per i costi di due funzioni: vecchiaia e sanità (+1,6 e +1,1%, rispettivamente). In sei anni, sono aumentate, in valori assoluti, anche le spese legate alla disoccupazione (+1,2%), alla malattia (+0.7%) e alla famiglia (+0.4%).

Al proposito, riteniamo utile confrontare tra loro i dati 2009-2010-2011, fondamentali per capire cosa potrà succedere negli anni più bui della recessione (2013 e successivi).

Nel 2009, i costi della protezione sociale globale ammontavano a 432,357 miliardi, così articolati: sanità, 102,782 miliardi (23,7%); previdenza, 290,905 (67,28%); assistenza, 38,670 (8,94%). Le ultime due voci, dunque, ammontavano da sole 329.575 milioni di euro. Inoltre, su 432,357 miliardi di costi della protezione sociale ben 402,189 (=93% del totale) erano attribuibili alla Pubblica Amministrazione, sottolineando così l'importanza della spesa pubblica nel settore specifico.[121]

Altri dati Istat per il 2009[122] riportano cifre diverse: spesa sociale non sanitaria, 285.145 milioni di euro (18,7% del PIL), articolata in: previdenza, 264.185; assistenza, 20.747; socio-sanità, 214 milioni di euro. I contributi previdenziali sono pari a 222.975 milioni di euro (14,7% del PIL).

Nel 2010[123], la spesa per la protezione sociale presentava cifre abbastanza diverse da quelle del 2009, con un totale pressoché analogo di 442.638 milioni di euro, ripartito in: 105.451 milioni di euro di spesa sanitaria. La spesa per Previdenza ed Assistenza, erogata in Italia dalle Istituzioni pubbliche e private, era di 337.188 milioni di euro (di cui 299.111 per prestazioni sociali in denaro e 38.076 per assistenza) pari a 4.957 euro/capite.

Le entrate ammontano a 321.601 milioni di euro, di cui, 242.766 come contributi sociali, che coprono così l'81,1%% della spesa per prestazioni.

Indipendentemente dall'affidabilità dei dati (e dal ritardo con cui essi vengono elaborati, rispetto al momento della raccolta) resta un fatto certo: la spesa previdenziale e assistenziale supera il finanziamento relativo di almeno 17milioni di euro.[124] Resta, dunque, difficile fare una valutazione corretta, data la variabilità dei dati forniti[125] come risulta anche dall'allegata Tabella VI, ricostruita utilizzando i dati ricavati da diverse fonti: Relazione CNEL 2011, 2012,2013; CENSIS 2012; Annuario Statistico Istat 2012. I dati sono espressi in miliardi di euro e in percentuale.

---

[121] AA.VV., *Il primo rapporto di attività dei nuclei per l'analisi e la valutazione della spesa pubblica*, http://www.rgs.mef.gov.il/VERSIONE-I/Servizio-s/Studi-per-1/Rapporto-s/2012/index.html

[122] Relazione CNEL 2012, op.cit., pag 184

[123] ibidem, pagg..160,174,178

[124] iibidem, pagg. 160, 184).

[125] (ibidem, pag.160, 178, 179, 184)

L'ANALISI DELLA SPESA ITALIANA PER IL WELFARE (2009/2011)

ANNO	2009	%	2010	%	2011	%
TOTALE spesa Italiana x Welfare	432,357	100	442,638	100	449,885	100
- SANITÀ	102,782	23,76	105,541	23,82	104,186	23,15
- PREVIDENZA	290,905	67,28	299,11	67,57	306,852	68,22
- ASSISTENZA	38,670	8,94	38,076	8,61	38,847	8,63
Cifre espresse in miliardi di euro						

TABELLA VI. Fonte (1,2) CNEL + ISTAT anni 2012-2013.

Si tratta di cifre significative e di un andamento significativo della spesa globale per il *welfare,* che vede nel 2011 raggiungere la cifra totale di 449,885 miliardi di euro, pari al 29,7% del PIL dello stesso anno, stimato in 1.579 miliardi di euro. Di questi 449,885 ben 417,833 miliardi di euro (92,87% della spesa totale; 26,5% del PIL; 55,7% della spesa pubblica corrente) sono stati spesi dalle Amministrazioni Pubbliche, per prestazioni ai cittadini e per spese organizzative. La spesa privata, quindi, ammonterebbe a 32,05 miliardi di euro, pari all'1,96% del PIL.

Il 68,2% della spesa per prestazioni della P.A. si concentra sulla previdenza (17,8% del PIL) ;l'8,63% (2,1% PIL) è riservato all'assistenza , mentre alla sanità va il 23,15% della spesa (6,6% del PIL).

Prestazioni sociali e contributi previdenziali sono legati alla struttura produttiva e demografica del Paese: più elevati al Nord e più ridotti al Mezzogiorno e al Centro-Sud.

Indipendentemente dai dati presi in considerazione (anni 2009/2011) una cosa è certa: nel complesso dei paesi europei, le risorse devolute a scopi sociali evidenziano, in termine di PIL, una sostanziale stabilità di valori, valutabile tra il 27 e il 28% del PIL (costi amministrativi inclusi).

L'Italia presenta livelli di spesa tra i più contenuti in ambito comunitario, costantemente inferiori alla media UE-15, per valori oscillanti tra - 0,7 e -1.0 punti rispetto al PIL medio UE. I livelli più elevati di prestazioni sociali si osservano nei paesi del Nord Europa (Svezia, Francia, Danimarca, Belgio), con quote tra il 28 ed il 30% del PIL.

Nel periodo 1995-2011, la media europea dei 15 anni mostra una sostanziale stabilità delle risorse destinate a scopi sociali; l'Italia presenta invece un lieve incremento negli anni 2001-2006 (dal 24 al 25,7% del PIL) e una certa stabilità negli anni 2007-2009 (26,6-26,8% del PIL) ed una crescita nel biennio 2010-2011 (28,6-28,46% del PIL), legata sia alla scarsa crescita economica (con compressione del PIL), che a un aumento reale della spesa sociale (+36,6 miliardi, in 3 anni). Resta da definire, tuttavia, il peso reale della "spesa sanitaria *out of pocket*" sul valore complessivo della spesa sanitaria 2011/2013, ipotizzabile tra i 23 ed i 30 miliardi di euro/anno.

Per il complesso dei paesi europei, le voci più consistenti risultano quelle per sanità e vecchiaia: in rapporto alla spesa sociale totale, le due funzioni rappresentano circa il 40 e il 29%. Invalidità e sostegno alla famiglia valgono circa il 9% delle prestazioni totali.

Come si evince dalla sottostante Tabella, nell'Italia del 2011, invece, vecchiaia e sanità costituivano rispettivamente il 51,9% e il 25,1% della spesa totale. L'Italia, inoltre, occupava gli ultimi posti in Europa per le misure a sostegno della famiglia (1,3% PIL), per il contrasto alla disoccupazione (0,8% PIL), per la prevenzione alla povertà e all'esclusione totale.

ANNO	2010	2011
Voci analitiche	%	%
- VECCHIAIA	51,3	51,9
- SANITÀ	25,8	25,1
- SUPERSTITI	9,2	9,3
- INVALIDITÀ	5,9	5,8
- FAMIGLIA	4,4	4,6
- DISOCCUPAZIONE	3,4	3,3
TOTALE	100	100

TABELLA VII. Percentuali analitiche della spesa italiana per la protezione sociale, negli anni 2010-2011 (dati CNEL, CENSIS, ISTAT, rielaborati).

I dati della successiva Tabella VIII evidenziano percentuali di spesa sanitaria diverse rispetto alla precedente Tabella (23,82% nel 2010 e 24,9% nel 2011), anche se i dati provengono dalle stesse fonti,[121] a testimonianza della possibile aleatorietà degli stessi. Comunque sia, le % in questione sono riferite ad una spesa welfare 2010 di 442,638 miliardi,, di cui circa il 93% è attribuibile alla P.A. Nel 2011, la spesa era di 449,885 miliardi di euro, di cui il 92,8% è attribuibile alla P.A.

	ITALIA	UE 15	
% SPESA SOCIALE SUL PIL	28,6%	29,0%	POSIZIONE ITALIA vs. UE 15
VOCI ANALITICHE			
VECCHIAIA	14,7%	11,0%	I
MALATTIA	7,3%	8,3%	XI
SUPERSTITI	2,6%	1,7%	I
INVALIDITÀ	1,7%	2,2%	XII
FAMIGLIA	1,3%	2,3%	XIV
DISOCCUPAZIONE	0,8%	1,8%	XIV
ESCLUSIONE SOCIALE	0,1%	0,5%	XV
CASA	0,0%	0,6%	XV

N.B.
Nella UE 27 il rapporto tra Spesa Sociale e PIL è del 28,2%

TABELLA VIII. Spesa Sociale rapportata in percentuale al PIL. Fonte: Relazione CNEL 2013.

In base ai dati Eurostat, l'Italia si contraddistingue per un basso livello di spesa sociale complessiva e, nell'ambito di questa, per l'elevata quota devoluta alla vecchiaia, a scapito delle misure assistenziali (servizi e denaro).[126]

Quanto alla presunta anomalia dell'Italia, che avrebbe destinato una parte considerevole delle risorse per la spesa sociale alla vecchiaia, un più attento esame dei dati (pur nella loro precarietà) porta a ridimensionare l'entità della spesa previdenziale. Ecco i punti salienti:

1. per l'Italia le indennità di TFR o TFS (circa l'1,3% del PIL) sono incluse indebitamente nella spesa pensionistica, indipendentemente dall'età del percettore. Si tratta, invece, di salario differito;

[126] PIZZUTI Felice-Roberto, *Spesa sociale, Italia ed UE a confronto*, in Eguaglianza e libertà. Rivista di critica sociale.2009, Novembre; Dati CNEL, CENSIS,ISTAT (Relazione annuale CNEL 2013)

2. i Paesi europei adottano diversi strumenti, per coprire bisogni simili. In Italia, le pensioni di anzianità hanno costituito, in modo improprio, un canale di uscita dal mondo del lavoro. In altri Paesi, invece (es: Olanda e Svezia), si sono usate specifiche indennità di disoccupazione;

3. le prestazioni sociali sono considerate al lordo delle tasse, molto diverse nei vari Paesi europei. Nel nostro Paese, l'onere fiscale, pari al 3,5% del PIL (circa) è più elevato rispetto alla maggior parte dei Paesi europei, con l'esclusione di Danimarca, Austria, Finlandia e Svezia, in cui il peso fiscale oscilla tra il 5 ed il 7% del PIL.

Negli altri Paesi europei (Regno Unito, Irlanda e Germania, in primis), l'onere fiscale oscilla tra l'1,2 e l'1,6% del PIL.

In Italia, la tassazione superiore alla media europea aumenta il *gap* negativo della nostra spesa sociale rispetto alla UE; la spesa sociale pubblica "netta" così calerebbe dal 26,6% circa al 23,1% circa, migliorando nettamente i valori della spesa pensionistica italiana "lorda".

Quanto al finanziamento delle spese sociali, negli ultimi 15 anni, è sempre avvenuto (a livello europeo) più per un aumento della fiscalità generale che della contribuzione individuale, specifica. In questi anni la "quota statale" è cresciuta almeno dell' 1,6% del PIL, pur con andamenti diversi nei singoli Paesi.

In Italia, ad esempio, la quota a carico del datore di lavoro si è ridotta di circa il 9% in 12 anni (1995-2006), a fronte di una stabilità della contribuzione dei lavoratori. Il fenomeno sembra dovuto alla graduale fiscalizzazione degli oneri sociali.

Nella restante Europa dei quindici, invece, la quota dei contributi sociali a carico dell'azienda e del lavoratore è del tutto prevalente (oltre il 56% del valore totale). In Italia, gli oneri sociali rappresentano circa il 32% del costo del lavoro complessivo; la tassazione il 15% , mentre il cuneo fiscale (46,5%) è lievemente superiore al valore medio (43%), ma inferiore a quello di Belgio, Francia, Germania.

5.2 Le politiche sociali attuali

Durante i lavori della Conferenza delle Regioni del 22 settembre 2012, è stato approvato un documento che fa il punto sullo stato delle politiche sociali nel nostro Paese, dopo il varo definitivo della manovra economica. Il documento è stato rilanciato nel corso della manifestazione congiunta Regioni-Province-Comuni dello stesso anno a Perugia, contro gli effetti della manovra. Tutti i livelli istituzionali sono concordi nel chiedere con forza nuovi obiettivi per lo sviluppo sociale e locale.

Il CNEL ritiene doveroso riportare la posizione regionale e i dati macroeconomici che sottendono la posizione stessa augurandosi che - nella Relazione annuale CNEL del 2014 - sia disponibile una base dati completa e affidabile e, quindi, maggiormente utile alla costruzione di politiche sostenibili.

5.2.1 Il quadro socio- economico

Il quadro socio-economico, come sopra descritto, è destinato a peggiorare sensibilmente, data la cronicizzazione della fase di deflazione, l'aumento della disoccupazione - soprattutto giovanile (dal 28% in su) - , l'aumento delle famiglie povere (24,7% della popolazione italiana, nel 2011; 29,9% nel 2012), la scarsità delle risorse per le politiche familiari, la riduzione dei fondi per la prevenzione delle patologie croniche, l'assenza di un fondo dedicato alle disautonomie, alle patologie della terza età, alle malattie rare. E' opinione diffusa che, stando così le cose, si vada verso "la fine delle politiche sociali", con arretramento delle garanzie sociali garantite dal dopoguerra ad oggi.

Tutto ciò, perché i decisori politici italiani non hanno imparato la lezione europea (soprattutto tedesca) che insegna che i servizi dedicati alla persona servono ad aumentare il PIL: un euro speso in attività sociali ne produce circa 16.

5.2.2 Le politiche sociali: analisi delle Regioni

Le Regioni rappresentano un ammortizzatore delle pesanti diseguaglianze territoriali e, da un decennio, anche una leva che promuove il miglioramento dello sviluppo locale (obiettivi di Lisbona, Agenda Europea 2020), considerato che, secondo l'Europa, coesione e inclusione sono i pilastri per rilanciare il sistema economico e promuovere una crescita "intelligente, sostenibile e solidale".

In Italia, la normativa vigente (in particolare la legge 328/2000 - *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali)* ha individuato nuovi scenari per le Politiche Sociali con il superamento dell'assistenzialismo fine a sé stesso e la spinta verso un sistema delle autonomie locali che promuove l'auto-aiuto e le responsabilità individuali. La Comunità sociale dovrebbe muoversi per una concreta sussidiarietà verticale (leale collaborazione tra i livelli di Governo) e orizzontale, assegnando un ruolo forte - in termini propositivi e di gestione- al Terzo Settore, all'Impresa Sociale e alla solidarietà sociale (volontariato e associazionismo) e accompagnando questo nuovo assetto con un ruolo di indirizzo, di programmazione e di regia da parte del sistema delle Autonomie (Regioni, Comuni e Province), secondo i compiti loro assegnati dalla Costituzione.

Nell'ultimo decennio, le Regioni hanno messo a punto le reti dei servizi**,** guardando alle peculiarità locali e ai bisogni della popolazione del loro territorio, con una condivisione degli obiettivi da raggiungere (insieme ai Comuni e alle Province). Con gli apporti delle istanze sociali e degli organismi di tutela dei cittadini, hanno promosso e realizzato interventi e prestazioni a favore di famiglie, persone, minori, anziani, disabili, fragilità e marginalità sociali. Certamente, gli obiettivi dei servizi sociali sono ben più ampi di quelli previsti dalla "delega assistenziale" presentata dal Governo, che ipotizza di rispondere solo alle "persone autenticamente bisognose", riportando le finalità delle politiche sociali ante-legge Crispi del 1890.

Le politiche sociali, attraverso i loro servizi **integrati** con la salute, la scuola e la qualificazione professionale, hanno sostenuto coloro che sono in difficoltà, attenuando anche quelle tensioni, che possono produrre forti disagi e reazioni nella popolazione più marginale. E' su questa base che le Regioni condividendo un percorso anche con le Autonomie hanno interpretato prontamente quanto indicato nei decreti legislativi sul federalismo municipale e regionale (Decreti legislativi 216/2010 e 68/2011) e hanno redatto un documento sui **macro obiettivi** (obiettivi di servizio) delle Politiche sociali articolati in:[127]

1. servizi per l'accesso e la presa in carico da parte della rete assistenziale;
2. servizi e misure per favorire la permanenza a domicilio;
3. servizi per la prima infanzia e a carattere comunitario;
4. servizi a carattere residenziale per le fragilità;
5. misure di inclusione sociale e di sostegno al reddito (in questo livello sono inserite anche le misure economiche nazionali).

All'interno dei macro obiettivi sono previste linee di intervento che vanno dal sostegno alla famiglia ed alla persona, nelle condizioni di disagio e di povertà, a facilitazioni per favorire l'inclusione dei disabili (dalla scuola al lavoro), al sostegno domiciliare per i non autosufficienti, alle strutture residenziali per chi non ha sostegno familiare, all'accompagnamento nella crescita per i minori, gli adolescenti e i giovani (nidi e altri servizi in base all'età), ai servizi per le dipendenze, l'immigrazione e le marginalità , in modo da

[127] AA.VV., www.regioni.it/home_art.php?id=13

ricostruire un tessuto sociale di accoglienza e di miglioramento della qualità della vita**.** Queste sono le politiche sociali: uno strumento di inclusione e di sostegno di tipo universalistico a favore di tutti i cittadini.

5.2.3 L'articolazione della spesa per gli interventi sociali

La Spesa sociale è distribuita tra Stato Regioni **e** Comuni**.** La Tabella IX [128] ne indica l'articolazione avvenuta nel triennio 2006/2008.

SPESA SOCIALE:
STATO, REGIONI e COMUNI

ANNI	EURO	% Stato	% Regioni	% Comuni	TOTALE
2006	5,95408	11,2	8,4	80,4	100
2007	6,39938	12,0	18,1	70,0	100
2008	6,66238	7,8	17,3	74,9	100

CIFRE ESPRESSE IN MILIONI DI EURO
I CONTEGGI FINALI 2009/2013 NON SONO ANCORA DISPONIBILI

TABELLA IX. FONTE: voce bibliografica nr. 125.

Alla spesa indicata, si aggiunge quella delle Province - dedicata all'area sociale - pari a 831,2 milioni di euro per il 2006; a 310,2 per il 2007; e 345,2 per il 2008.

Si può osservare che l'incidenza del finanziamento statale è diminuita nel tempo e - dalla tabella successiva - si potrà valutare come nel 2011 l'incidenza sia stata quasi pari a zero.

Con l'aumento del concorso regionale e di quello dei Comuni, **nel 2010**, la spesa sociale pubblica si sarebbe attestata su circa **7,3 miliardi**, a cui si affianca una spesa privata per l'aiuto alla cura dei bambini, dei disabili e degli anziani (soprattutto non autosufficienti) di **oltre 9 miliardi**. Riguardo la spesa privata, va sottolineato come il "mercato del lavoro di cura" sia una fonte di reddito per oltre un milione di persone e, con l'invecchiamento della popolazione, sarà un settore in espansione, che va considerato anche sul piano dell'offerta di posti di lavoro (in particolare per la mano d'opera femminile).

Se vogliamo esaminare la distribuzione della spesa tra le diverse aree di assistenza, la maggior dimensione è a favore di minori e famiglia (40,2%), seguono gli anziani (22,5%), i disabili (21,1%), e altri interventi per disagio e marginalità (16,2%). Con la spesa indicata sono state erogate milioni di prestazioni nel 2010, tra le quali: 260.000 bambini sono stati accolti negli asili nido e nei servizi per la prima infanzia; 40.000 nuclei familiari e oltre 1 milione di persone singole, sono stati seguiti dai servizi sociali; 90.000 disabili sono stati assistiti a domicilio e supportati nella scuola e nella formazione professionale; 400.000 anziani sono stati seguiti a domicilio (250.000) o nelle strutture residenziali/centri diurni (150.000); 280.000 prestazioni di aiuto sono state erogate a persone appartenenti a fasce di disagio sociale.

[128] in ibidem

Nella parte successiva si evidenzia l'andamento dei finanziamenti nazionali alle varie Regioni, nel corso degli anni 2008-2011, articolato nei **sei Fondi Nazionali**: Politiche sociali, Famiglia, Infanzia, Politiche giovanili, Pari opportunità, Sostegno affitti. Va sottolineato con forza che, nell'arco di quattro anni, il valore complessivo di questi Fondi è stato ridotto al 14,7% del valore iniziale.

5.2.4 L'andamento dei finanziamenti nazionali alle regioni per l'area sociale 2008-2011

La Tabella X[129] riporta la suddivisione dei fondi nazionali annuali per il sociale, articolata nei diversi sottocapitoli.

FONDI NAZIONALI PER IL SOCIALE

Tipologia FONDO	2008	2009	2010	2011	2012 *
Fondo POLITICHE SOCIALI	670,8	518,2	380,2	178,5	?
Fondo FAMIGLIA e INFANZIA	197,0	200,0	100,02	0	?
Fondo POLITICHE GIOVANILI	0	0	37,4	0	?
Fondo PARI OPPORTUNITÀ	64,4	30,0	0	0	0
Fondo NON AUTOSUFFICIENZE	299,0	399,0	388,0	0	0
Fondo SOSTEGNO AFFITTI	205,6	161,8	143,8	32,9	?
TOTALE	1.436,8	1.309,0	1.041,4	211,4	?
%	100	92,0	73,4	14,9	?

CIFRE ESPRESSE IN MILIONI DI EURO
* – I CONTEGGI FINALI 2012 NON SONO ANCORA DISPONIBILI

TABELLA X. FONTE: voce bibliografica nr. 125.

Con l'esclusione dei finanziamenti del Fondo Affitti, i finanziamenti nazionali alle Regioni, strettamente legati alle Politiche Sociali, sono stati nel 2008 di 1231,2 milioni di euro, nel 2009 di 1147,2 di milioni di euro, nel 2010 di 900,0 milioni di euro; nel 2011 di 178,5 milioni di euro, con una progressiva diminuzione nei primi tre anni e una caduta verticale nell'ultimo. Anche negli interventi collaterali alle politiche sociali, quali il servizio civile, dobbiamo registrare nell'ultimo triennio tagli di oltre il 60%.

[129] in AA.VV., Il bilancio sociale INPS 2011, INPS e AA.VV., *Il futuro del SSN. L'opinione delle Regioni e della FIASO*, in Avvenire, 13/12/12, pag.13

5.2.5 Le conseguenze dei tagli

Le manovre finanziarie e particolarmente quelle che si susseguono dal 2010 hanno quasi cancellato i Fondi Nazionali. Ciò è problematico, anche di fronte alle considerazioni sulla consistenza economica dei trasferimenti, secondo i criteri del federalismo.

Assessori regionali e comunali alle Politiche Sociali e Sindaci sono concordi nell'affermare che nel 2013 (con forte incertezza anche per gli anni che seguono), le risorse per i servizi sociali sono state dimezzate: non solo per la mancanza dei finanziamenti nazionali, ma per i pesanti tagli effettuati ai bilanci regionali e comunali. Dal 2010, tra Regioni e Comuni sono stati eliminati oltre 10 miliardi, cui si aggiungono quelli dei Ministeri, che contengono anche spese finalizzate per servizi sociali e altre attività come il trasporto locale, il sostegno agli affitti e altro.

Il mancato rifinanziamento del Fondo per le non autosufficienze ha tolto benefici a oltre 50.000 anziani, così come i tagli subiti dal Fondo Minori e Famiglie impediranno la conservazione dei benefici in atto: almeno 20.000 nuovi nati non avranno la possibilità di entrare nei nidi di infanzia o di avere servizi dedicati.

In sintesi, **i tagli alle Politiche Sociali produrranno questi effetti**:

- impoverimento delle famiglie, particolarmente quelle con figli;
- eliminazione di nuovi ingressi ai nidi e alle scuole materne con grossi problemi per le famiglie e per le donne lavoratrici;
- diminuzione delle prestazioni per i disabili;
- riduzione dell'assistenza domiciliare e residenziale agli anziani e ai non autosufficienti per i quali saranno diminuiti anche i supporti per il lavoro di cura privato, con l'aumento di uso inappropriato del Pronto Soccorso e di posti ospedalieri;
- ricaduta sui Lea sociosanitari delle limitazioni alla spesa sanitaria, che con l'aggravio dei tagli al sociale, avrà diretta influenza sui costi dei servizi integrati per minori, disabili e anziani;
- impossibilità a avviare strutture costruite ex novo o riattivate;
- estrema criticità a collegare misure di supporto sociale agli interventi per l'avvio al lavoro;
- aumento delle marginalità che andrà ad influire sull'incremento del disadattamento e della criminalità.

Come si può rilevare, i tagli aggraveranno il quadro socio-economico-assistenziale e porteranno anche a una soppressione di molti posti di lavoro, legati ad attività sociali. Continuare a tagliare indiscriminatamente, senza valutare il quadro di insieme, significa continuare a penalizzare i cittadini più fragili e, in particolare, le famiglie in situazioni più critiche.

5.2.6 Le proposte delle Regioni e delle Autonomie

Tutti i livelli istituzionali sono concordi nel chiedere con forza nuovi obiettivi per lo sviluppo sociale e locale. Le manovre finanziarie non possono vanificare l'impianto federalistico e non si può procedere con un atteggiamento schizofrenico: da una parte, auspicare l'entrata in vigore del federalismo e, dall'altra, colpire pesantemente le autonomie e i bilanci regionali e locali.

Esiste comunque - da parte delle Regioni e delle Autonomie locali - una disponibilità a rimettere in discussione il sistema attuale, purché si parta da una sufficiente disponibilità di risorse**,** in modo da sostenere

la ri-progettazione dello stato sociale. Nessuna crisi economico-finanziaria deve sacrificare la centralità della persona o rinunciare a una visione di insieme che possa coordinare e integrare servizi sociali, sociosanitari e sanitari.

Nei termini indicati, secondo le Regioni, è necessario che il nuovo Governo:

1. **apra un tavolo di confronto e concertazione per il futuro delle Politiche Sociali,** a partire dalla delega assistenziale, tra Regioni, Autonomie e Governo, coinvolgendo anche le Parti Sociali e il Terzo Settore, nel rispetto della leale collaborazione istituzionale voluta dalla Costituzione e dai principi di un corretto federalismo;

2. **affronti i nuovi assetti istituzionali in maniera coerente con il rispetto dei diritti civili e sociali** dei cittadini, approvando in Conferenza Unificata i "Macro Obiettivi di Servizio", che vanno anche a integrare le politiche sociali con quelle educative e di avvio al lavoro, in modo da potere garantire tali diritti, con nuove formule organizzative e con la gradualità consentita dagli obiettivi di spesa, richiesti dall'Europa;

3. **riconsideri in termini positivi** , a partire dalla spesa in atto, **i finanziamenti 2013-2014** per le politiche sociali, ricostituendo un **fondo unico** "per il sociale", anche in relazione a quanto proposto da Regioni e ANCI negli emendamenti al decreto 138/2011, e riconsiderando così il rapporto tra spesa sociale e patto di stabilità.

5.2.7 Spesa socio-sanitaria per gli anziani : cifre ed articolazioni della spesa

Il riferimento è ai dati 2009 dell'indagine Istat/Regioni/Comuni/ Ministeri Economia e Politiche Sociali sulla spesa sociale (resi noti il 22/09/12 e presentati al CNEL il 29/11/12).[130]

Quanto vale la spesa per i servizi socio-sanitari per gli anziani? Secondo l'Istat, la media nazionale del 2009 è di 278 euro, ma al nord sale fino a 608 euro. In coda il Molise con 35,90 euro.

Per ciò che concerne la spesa per i servizi sociali, ci si limita a fare il punto sulla spesa per gli interventi di titolarità dei Comuni e delle varie forme associative di gestione dei servizi sociali.

Un'analisi della **spesa sociale delle Regioni**, riportata nell'articolo di cui alla nota precedente, evidenzia come le Regioni centro-settentrionali spendano in media 146,48 euro pro capite, cifra che scende a 134,71 euro se si prendono in considerazione le sole Regioni a statuto ordinario.[131]

La spesa delle Regioni a statuto autonomo, infatti, è nettamente maggiore delle altre: da un minimo di 215,10 euro pro capite nel Friuli Venezia Giulia fino ai 294,70 euro della Provincia di Trento. Tra le aree dove il sociale assorbe meno risorse pro-capite, troviamo il Veneto (113,80 pro capite), le Marche (107,20), l' Umbria (95,40).

Rispetto al resto del Paese, il Mezzogiorno evidenzia un divario enorme nell'impegno di risorse per sostenere gli interventi sociali: la spesa media pro-capite di queste Regioni (69,04 euro) non raggiunge neanche la metà della rispettiva quota del Centro-nord. Tra gli altri aspetti di rilevo segnalati, la constatazione che i principali destinatari delle prestazioni del *welfare* locale sono famiglie e minori (39,9%), persone con disabilità (21,6%) e anziani (20,3%). Insieme, queste tre voci assorbono l'8% delle risorse impiegate. Marginale la spesa per le dipendenze (0,9%) e per immigrati e nomadi (2,7%), mentre gli interventi municipali per la povertà e l'esclusione sociale assorbono una discreta quota delle risorse (8,3%).

---

[130] AA.VV., *Verso un welfare sussidiario*, in Atti Convegno CNEL del 29/11/2012.

[131] Ibidem e AA.VV., www.regioni.it/home_art.php?id=133

Diverso è anche il **modello di spesa** delle diverse aree del Paese.

Nel Settentrione la fetta più consistente di spesa va a famiglia e minori (prevalentemente asili), mentre non alta è quella destinata al sostegno del disagio. Al Centro, la peculiarità è uno spiccato peso dei servizi a famiglia e minori (42,7%), mentre modesto è il peso dei servizi alla disabilità. Importante, invece, il peso dei servizi per la povertà e la quota a favore dell'immigrazione. Infine, il Mezzogiorno, dove maggiore è la spesa per il disagio, ossia quella per la povertà (11%) e quella per le dipendenze (il doppio dell'incidenza nazionale), la voce anziani ha un ruolo limitato.

Riguardo i Servizi socio-sanitari per gli anziani, l'analisi della spesa regionale per l'assistenza (articolata in territoriale, semiresidenziale e residenziale) consente di ottenere un quadro sufficientemente chiaro della realtà italiana, estremamente variegata.

Le Regioni Centro-settentrionali spendono in media 357,67 euro annui per assistere i propri anziani in strutture residenziali o semiresidenziali (dati 2009), un dato che supera di circa il 30% la media nazionale. In generale il Nord spende di più' rispetto alle Regioni centrali, con valori particolarmente elevati nel Nord-Est (e con il Veneto che rappresenta il massimo nazionale: 608,3 euro). Nessuna Regione del Centro può competere con le realtà del Settentrione. Comunque, anche tra queste si nota uno squilibrio tra i valori più sostenuti di Umbria e Toscana (rispettivamente 295,4 e 259,5 euro) e quelli di Marche (212,2 euro) e Lazio (138 euro).

Infine, il Mezzogiorno mostra un divario enorme nella spesa per gli anziani rispetto al resto dell'Italia: la media di queste Regioni è di 87,2 euro, ossia meno di un terzo del dato nazionale.

L'Abruzzo (175,90 euro) si distingue in eccesso da tutto il resto del Sud, seguito a grande distanza dal Molise (98,10 euro); chiudono la classifica Sardegna (55,4 euro) e Basilicata (35,50). Il tutto mentre "a livello nazionale la spesa del Servizio sanitario per l'assistenza agli anziani ha conosciuto una crescita moderata negli ultimi anni: tra il 2003 e il 2009 si è registrato un incremento medio del 4,7% annuo".

Per ciò che concerne gli altri aspetti di rilievo, i dati evidenziano che l'assistenza territoriale, semiresidenziale e residenziale, degli anziani assorbe mediamente - a livello italiano- il 2,9% del totale dei costi che le Regioni sostengono per erogare i LEA sanitari.

Nel 2009, il 2% della spesa sanitaria è stata assorbito dagli interventi sociosanitari di tipo domiciliare. L'assistenza domiciliare riveste un'importanza massima in Friuli (3,1%), seguita da Umbria (2,6%) ed Emilia Romagna 82,2%). A Sud del Lazio, in media, le Regioni investono in questo servizio molto meno in percentuale delle risorse per i LEA, con il minimo in Molise (0,3%).

Siamo in attesa dei dati definitivi relativi agli anni 2010-2013.[131]

5.2.8 Il ruolo dell'economia sociale no profit

In una situazione caratterizzata da diffuse sofferenze economico-strutturali (deficit, tagli orizzontali, precariato, povertà, disabilità) è facilmente comprensibile come il quadro istituzionale (Stato, Regioni, Enti locali) debba essere supportato anche da individui e strutture (volontariato e terzo settore) che coprano le "carenze politico-amministrative" con un'attività di solidarietà sociale, gratuita o a basso costo. Il volontariato è rivolto verso le "grandi solitudini": gli anziani, gli ammalati, i portatori di handicap, i giovani estranei alla società.

"L'Economia sociale è parte dell'economia di mercato eco-sociale e del mercato unico europeo e sottolinea la sua elevata capacità di resistenza alle crisi e la solidità dei suoi modelli commerciali; sottolinea che le imprese sociali cercano spesso di rispondere a necessità sociali che non sono tenute presenti – o lo sono soltanto in modo inadeguato – dagli operatori economici e dallo Stato; sottolinea che i posti di lavoro

nel settore dell'economia sociale avranno tendenza ad essere mantenuti a livello locale" (Parlamento Europeo, Risoluzione del 20 novembre 2012)". L'Economia sociale in Europa ha come obiettivo principale non quello di generare utili per i suoi proprietari o azionisti, ma di avere un impatto sociale, destinando i propri utili principalmente alla realizzazione di obiettivi sociali. Questo settore comprende le associazioni, il volontariato, le cooperative e le imprese sociali, le mutue, le fondazioni (tutte *no profit organization*). L'economia sociale è, quindi, guidata da "imprenditori sociali" in modo responsabile, trasparente e innovativo, con il coinvolgimento dei dipendenti, degli utenti e degli attori interessati alle sue attività economiche. Nel 2010, questo settore registrava oltre 14 milioni di posti di lavoro nei 27 stati UE, il 6,53% del totale, con un aumento nel biennio 2009-10 (rispetto ai dati del 2002-3) del 26,3% (CESE-CIRIEC 2012)

Secondo l'U.E., l'economia sociale è, perciò, un fattore importante per la ripresa europea e la sua azione deve essere misurata anche economicamente.

Nel nostro Paese, l'ultima rilevazione completa, che fotografa la situazione del non profit, è stata effettuata dall'Istat nel 1999, mentre il nuovo censimento del non profit è attualmente in corso e i risultati sono previsti per la fine del 2014. Essa indicava un universo di circa **230.000 associazioni censite**, che muovono risorse per 38 milioni di euro, grazie all'apporto di 4 milioni di persone, di cui oltre 3 milioni di volontari (CNEL-Istat 2008). Il formidabile rapporto costi-benefici che il volontariato comporta è certificato dall'Istat attraverso l'indicatore sociale VIVA (*Volunteer Investment and Value Audit*), che misura la redditività e il ritorno economico per l'impiego di personale volontario: a ogni euro speso per i volontari corrisponde un ritorno economico pari a 12 euro. L'universo non profit ha continuato a espandersi negli ultimi anni, attraversando con risultati positivi gli anni più duri della crisi, come due dati sintetici possono testimoniare: al 31 dicembre 2008, le cooperative sociali attive risultano oltre le 14 mila (erano appena 327 nel 1992), e hanno continuato a incrementare i posti del lavoro anche nei primi anni di crisi, uno dei rari segnali di crescita nel panorama economico italiano. Infine, la lista pre-censuaria (settembre 2012) redatta dall'Istat per il Censimento delle Istituzioni non profit, attualmente in corso, conta più di 474.000 organizzazioni, un dato più che raddoppiato nell'ultimo decennio, anche se non ancora confermato.

Il volontariato è una "forza sociale di cambiamento" (a Napoli, nel 1976, si è riunita la prima assemblea di 140 gruppi) a disposizione della comunità – soprattutto delle componenti più deboli – gratuitamente. La Costituzione (art.3,c.2, artt.13-21), la legge quadro sul volontariato (266/1991) e le norme successive (es: art.45 della legge 833/78; la sentenza n° 75/92 della Corte Costituzionale) hanno identificato il volontariato come modello di cittadinanza e come forza sociale in grado di: essere solidale con "gli ultimi"; essere vicina ai più poveri (13% della popolazione; 8,5 milioni in Italia); educare la gente a una serie di valori come solidarietà, gratuità dell'azione, formazione; fare *lobby* verso la politica, per aiutare "i deboli" a uscire dalla povertà e dalla dipendenza.

I volontari sono espressione della **"***communitas***";** per loro c'è la doverosità del dono, associata alla gratuità del dovere. Il volontariato esprime un modo d'essere delle persone nei rapporti sociali (individualismo versus collettività); è lievito per il cambiamento; è riduzione degli "spazi vuoti, lasciati da Stato e parastato", occupati, ora, dalla azione libera e gratuita di chi vuole "includere gli esclusi"[132].

L'azione del volontariato e del terzo settore sono e saranno fondamentali per favorire la ripresa. La Commissione e il Parlamento europeo hanno indicato una possibile proposta, vagliando un pacchetto di misure e di provvedimenti per le imprese sociali e per la lotta contro la povertà.

---

[132] AA.VV., *Verso un welfare sussidiario*, in Atti Convegno CNEL del 29/11/2012.

In tempi di *spending review* e di debiti sovrani gli attuali sistemi di *welfare state* tutelano sempre meno le classi più deboli, che pur avrebbero dovuto supportare, ma recenti studi sulle prestazioni di assistenza sociale dimostrano, ad esempio, che il complesso fisco- *welfare* italiano è una matassa confusa e incoerente che assiste anche chi non avrebbe bisogno e si dimentica di chi è veramente povero. Il modello di crescita coniugata con la solidarietà resta però un tratto importante e irrinunciabile della nostra identità che l'Europa ha faticosamente guadagnato in secoli di civilizzazione. La domanda scottante è come mantenerne i fondamenti di fronte a cambiamenti strutturali che vanno dalla globalizzazione, alla crisi economica, alla cessione di sovranità nazionale a favore dell'Unione Europea, all'invecchiamento della popolazione, alla maggiore fragilità del sistema famiglia.

In questa dimensione vanno introdotti alcuni concetti: esiste un **progresso tecnologico e un progresso sociale,** con un suo capitale (il capitale sociale) relazionale e valoriale (solidarietà, fiducia, cooperazione, universalità, sussidiarietà). In questa dimensione, la persona deve essere vista come "motore per risolvere i bisogni[133]" e la sussidiarietà come metodo, in cui la persona (libera e creativa) e i corpi sociali intermedi agiscono per ottenere "il cambiamento".

Per le ACLI, oggi, il *welfare* italiano è "insufficiente, inefficiente, inefficace, iniquo" e necessita di un nuovo assetto e non di una cura palliativa. In assenza di una riforma, la non-autosufficienza esploderà, la dispersione scolastica aumenterà, la povertà farà danni. Oggi si è ridotta la coesione sociale, perché il sistema non valorizza le persone, non tutela i più deboli e non combatte la povertà assoluta. Il *welfare*, oggi, "non è una conquista scontata", così come "sussidiarietà" non significa necessariamente minor peso dello Stato nel sociale[133].

Il *welfare* non ridistribuisce reddito ma è motore di sviluppo. In questa visione, la sussidiarietà diviene una prospettiva, che lega economia e sociale. Qualcuno ha definito l'attuale *welfare* come un " *welfare* universalistico a protezione variabile"[134], fatto di *ticket* per tamponare i costi del sistema. La sussidiarietà circolare non è più sufficiente, in tempi di crisi: essa deve aprirsi a nuovi attori e a nuovi servizi, perché sono cambiati i bisogni e le domande della gente, ossia della società civile, sintesi di azioni e di libertà individuali. La solidarietà sociale esemplifica la tendenza a ridurre l'interferenza dello Stato, a favore della società.

Si tende a fare una distinzione tra imprese "sociali no profit" (cooperative sociali e simili) e "imprese profit" (con aspetti sociali): entrambe producono beni e servizi, in una economia/mercato sociale.

Il *welfare* può anche essere considerato come il **"nodo cruciale dell'occidente"**[135]**,** un nodo esemplificabile in quattro aspetti, con peso diverso a seconda che si attribuisca un ruolo fondamentale o marginale alla sussidiarietà.

Essi sono:

a. **il nodo etico**, ossia l'assenza di gerarchia tra le istituzioni. Il *welfare* non ha padroni/enti dominanti, neppure lo Stato: è il prodotto di responsabilità ("vocazioni") molteplici;

b. **il rapporto tra politica e *welfare***. Il *welfare* è stata un'espressione democratica, fino ad oggi. Ma la crisi democratica ed economica ha provocato anche la crisi del *welfare*, tradizionalmente inteso. Fiscalità

---

[133] in ibidem A.Olivero,2012

[134] in ibidem, (G.Fiorentini

[135] in ibidem, J. Dotti, 2012

generale e mutue non bastano più, occorrono nuove forme di democrazia (nuova *governance* dei beni comuni) e nuovo *welfare*;

c. **il rapporto tra *welfare* ed economia**. Se manca la crescita del PIL, non deve mancare il *welfare*, che non può essere considerato solo spesa (*welfare* state) o solo rapporto tra utente e prestazione. I malati non sono solo un costo, ma anche un ricavo, sociale ed etico;

d. **un nuovo rinascimento** per un "nuovo individuo", che riprende a relazionarsi con il suo ambito territoriale e con i suoi vicini.

La sussidiarietà è un principio liberante**.** Il *welfare* deve essere di tutti; il benessere deve essere frutto di una politica sociale diffusa[136]. Il benessere deve diventare un bene comune: non si tratta di una funzione specializzata ma di una funzione universale. I diritti sociali sono la declinazione dell'art.3, c.2 della Costituzione, che stabilisce che "è compito della Repubblica la rimozione degli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana". Detto principio, letto in senso positivo, significa che va favorito lo sviluppo della persona e che la tutela personale non può essere limitata - in caso di malattia- al mero diritto alla salute (art.32, attraverso il SSN), ma deve essere estesa alla prevenzione e agli stili di vita.

Il *welfare* attuale presenta grossi limiti, perché - troppo spesso - è di tipo risarcitorio (dai ricchi ai poveri) e basato sulla passività delle persone, mentre l'art.3, c.2, della Costituzione punta sugli aspetti positivi, sulla valorizzazione dell'individuo.

Come uscire da questa logica? Il benessere interessa l'intera comunità e non il singolo individuo. Il benessere di tutti significa sviluppo per tutti, sviluppo della comunità. Significa trasformare il cittadino da "cliente" a "sodale": Significa potenziare i legami sociali in ambito territoriale (vita di quartiere e di Comune), valorizzando gli Enti locali e dando ai Comuni il ruolo di "Enti dedicati al benessere della comunità[138]"

Il processo deve partire dal basso: è una questione di democrazia, perché i cittadini debbono essere gli attori principali del "nuovo benessere". "Non si tratta di mera teoria, perché – in Italia – esistono molteplici esperienze (Trentino, Lombardia etc) che testimoniano la volontà concreta di bloccare lo statalismo (fonte di "disequità", ad esempio, nella sanità, nella scuola, negli enti locali) e di dare un chiaro ruolo all'impresa sociale, alle mutue (da far rinascere) e ai Comuni[139]".

La crisi economica in atto significa crisi delle imprese tradizionali e occasione per "le imprese sociali con un tetto di redditività", ossia delle imprese nate per mantenere un lavoro alle persone. La crisi economica significa ***flexsecurity***, ossia sussidiarietà come vicinanza a chi esprime un bisogno. In definitiva, molteplici attori stanno cercando di diffondere il benessere sociale, con iniziative che partono dalle realtà locali e non da Roma .

5.2.9 Considerazioni generali e proposte concrete

Le politiche sociali si articolano - come abbiamo visto - in contributi monetari (di responsabilità statale) e in interventi locali, a carico dei Comuni. La crisi economica in atto ha compromesso entrambi gli aspetti.

Da sempre, in Italia gli interventi sociali ricevono finanziamenti pubblici inadeguati. I governi succedutisi dal 1996 al 2013 hanno condiviso – almeno sul piano teorico – la necessità di modificare questa situazione, ma poco è stato concretamente fatto.

---

[136] G. Arena, 2012

Nel 2000 sono nati i fondi per le politiche sociali, con lo scopo di coprire il costo dei servizi sociali, forniti dai Comuni. Ma, nonostante la crescita, la spesa sociale è rimasta costantemente inferiore alla media europea (ad esempio, nel 2009, spesa pubblica per povertà e non autosufficienza: in UE=2,3% del PIL; in Italia=1,7% del PIL). Non solo, ma dal 2008 al 2013 (come già dimostrato) si è assistito ad una micidiale riduzione dei fondi statali dedicati alle politiche sociali dei comuni (da 2,526 miliardi nel 2008 ad 1,472 miliardi nel 2010 fino a soli 200 milioni nel 2013).Come già ricordato in altra parte del Rapporto, valutato 100 il contributo statale del 2008, esso si è ridotto al 58% nel 2010 e all'8% nel 2013.

Il Governo Berlusconi-Sacconi ribadiva spesso la necessità di ridurre le spese per le politiche sociali, trasformando le affermazioni nei noti tagli. Gli esecutivi Monti e Letta hanno confermato i tagli del precedente governo, associandoli a ulteriori misure, come l'innalzamento dell'IVA per le cooperative sociali, e a ulteriori tentativi di tagli, parzialmente bloccati dalle proteste dei municipi e dall'opinione pubblica. Si pensi all'ipotesi, avanzata nella primavera 2012, di finanziare parte della riforma degli ammortizzatori con ulteriori tagli al sociale; ai provvedimenti contro il terzo settore (*spending review*, luglio 2012); alle penalizzazioni contro le famiglie con non autosufficienti (ottobre 2012, testo iniziale della legge di stabilità 2013). Poche le idee positive: la riforma dell'ISEE (indicatore di situazione economica equivalente); la nuova *social card*; la riprogrammazione dei fondi europei, con destinazione ai servizi per anziani e per i nidi d'infanzia, in Calabria, Sicilia, Puglia e Campania.

Il taglio drastico dei fondi statali avrà un pesante impatto sui servizi sociali territoriali. I fondi azzerati assicuravano circa il 16,6% della spesa sociale comunale[137]. In concreto si avranno: la diminuzione dei servizi per i non autosufficienti, l'eliminazione dei sostegni ai disabili gravi, il mancato aiuto alle famiglie povere. Tutto ciò, a fronte di un risparmio molto marginale, perché il peso del *welfare* comunale sulla spesa pubblica totale non supera lo 0,46% del PIL.

Resta da capire quanto i citati tagli sociali fossero inevitabili, all'interno degli stringenti vincoli europei. Il Governo Monti non ha voluto suddividere i costi del risanamento tra le varie fasce della popolazione, peggiorando così le posizioni più fragili e dimenticando la funzione anticiclica delle politiche sociali, che andrebbero rafforzate nei momenti di criticità. [138] Analogo errore ha fatto il Governo Letta.

L'analisi dei documenti riportati nell' Allegato testimonia che, in Italia, non v'è certezza dei numeri, relativi alle entrate, alle spese, alle prestazioni, come è stato più volte sottolineato in questo testo. Tuttavia appare chiaro che la disponibilità di cifre su finanziamento, costo e "produttività" del *welfare* non ha in questi anni condotto a iniziative in linea con la tipologia di spesa e attività, per dar avvio alle conseguenti azioni correttive, come è dimostrato anche dai recenti approcci alla "*spending review*", che non è riuscita, in buona parte, a trasformare i tagli orizzontali in tagli selettivi.

Il CNEL, in questo contesto, potrebbe avere un ruolo importante, non solo di analisi e discussione dei problemi sul tappeto, ma anche di proposta.

E' proprio sulla base di queste considerazioni che il CNEL, negli anni 2011-2012-2013, ha lavorato, assieme ad altre Istituzioni, per mettere a punto un modello previsionale della spesa previdenziale (detto modello CNEL-CER) con l'obiettivo di dare alla politica italiana uno strumento gestionale affidabile e utile.

Nel prossimo capitolo se ne sintetizzeranno i contenuti, sulla base della documentazione disponibile. delle acquisizioni ottenute dal gruppo di lavoro CNEL-CER, nella seconda metà del 2012 e nel corso del 2013.

---

[137] GORI Cristiano. Politiche sociali, il piatto piange. Il Sole24Ore, 22/10/12, pag.12.

[138] ibidem

6.0 IL MODELLO PREVISIONALE DELLA SPESA PREVIDENZIALE

I modelli di previsione delle principali componenti della spesa di protezione sociale (sanità, pensioni, disoccupazione, istruzione) sono un importante strumento, per le autorità di politica economica e per i tecnici, per valutare l'andamento delle diverse componenti sulla spesa pubblica attuale e futura, nonché gli effetti distributivi tra generazioni, soprattutto alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione.

La capacità di previsione di modelli di lungo periodo è necessariamente limitata e la possibilità di errori cresce con l'aumentare dell'orizzonte considerato.

Ecco, allora, l'elemento di novità del modello in questione: l'aggiunta alle previsioni dello scenario centrale (evoluzione temporale delle variabili macroeconomiche e demografiche) di una serie di analisi di sensitività, che hanno l'obiettivo di testare la sensibilità dei risultati, a cambiamenti in ognuna delle variabili considerate.

Il modello previsionale del CNEL-CER ha cercato, negli anni, di fare previsioni sull'andamento della spesa pensionistica (per le prestazioni di invalidità, vecchiaia, superstiti), in rapporto al PIL, per il periodo 2007-2050 (prima) e 2011-2065 (poi).

Le basi fondamentali del modello sono le seguenti:

-demografica (previsioni ISTAT 2007-2051);

-partecipazione al mercato del lavoro (allargamento della presenza femminile; tasso di attività 2007-2050=dal 60 al 70%);

-produttività (andamento del mercato, invecchiamento, PIL);

-sistema contributivo e comportamenti individuali (e suoi effetti: riduzione, dal 2035, dei trattamenti pensionistici, per pensionamento di lavoratori "totalmente contributivi": 1995-2035).

A partire da queste ipotesi, il modello formula una previsione (detta simulazione di base) della dinamica del rapporto tra spesa per pensioni IVS e PIL per il medio periodo: 2008-2050 (prima) e 2011-2065 (poi).

Alla simulazione di base è affiancata una serie di simulazioni complementari, come analisi di sensitività.

Nel 2012 il CNEL ha dedicato un apposito Seminario (14/06/12) al modello previsionale CNEL-CER, con relazioni multiple, che qui riassumiamo.

6.1 Storia del modello

Il modello previsionale CNEL-CER è stato costruito nel 2003-2004 e sviluppato successivamente negli anni 2005-2006 e 2008-2009. Le previsioni si sono così spostate dal 2008-2009 (base dati 2004) al 2050-2065 (base dati 2009-2010).

I principali risultati dello scenario centrale sono così riassumibili.

Nel Rapporto CNEL-CER del giugno 2009, la spesa pensionistica per i trattamenti di invalidità, vecchiaia e superstiti, in rapporto al PIL, cresceva fino al 2010 (14%), per rimanere stabile fino al 2040, con valori pari al 13,6-14% del PIL.

Nella nuova previsione, al 2050, la cifra si riduce al 12% del PIL.

Analogamente, nella previsione precedente, l'importo medio delle pensioni liquidate/PIL pro-capite sarebbe passato (2008-2015) dal 23 al 18%. Nella nuova previsione esso è ridotto al 12,5%, nel 2050.

6.2 Il livello delle prestazioni pensionistiche

L'indicatore utilizzato per valutare il livello delle prestazioni pensionistiche è costituito dal tasso di sostituzione, ossia dal quoziente tra la prima rata media delle nuove pensioni liquidate e l'ultimo salario medio dei lavoratori andati in pensione, calcolato sia al lordo che al netto dell'imposizione fiscale e contributiva a carico del lavoratore/pensionato.

Nella previsione precedente, il tasso di sostituzione (al netto della tassazione) passava:

- per le donne dipendenti, dal 66% del 2010 al 55% nel 2040;

- per i maschi dipendenti, dal 78% (2010) al 63% (2040) dell'ultimo salario.

Con il nuovo modello, il tasso di sostituzione:

- per le donne dipendenti, cala ulteriormente al 54% nel 2050;

- per i maschi dipendenti, resta stabile al 63% nel 2050.

Per i lavoratori autonomi, date le minori aliquote contributive rispetto ai dipendenti, il tasso di sostituzione è più basso. Nella previsione 2009, esso era –nel 2050- di circa il 53% (sia per gli uomini che per le donne) .

Coloro che restano nella condizione di lavoratore temporaneo per un periodo superiore a 3 anni subiscono, nel corso della vita lavorativa, una penalizzazione salariale-pensionistica rispetto a chi inizia subito a lavorare a tempo indeterminato. Il posponimento di circa 1 anno della pensione consente di migliorare un po' il trattamento pensionistico.

Nelle analisi di sensitività, utilizzando come fattori chiave la dimensione della forza lavoro e la dinamica della produttività in uno scenario meno favorevole, la spesa pensionistica rispetto al PIL mostrava un punto massimo al 2040 (secondo la previsione 2009), con crescita tra spesa e PIL di 2-4 decimi all'anno fino al 2040. Nel nuovo modello, invece, il rapporto tra spesa e PIL passerebbe dal 14% nel 2010 al 12,5% circa, nel 2050.

Minor impatto sulla dinamica della spesa avrebbero ovviamente la crescita dei tassi di attività e il posponimento dell'età del pensionamento.

6.3 La tipologia pensionistica dei lavoratori poveri

La riforma Dini aveva valorizzato i contributi, abbandonando il concetto dell'integrazione al minimo. La Riforma Fornero ha cambiato pesantemente le regole, decidendo che – per accedere all'assegno sciale - occorreva tener conto delle aspettative di vita, con conseguente aumento dei requisiti richiesti. Attualmente, si accede alla pensione di vecchiaia con 20 anni contributivi e con 1,5 volte il minimo rivalutato. Ciò ha avuto un effetto pesante su due categorie di lavoratori: i soggetti a basso reddito e quelli con lavoro discontinuo, mettendo mano al meccanismo di valorizzazione del lavoro.

Oggi, più di 4 milioni di pensioni sono integrate al minimo: si tratta del 22% delle pensioni totali, con un costo pari a 12 miliardi di euro/anno. Coinvolte sono soprattutto le donne, sopra i 70 anni di età. L'integrazione al minimo è così articolata: 49% al Nord; 19% al Centro; 37% al Sud.

In una prima ipotesi al 2036, tutti i lavoratori assunti dopo il 1996, totalmente soggetti al metodo contributivi, in presenza di un salario col solo recupero inflattivo e con un incremento medio del PIL da 0% a un 1%, godranno di un assegno sociale rivalutato di circa 10.000 euro lordi l'anno.

Con un tasso di crescita del PIL pari allo 0% annuo, con un reddito odierno superiore a 10.000 euro lordi/anno, nel 2036 si avrà una pensione superiore all'assegno sociale: 12.000 euro, con 20 anni di

anzianità; 18.000 euro, con 30 anni di anzianità. In altri termini, se si versano meno di 30 anni di contributi, la pensione ottenuta sarà sovrapponibile all'assegno sociale. La logica sottostante al meccanismo di calcolo appare aberrante. Per un lavoratore dipendente, con 70 anni di età e 40 anni di contributi, il tasso di sostituzione sarà dell'82,4%, sempre che vi sia qualcuno che riesca a maturare questi requisiti.

E' evidente la necessità di elaborare proposte per equilibrare quanto detto: calcolo dell'intera vita contributiva (anche se frammentata); aumento e parificazione delle aliquote contributive; contributo generale per coprire i periodi di disoccupazione.

Appare anche evidente che le previsioni demografiche hanno un peso rilevante sul modello e sulle previsioni.

Il modello 2009 si basava sui dati ISTAT 2007-2008 e arrivava al 2050. Le previsioni attuali si basano invece sui dati Istat 2011 e arrivano al 2065.

In sintesi, le due previsioni, in base dati 2009 e 2011, differiscono tra loro per:

- l'andamento della natalità, che passa da 1,37 nati/donna (2007) a 1,58 nati/donna (2050), nel primo caso; a rispettivamente 1,42 (2011) e 1,61(2065), nel secondo;

- l'andamento della mortalità che aumenta nelle due previsioni da 78,6 anni a 84,5 anni per i maschi e da 84,1 ad 89,9 anni per le donne (2007-2050), a 79,5 a 86,6 anni per i maschi e da 84,6 a 91,5 anni per le donne (2011-2065), da cui si evidenzia il netto calo della mortalità nelle donne over 80 anni.

- l'andamento dell'immigrazione 196.503 persone (2011) e 175.733 (2050), con il primo modello ; 324.857 persone (2011) e 193.731 persone (2065), con il modello attuale.

Quanto all'andamento della popolazione Italiana (dati 2011 verso dati 2007), si osserva una netta riduzione della popolazione dovuta alla significativa riduzione delle nascite, solo parzialmente compensata dal calo dei decessi. Conseguentemente si ha anche un significativo calo della popolazione in attività lavorativa (15-65 anni) e netto aumento dei pensionati (65-84 anni), nonché un netto aumento degli over 85 anni. Peraltro l'incremento della popolazione over 65 anni, che cresce dal 20% al33% della popolazione complessiva nel confronto fra le due previsioni 2007 e 2011 comporta un aumento del rapporto tra pensionati e lavoratori attivi. Si nota, infine, tra le due previsioni l'incremento delle persone con almeno una disabilità (soprattutto donne data la maggior speranza di vita) e della popolazione straniera.

6.4 La struttura del modello CNEL-CER 2012

Il modello previsionale attuale poggia su tre elementi, socio-demografico, pensionistico ed economico e due fattori, occupazione per coorte e popolazione divisa per sesso e titolo di studio.

Da ciò il percorso: occupazione potenziale ponderata per livelli di istruzione--→costruzione di un modello macroeconomico (PIL, salari, prezzi)----→costruzione di un modello pensionistico---→output finale: n° pensionati, valore medio della pensione, spesa pensionistica/PIL[139]

Secondo il modello, il rapporto spesa pensionistica/PIL passerà dal 14% (2010) al 12,5% (2050); il tasso di sostituzione delle pensioni dei dipendenti passerà, nel 2050, al 63% negli uomini ed al 54% delle donne.

Tutto ciò è dovuto anche all'impatto della riforma Fornero, che ha introdotto 6 modifiche significative alle regole pensionistiche precedenti. Tra queste: l'aumento del contributivo; l'abolizione delle "quote" per l'uscita; l'aumento dell'età di vecchiaia; l'abolizione della pensione di anzianità (resta solo quella di vecchiaia); la penalizzazione per i pensionamenti anticipati (pre-62 anni); l'adeguamento continuo dell'età pensionistica all'aspettativa di vita.

Le differenze previsionali tra il modello CNEL- CER e quello governativo sono illustrate di seguito.

Secondo il CNEL, la manovra governativa induce risparmi pensionistici nettamente superiori a quelli previsti dal governo. In media, oltre 4 miliardi di euro di risparmi/annui, in più, rispetto alle previsioni governative. Ad esempio, nel 2012, circa 4,09 miliardi di risparmi in più e, nel 2021, circa 5,48 miliardi.

Alla luce di ciò, il valore del rapporto tra spesa pensionistica/PIL sembra ridursi fino al 2036 e crescere invece negli anni 2036-2050, quando, invece, il governo ipotizza una stabilità del rapporto stesso.

L'effetto maggiore sui risparmi è legato all'anzianità contributiva e all'aumento dell'età per la vecchiaia, soprattutto per le donne, nel settore privato.

Il valore delle pensioni aumenterebbe, dal 2020 al 2050: dallo 0% nel 2020 al 13% nel 2050.

6.5 Come migliorare le previsioni del modello CNEL- CER

Secondo Ginebri[139] occorrerebbe disporre di una base dati INPS più aggiornata, per migliorare le previsioni 2011-2065. Da ciò, la necessità di utilizzare i dati INPS su base annuale e non pluriennale, con una modifica della convenzione con l'INPS.

Occorrerebbe inoltre:

1. approfondire le tre spese - sociale, sanitaria e pensionistica – valutando: la distribuzione della spesa pensionistica; la previdenza complementare; la disabilità; la speranza di vita nei diversi gruppi sociali; gli anni di "vita sana"; il costo degli ultimi 6 mesi di vita; il numero delle disabilità per individuo;

2. sviluppare non uno ma due modelli previsionali, affiancando al modello" lungo" quello "a breve" [140];

3. analizzare, anno su anno, lo scarto esistente tra il modello e gli andamenti reali, migliorando così il modello stesso (Biasioli);

4. utilizzare la *fuzzy logic* (Biasioli);

5. fare un'analisi comparata dei dati pensionistici nei 27 Paesi U.E.;

6. analizzare l'andamento decennale(2003-2012) della spesa pensionistica INPS-INPDAP, con uno studio previsionale almeno quindicennale;

7. disporre di un'analisi contributiva integrata, basata sui dati INPS + INPDAP.

6.6 Proposte al Governo

Il CNEL, preso atto che la spesa pensionistica complessiva (comprensiva anche delle indennità di accompagnamento agli invalidi civili) è passata da 191,2 miliardi di euro nel 2010 a 194,4 miliardi nel 2011 (+1,7%, pari a 3,2 miliardi in valore assoluto)[141], con l'erogazione di 14,5 milioni di pensioni previdenziali (vecchiaia/anzianità/invalidità/superstiti=169,9 miliardi di euro) e 4 milioni di assegni assistenziali (assegni sociali, invalidi civili pari a 24,6 miliardi di euro) e nella consapevolezza che il nuovo INPS ristrutturato difficilmente migliorerà la gestione, ha formulato alcuni suggerimenti al Governo.

Tra questi:

---

139 in DRAGOSEI Laura, GINEBRI Sergio, LIPSI Maria Rosa, MONGEAU OSPINA Christian, Il modello di previsione della spesa previdenziale CNEL-CER, Atti del Seminario congiunto, 14/06/12.

140 ibidem

141 AA.VV., Il bilancio sociale INPS 2011, INPS

- consentire ai pensionati di 60 anni, con pensione bassa, la combinazione tra pensione e secondo lavoro (Amoretti);

- garantire a tutti una pensione base, cui agganciare quella contributiva (Cazzola-Amoretti); ovvero dare una pensione contributiva di garanzia (60%del salario mediano, equivalente a circa 900 euro), come effetto del protocollo welfare del 2007 tra Governo e parti sociali (proposta CGIL);

- affrontare il problema delle pensioni sociali "povere": a 66 anni, l'assegno sociale è oggi di 485 euro/mese o - se maggiorato - di 650 euro/mese;

- unificare la base contributiva e la percentuale di contribuzione, tra le diverse categorie[142]

Secondo il CNEL, il nuovo modello previsionale dovrebbe puntare ad alcuni obiettivi:

1. valutare la spesa pensionistica;

2. definire il *welfare* attuale, 20 anni dopo la riforma Onofri;

3. valutare gli effetti della Legge 15/2009, ossia: le prestazioni finali date oggi ai cittadini e alle imprese; il funzionamento della macchina amministrativa (es: dati INPS sugli esodati); gli effetti dell'integrazione INPS-INPDAP.

[142] vedi nota 139

7.0. UN NUOVO PERCORSO SOCIO-ASSISTENZIALE[146]

Il presente capitolo intende analizzare il "modello veneto" e mettere le basi per costruire un nuovo modello nazionale.

7.1 L'integrazione socio-sanitaria

Il tema della integrazione socio-sanitaria è di estrema attualità e rilevanza, soprattutto a fronte di alcune evidenze:

- il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione;
- l'aumento della patologie croniche, soprattutto cronico-degenerative e invalidanti;
- l'aumento della complessità dei bisogni assistenziali che, sempre più spesso, vedono associata alla componente sanitaria anche quella sociale;
- i cambiamenti della società connotata da una più diffusa "fragilità" e "solitudine";
- l'eccessiva e inappropriata "sanitarizzazione" della società, sia in termini di visione dei problemi, sia in termini di interventi;
- la necessità di impiegare appropriatamente le "risorse contingentate".

Si assiste, di fatto, all'emergere di "nuovi" bisogni che afferiscono alla complessità della persona anziana, spesso non autosufficiente, della persona con disabilità e altre fragilità, dei minori con disagio, della persone con disagio mentale. Sono bisogni non interpretabili come la risultanza di una sommatoria tra disagi sociali e disagi sanitari, quanto piuttosto come bisogni "socio-sanitari" rappresentativi di un ***concetto unitario di complessità***. Ciò impone, innanzitutto, di riconoscere nella persona il riferimento unitario per ogni forma di assistenza, considerando la "salute" non solo come assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico, mentale e sociale. In questa visione, la salute, oltre a essere un diritto fondamentale per la persona, viene a rappresentare anche un investimento per lo sviluppo della società.

In sostanza si tratta di passare da un approccio di cura e assistenza (approccio prestazionale) al "prendersi cura" della persona e dei suoi bisogni in tutta la sua globalità e complessità.

Aspetti imprescindibili per realizzare l'integrazione socio-sanitaria divengono allora:

- l'adozione di *approcci per percorsi assistenziali*, a partire dalla progettazione-programmazione degli interventi, alla realizzazione della presa in carico, alla valutazione degli esiti in termini di risultati conseguiti;
- il coinvolgimento e, quindi, la collaborazione e il coordinamento, di più professionisti: *multidisciplinarietà e multiprofessionalità* sono elementi cardine per formulare una azione integrata, offrendo soluzioni capaci di accompagnare e supportare la crescita di salute e benessere delle persone;
- l'accrescimento della responsabilità dei professionisti coinvolti nel percorso di presa in carico, ma anche la *partecipazione della persona* stessa attraverso l'implementazione di interventi personalizzati;
- la *valorizzazione della rete*, non soltanto istituzionale (Aziende sanitarie locali, Comuni, scuole, ecc.) ma anche informale (rete parentale, amicale, volontariato), costruendo sinergie tra le varie risorse.

BOX A – Alcuni riferimenti normativi.

- Il **Distretto socio sanitario** è il luogo privilegiato dell'integrazione socio-sanitaria, rappresenta il contesto territoriale dove si realizza il Programma delle Attività Territoriali e sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie (*D. Lgs. 229/1999*).

- Le funzioni e le attività socio-sanitarie devono essere programmate congiuntamente dai Comuni e dalle Asl con scelte concordate e coerenti espresse nel **Piano di Zona** e nei **Programmi delle Attività Territoriali** dei Distretti socio sanitari (*L. n. 328/2000*).

7.2 Il Sistema Socio-Sanitario regionale del Veneto

L'integrazione socio-sanitaria si conferma ***strategia fondante del modello veneto***, da perseguire a tutti i livelli del sistema, quale approccio che interpreta in modo completo l'obiettivo di tutelare la salute ed il benessere al di là di logiche settoriali ed autoreferenziali. Il principio su cui si fonda l'integrazione tra servizi sociali e sanitari è, infatti, rappresentato dal riconoscimento della persona nella sua globalità ed in rapporto con i propri contesti di vita. Ciò richiede un raccordo tra:

- il livello istituzionale, che consente di definire i "patti per la salute" sottoscritti tra i diversi attori;

- il livello gestionale, che garantisce l'adozione di modelli organizzativi coerenti con i bisogni;

- il livello professionale che permette di armonizzare le competenze dei professionisti chiamati in causa per realizzare obiettivi di salute comuni.

L'assetto istituzionale integrato veneto si fonda sull'accordo programmatico, gestionale e valutativo dei Comuni, attraverso i loro organismi di rappresentanza (Conferenza dei Sindaci ed Esecutivo), e le Aziende ULSS; il Piano di Zona è lo strumento principale dell'accordo programmatico, coerentemente con gli atti della programmazione regionale.

La responsabilità primaria della Regione e dei Comuni nel garantire, in modo unitario ed integrato secondo le rispettive competenze, la funzione di programmazione del sistema socio-sanitario trova come punti centrali di riferimento politico, a livello regionale, la Conferenza Regionale Permanente per la Programmazione socio-sanitaria[143] e, a livello aziendale, la Conferenza dei Sindaci.

[143] La Conferenza Regionale Permanente per la Programmazione socio-sanitaria è prevista dall'Art 2 c.2-bis del D.Lgs. n.229/1999 e composta dai presidenti delle Conferenze dei sindaci, rappresentanti dell'ANCI, dell'URPV, dell'UNCEM.

BOX B – Alcuni riferimenti normativi.

• **LR n. 55/1982 "Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale"** disciplina, nell'ambito del territorio del Veneto, l'intervento nel settore dell'assistenza sociale diretto a garantire al cittadino il libero sviluppo della personalità e la sua partecipazione alla vita della comunità. Tale intervento ha per fine la prevenzione e la progressiva riduzione del bisogno assistenziale concorrendo a rimuovere le cause di natura personale, familiare, sociale ed economica attraverso un complesso di servizi sociali, ***coordinati e integrati*** sul territorio con i servizi sanitari e formativi di base e in armonia con gli altri servizi finalizzati allo sviluppo sociale nonché attraverso prestazioni economiche.

• **LR n. 56/1994 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria".**

Art. 8 - Delega dei servizi socio-assistenziali e piani di zona dei servizi sociali.

1. La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e ***promuove la delega*** della gestione dei servizi sociali da parte dei comuni alle Unità locali socio-sanitarie, anche prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal piano regionale.socio-sanitario.
2. La Regione persegue altresì l'integrazione delle attività svolte da soggetti pubblici e privati sia all'interno del comune sia a livello intercomunale in ambiti territoriali corrispondenti a quelli definiti per le nuove Unità locali socio-sanitarie. Il principale strumento di integrazione, per tale finalità, è rappresentato dai ***piani di zona dei servizi sociali*** che vengono elaborati ed approvati dal sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune o dalla conferenza dei sindaci, con le modalità previste dal piano socio-sanitario regionale.

Art. 22- Distretto socio-sanitario.

1. Il ***distretto*** è la struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'Unità locale socio-sanitaria assicura una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione.
2. Il distretto è centro di riferimento dei cittadini per tutti i servizi dell'Unità locale socio-sanitaria, nonché ***polo unificante*** dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali a livello territoriale.

• **LR n. 5/1996 "Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 1996/1998"**

La realizzazione di un ***sistema integrato*** di erogazione dei servizi sociali e ad elevata integrazione sociosanitaria si attua attraverso la ***gestione unitaria*** di tali servizi sociali in ambiti territoriali omogenei e la delega da parte dei Comuni della gestione dei servizi stessi all'Unità locale socio sanitaria o, alternativamente, la stipula di accordi di programma tra gli enti interessati.

I contenuti del ***Piano di Zona*** costituiscono la base fondamentale sulla quale vengono stipulati gli accordi di programma tra gli enti interessati e decise le deleghe da parte dei comuni della gestione dei servizi sociali all'Unità locale socio sanitaria in relazione alle convenzioni già adottate in ambito distrettuale tra i comuni.

• **LR n. 11/2001 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del Decreto Legislativo n. 112/98"**

La **Regione** provvede alla programmazione dei servizi sociali attraverso i comuni, le province, le ULSS e con la partecipazione degli altri enti pubblici e dei soggetti di cui alla L n. 328/2000.

I **Comuni** e le **Province** svolgono i propri compiti di progettazione, realizzazione e gestione della rete dei servizi sociali in recepimento del principio di sussidiarietà e in armonia con la programmazione regionale che persegue l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria assicurata nel territorio dalle ULSS.

Il **Piano di Zona** viene indicato come lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitari.

Viene istituita (Art. 113) la **Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria.**

• Nel **modello Veneto** è stata privilegiata la strategia di ***integrazione tramite delega di gestione*** all'ULSS di una parte delle funzioni sociosanitarie, lasciando alla facoltà dei Comuni la possibilità di ulteriori deleghe di gestione, fino ad un conferimento complessivo di tutte le attività di interesse sociosanitario, cioè anche delle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria.

Pertanto nel ***livello di assistenza distrettuale*** rientrano tutte le attività sanitarie che non rientrano nella sfera di competenza del Dipartimento di Prevenzione e dell'Ospedale (le altre due macro-strutture nelle quali si articola l'Azienda ULSS), tutte le attività sanitarie a rilevanza sociale e tutte le attività socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria; quando delegate dai Comuni rientrano anche le attività sociali a rilevanza sanitaria e le attività sociali.

7.3 Il contesto: i cambiamenti dei profili di bisogno

I cambiamenti sociali e demografici, quali l'invecchiamento della popolazione, la crisi economica ed il conseguente aggravamento del carico familiare influenzano i bisogni sociali e socio-sanitari e sollecitano sinergie tra le organizzazioni, orientando all'interdisciplinarietà, alla continuità dei percorsi di cura, ad un sistema integrato di interventi.

L'analisi di contesto pone, infatti, in evidenzia **il mutare dei bisogni assistenziali della popolazione**, consentendo di enucleare alcune macrospecificità:

- **crescita della aspettativa di vita** con progressivo invecchiamento della popolazione ed aumento della quota di grandi anziani soli, in prevalenza donne;
- **disomogeneità distributiva** della popolazione anziana concentrata nelle aree montane, polesane e lagunari, in Comuni per lo più di piccole dimensioni e connotati da bassa densità abitativa, fatta eccezione per i capoluoghi di provincia ove all'elevata densità abitativa è associata un'elevata quota di anziani;
- **modifica della struttura compositiva familiare** rispetto al passato, con un minor numero di componenti, una significativa quota di nuclei formati da un solo componente anziano, ed una elevata percentuale di giovani tra i 18 e i 34 anni che vivono nell'abitazione dei genitori;

• **assottigliamento demografico** con impatto nell'assistenza al paziente cronico o non autosufficiente, come dimostra la previsione del *caregiver ratio*[144];

• **precarietà relazionale** che connota i rapporti familiari, amicali, lavorativi e che, più in generale, si configura come una condizione di vita, con la progressiva destrutturazione del tradizionale sistema di protezione sociale;

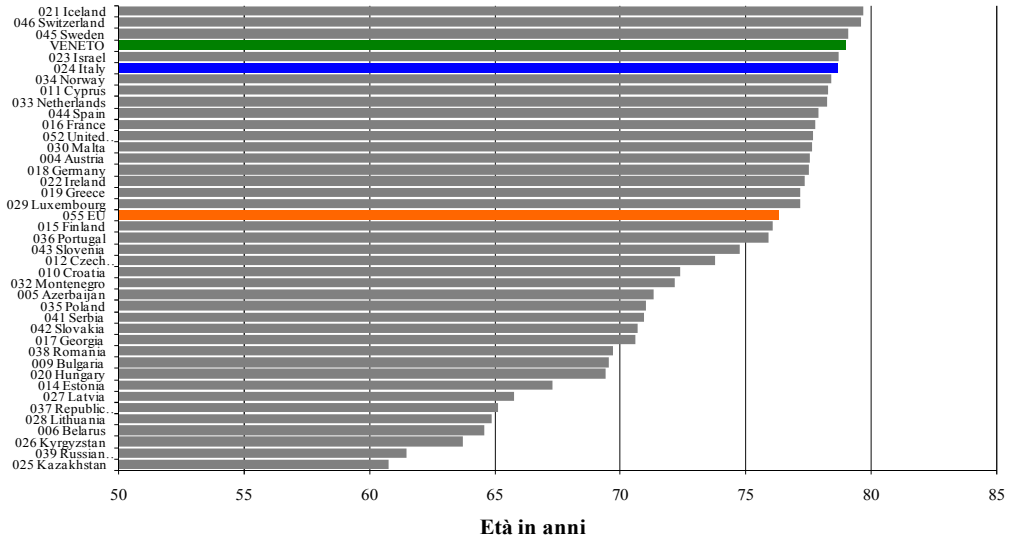
• correlazione tra la fragilità individuale, specie nell'anziano ma anche nei giovani, e la condizione di solitudine, insita in un contesto relazionale sempre più complesso;

• rilevanza delle **patologie croniche e della comorbilità**, con particolare riferimento alle patologie cronico-degenerative collegate spesso alla disabilità, generando nelle famiglie un elevato carico assistenziale ed assorbendo la maggior parte della spesa sanitaria.

• I Grafici 3 e 4 (elaborati a cura della Regione Veneto, in data 5/12/2012, su dati WHO Europe,2009) evidenziano le speranze di vita degli uomini (grafico 3) e delle donne (grafico 4) nei vari Paesi Europei (UE allargata) e nel Veneto.

Grafico 3

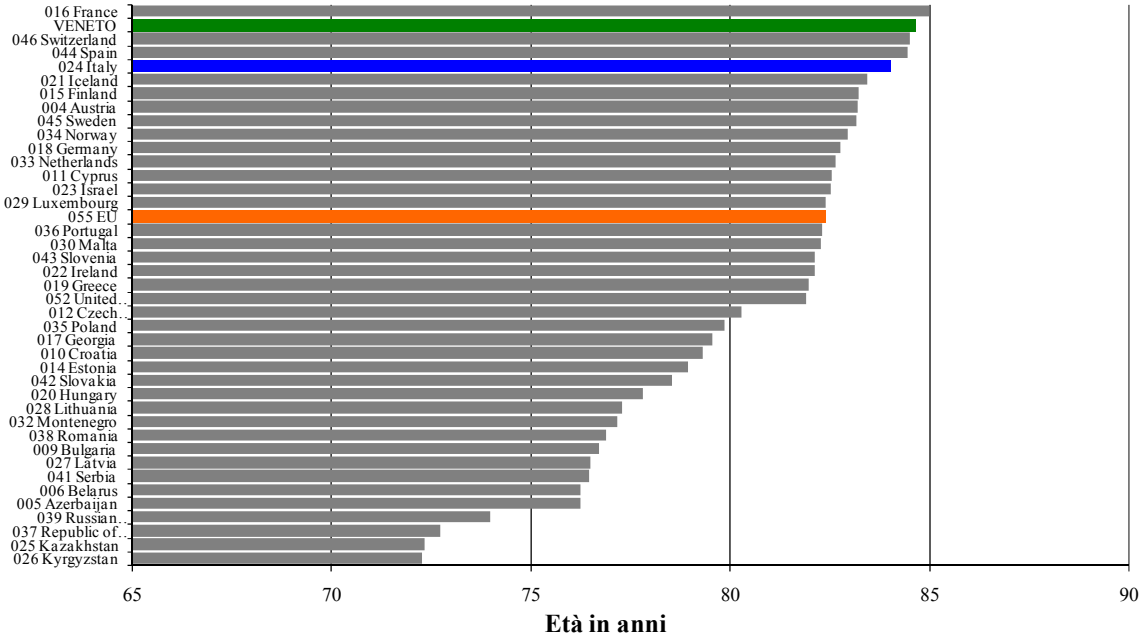
Speranza di vita alla nascita negli Uomini, paesi Europei, Veneto



[144] Il *caregiver ratio* è il rapporto tra il numero di anziani ultra 80enni ed il numero di donne fra 50 e 64 anni che rappresentano convenzionalmente i familiari che prestano l'assistenza. Nel Veneto, infatti, questo rapporto è destinato a ridursi dal valore attuale di 1,4 (circa tre *caregiver* familiari ogni due ultra 80enni) a un valore stimato per il 2025 di 0,7 (poco più di mezzo *caregiver* ogni anziano).

Grafico 4

Speranza di vita alla nascita nelle Donne, paesi Europei, Veneto



Fonte: Health for all - Istat, Health for all (WHO Europe), anno 2009

Il grafico 5 evidenzia invece l'invecchiamento della popolazione veneta, al 1°Gennaio 2011, su dati ISTAT.

Grafico 5

Il grafico 6, invece, evidenzia la piramide delle età nella popolazione veneta, per stato di salute complessivo.

Piramide delle età della popolazione del Veneto, per stato di salute complessivo

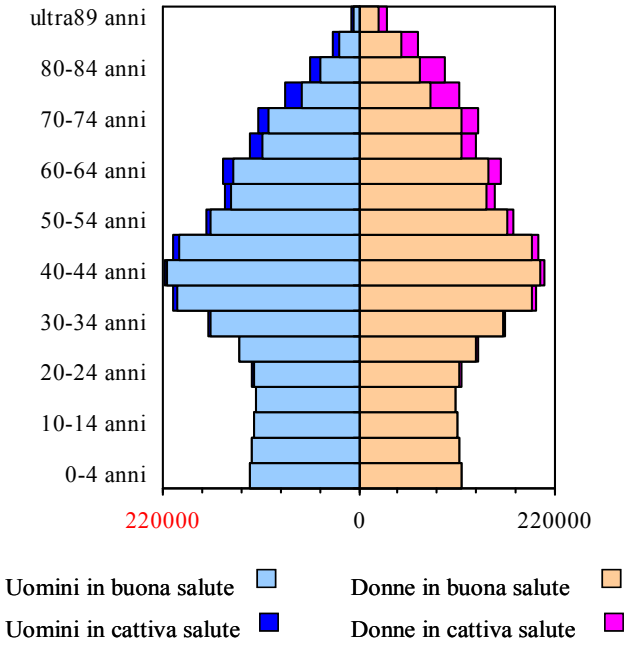


Grafico 6. Fonte: ns elaborazioni su dati ISTAT, anno 2011

BOX C: riassunto su invecchiamento, cronicità, comorbilità e disabilità, in Veneto

Invecchiamento	Cronicità e comorbilità	Disabilità
- In Veneto il **20%** è ultra 65enne e il **10%** è ultra 75enne. - L'indice di vecchiaia (**139,8%**) indica un rapporto di 7 ultra 65enni ogni 5 soggetti con meno di 15 anni.	- Il **26%** della popolazione del Veneto ha almeno una esenzione per patologia: • il 65% degli ultra 65enni è esente per almeno una patologia cronica. - Il **15%** della popolazione ha almeno 2 patologia co-presenti; il 7% ne ha almeno 3 (*).	- In Veneto si stima che il **25,4%** dei soggetti tra i 75-84 anni presenti disabilità. - Il **57,2%** degli ultra 85enni presenta disabilità.

Fonte: elaborazioni su dati ISTAT.

Datawarehouse Sanità Regione del Veneto e su dati Adjusted Clinical Groups (*)

Il Grafico 7 evidenzia la "stima della prevalenza delle persone anziane disabili", nell'anno 2011.in Italia.

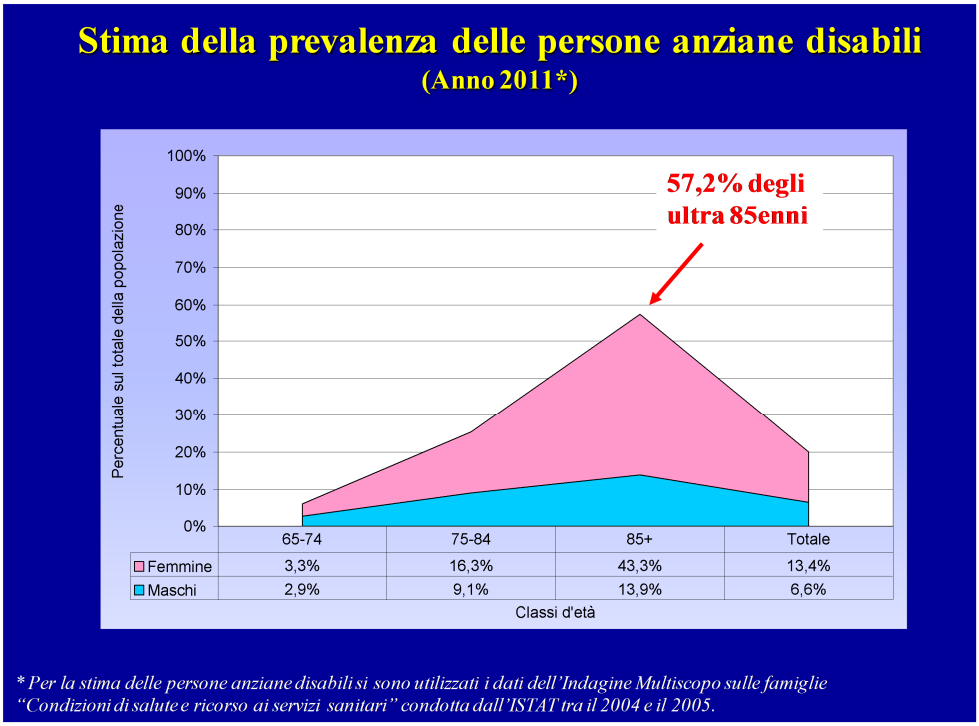


Grafico n°7

Mentre il Grafico n° 8 evidenzia la "stima della prevalenza di patologie croniche in Veneto, anno 2011", associata a dati tecnici sugli esenti, per patologia o per motivi diversi (economici, prevalentemente).

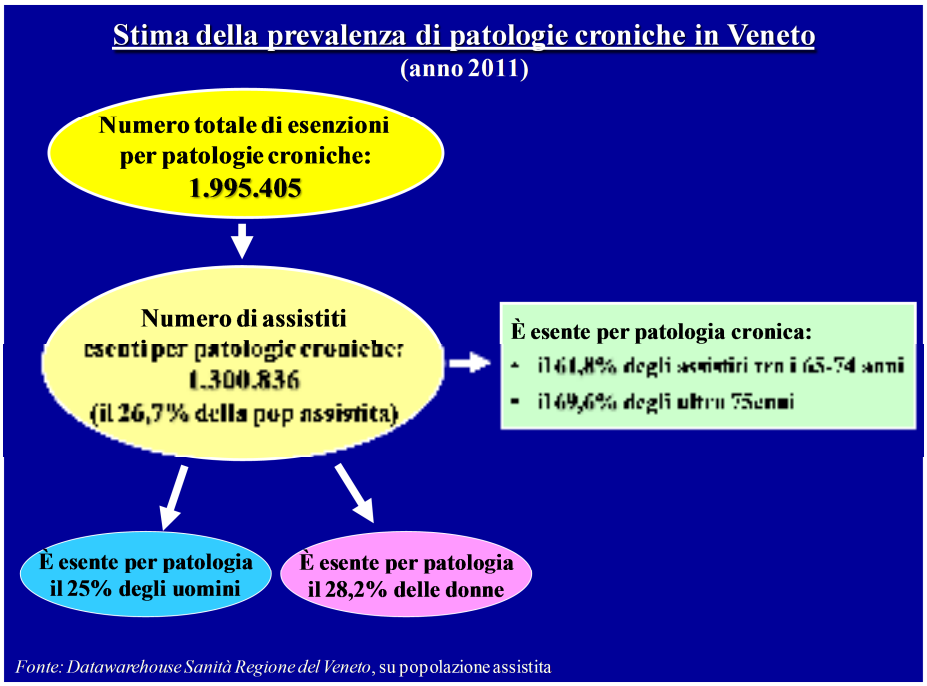
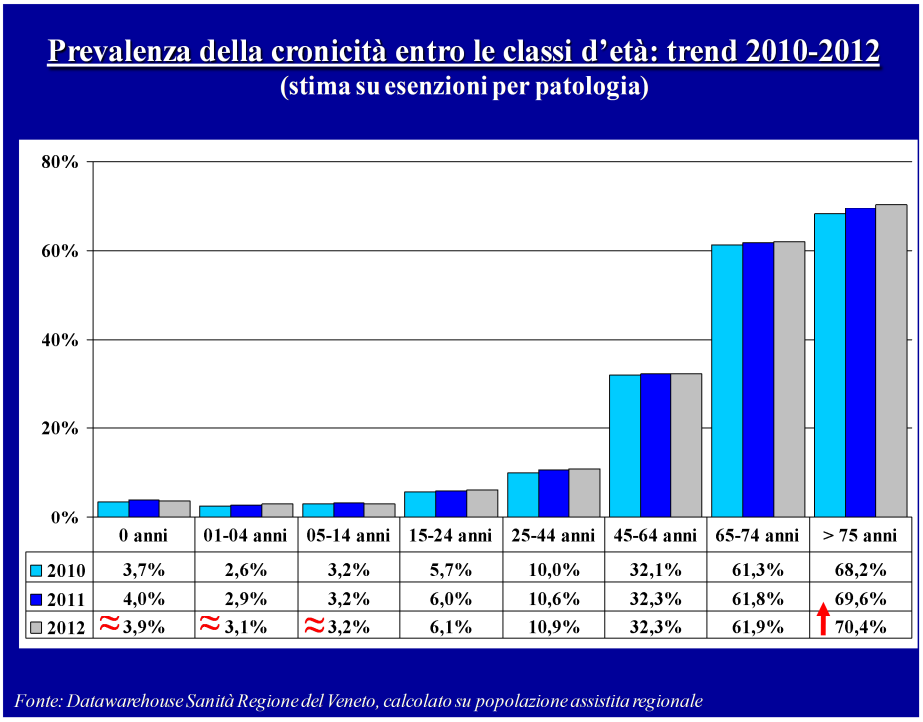


Grafico n°8

Il Grafico n°9 mostra la prevalenza della cronicità, in Veneto, articolata per classi di età, con il trend 2010-2012.



	0 anni	01-04 anni	05-14 anni	15-24 anni	25-44 anni	45-64 anni	65-74 anni	> 75 anni
2010	3,7%	2,6%	3,2%	5,7%	10,0%	32,1%	61,3%	68,2%
2011	4,0%	2,9%	3,2%	6,0%	10,6%	32,3%	61,8%	69,6%
2012	≈ 3,9%	≈ 3,1%	≈ 3,2%	6,1%	10,9%	32,3%	61,9%	↑ 70,4%

Grafico n° 9

7.4 L'investimento sul Distretto socio-sanitario

In quest'ottica il modello socio-sanitario veneto di servizi integrati alla persona si conferma come la **modalità di risposta più adeguata ai bisogni della popolazione, che trova realizzazione nell'ambito dei Distretti socio-sanitari**.

Si enucleano alcune peculiarità che, di fatto, possono costituire "premesse" fondamentali alla costituzione di un Sistema Integrato, ossia:

- **porre al centro la persona**, nella considerazione che la salute é patrimonio della collettività;
- **valorizzare il rapporto con gli Enti locali e con le Comunità**;
- riconoscere il Territorio come sede "primaria" della presa in carico della persona e, contestualmente, ridefinire il ruolo dell'Ospedale quale ambito per la gestione degli eventi acuti;
- **potenziare il ruolo del Distretto socio-sanitario** quale luogo di coordinamento della presa in carico integrata e della continuità dell'assistenza;
- valorizzare il ruolo integrativo in **un'ottica di sussidiarietà** svolto dalla rete sociale, fatta da relazioni parentali, amicali, solidaristiche e di volontariato, quale elemento di stabilità e di identificazione del tessuto, sostenuto da profondi e radicati valori etico-sociali.

Ciò implica che il *Territorio sia soggetto che intercetta il bisogno e attiva le sinergie tra risorse e fonti diverse*.

Già dal 2001 (con la Dgr. n.3242/2001) la Regione Veneto ha sancito l'importanza del Distretto e ha offerto alcune linee organizzative per delinearne un modello. Nell'arco dell'ultimo decennio si sono susseguiti vari provvedimenti di riorganizzazione dell'assistenza territoriale (es. sulla medicina convenzionata, sulle cure domiciliari, sugli ospedali di comunità, ecc.). Nel Veneto, ad oggi, esistono **50** Distretti, di cui **8** con una dimensione inferiore agli 80.000 abitanti e con un *range* compreso tra i 20.000 e i 278.000 abitanti. Va comunque sottolineato come esista una varietà organizzativa all'interno delle 21 Aziende ULSS della Regione.

L'ottica perseguita nel corso degli anni è stata quella di sviluppare una "rete integrata di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali", ove il Distretto socio-sanitario rappresenta l'ambito organizzativo in cui può realizzarsi un modello assistenziale garante della continuità dell'assistenza e fornitore di risposte adeguate, complete e non frammentate o casuali alla complessità dei bisogni delle persone. In particolare le aree a maggiore valenza socio-sanitaria sono quelle della non autosufficienza, della disabilità, della salute mentale e della dipendenza.

Ciò detto, la Regione Veneto ha inteso perseguire **due obiettivi strategici**:

- la presa in carico coordinata e la gestione integrata del paziente,
- la continuità dell'assistenza,

che si realizzano attraverso l'implementazione di un **modello di Distretto "forte"** ossia:

- ***responsabile*** ove vi sia diretta correlazione tra responsabilità, risorse disponibili ed azioni di miglioramento dell'appropriatezza;
- ***competente*** cioè in grado di rispondere appropriatamente ai bisogni e di presidiare il percorso assistenziale.

Costituiscono, pertanto, criteri cardine dell'organizzazione distrettuale:

- l'adozione di un metodo di lavoro **multiprofessionale;**
- **la flessibilità** organizzativa delle risposte assistenziali;
- la valorizzazione e la piena integrazione della **medicina convenzionata;**
- la valorizzazione del ruolo dell'infermiere e di tutte le **professioni sanitarie e sociali** (centralità del case manager);
- l'organizzazione delle attività per programmi definiti con le **Amministrazioni locali** e con gli altri attori territoriali.

Il Territorio viene, allora, a configurarsi come un sistema organizzativo reticolare in cui i vari nodi della rete afferiscono ad un unico ciclo erogativo: la rete consente di sviluppare e valorizzare le sinergie tra risorse e fonti di risorse diverse, di favorire una flessibilità organizzativa che si adegua ai mutamenti dei cambiamenti.

I grafici n°11 e 12 (elaborati dalla Regione Veneto su dati regionali 2008-2011) evidenziano i trend dei COSTI LEA (grafico n°11) ed i costi/residente per l'ASSISTENZA DISTRETTUALE (grafico n°12), negli anni 2008-2011.

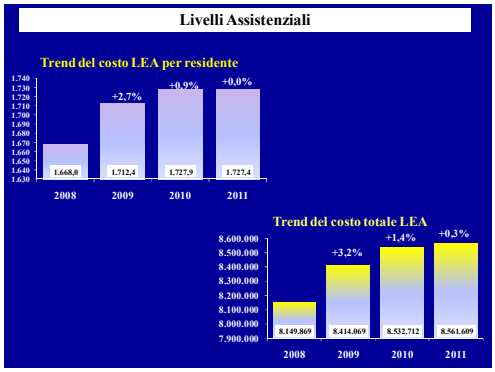


Grafico 11 (elaborazione della R.Veneto)

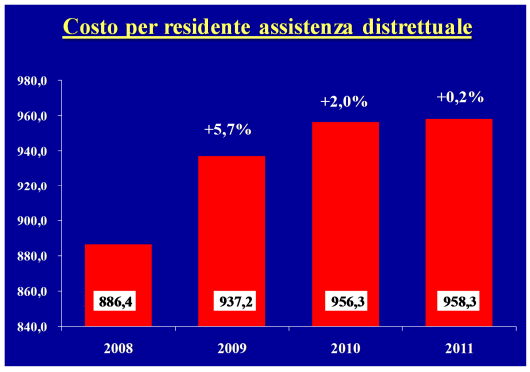


Grafico 12 (elaborazione della R. Veneto)

Di seguito, si riportano alcune informazioni, relative alle "cure extraospedaliere", in Veneto.

BOX D: Alcuni aspetti delle cure extraospedaliere, in Veneto

Accessibilità alle Cure primarie(*)	Deospedalizzazione	Vincoli economici
- In Veneto si stima che il **32%** dei pazienti di un MMG necessiti di educazione e supporto all'autocura - il **7,5%** di follow up - il **2,8%** di integrazione con la rete dei servizi territoriali - l'**1%** di integrazione con l'Ospedale	- Il tasso di ospedalizzazione standardizzato del Veneto presenta un trend decrescente: • 199,8‰ nel 2001 • 175,3‰ nel 2006 • **144,2‰** nel 2011 • 135,9‰ nel 2012 prev*	- D.L. n.98/2011 • -2,5 miliardi nel 2013 • -5,5 miliardi nel 2014 - D.L. n.95/2012 • -0,9 miliardi nel 2012 • -1,8 miliardi nel 2013 • -2,0 miliardi nel 2014 - Legge di stabilità • -0,6 miliardi nel 2013 • -1,0 miliardi nel 2014

Fonte: elaborazioni su Datawarehouse Sanità Regione del Veneto e (*) dati ULSS n.4 Alto Vicentino

7.5 Alcuni strumenti di integrazione

Analizzeremo, di seguito, alcuni possibili strumenti di integrazione: lo sportello unico di accesso; la valutazione del bisogno; il progetto assistenziale individualizzato; il sostegno alla domiciliarità, gli elementi innovativi per l'integrazione socio-sanitaria; la filiera dell'assistenza; le medicine di gruppo integrate; la centrale operativa; il sistema informativo; il fascicolo sanitario elettronico.

7.6 Lo sportello unico di accesso

Al fine di garantire modelli organizzativi fondati sui bisogni delle persone e facilitare l'accesso ai servizi la Regione Veneto ha dato avvio (con DGR n.39/2006) alla realizzazione di **Sportelli Unici Integrati**, nell'intento di garantire un accesso secondo principi di uniformità e omogeneità, di ricondurre a unitarietà gli interventi spesso parcellizzati, di favorire l'interazione e l'integrazione tra servizi ed enti diversi. Questo strumento consente, inoltre, la **semplificazione dei percorsi amministrativi** per accedere ai servizi, rappresentando una prima forma di presa in carico, e assicura quella preziosa offerta di informazioni che orientano l'assistito. L'idea nasce dalla necessità di dotarsi di un unico punto di riferimento (porta unica di accesso), luogo al quale l'assistito può rivolgersi con fiducia, sapendo che l'impegno dell'operatore sarà quello di individuare correttamente il bisogno, traducendolo - se necessario - in un intervento assistenziale e indirizzandolo all'ente o servizio preposto.

Peraltro, il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016 pone come obiettivo il consolidamento della rete integrata degli sportelli socio-sanitari; in altre parole, le Aziende ULSS sono chiamate a migliorare l'accesso ai servizi, promuovendo e consolidando le esperienze di sportelli polifunzionali e ponendoli in raccordo operativo con gli sportelli dei Comuni, al fine di semplificare ulteriormente azioni e processi di accompagnamento della persona.

7.7 La valutazione del bisogno e il Progetto Assistenziale Individualizzato

L'integrazione socio-sanitaria trova realizzazione laddove è possibile valutare in modo unitario e uniforme i bisogni sanitari, socio-sanitari, socio-assistenziali, che hanno portato alla domanda di un servizio, garantendo un confronto tra operatori del sistema sanitario e socio-assistenziale e individuando la risposta più appropriata. Questo si realizza attraverso:

- la multiprofessionalità con il coinvolgimento di vari professionisti (es. responsabile dell'Unità operativa Cure Primarie, del medico/pediatra di famiglia, dell'assistente sociale, delle figure infermieristiche, dei professionisti delle discipline relazionate alle problematiche della persona) garantite attraverso l'***Unità Valutativa Multi Dimensionale*** (UVMD);

- l'utilizzo condiviso di specifici strumenti di valutazione, quali la SVAMA (Scheda di valutazione multidimensionale per anziani) e la SVAMDI (Scheda di valutazione multidimensionale integrata). In particolare, attraverso la SVAMA si definisce anche il punteggio, in base al quale stabilire la priorità d'accesso degli ospiti non autosufficienti ai servizi residenziali, per l'assegnazione della quota sanitaria regionale e per l'iscrizione al Registro unico della residenzialità[145];

- la definizione del ***Progetto Assistenziale Individualizzato***, atto a individuare e garantire il livello assistenziale più appropriato rispetto alle condizioni del paziente e a garantire un monitoraggio costante delle necessità assistenziali per intercettare eventuali modifiche o l'emergere di nuovi bisogni;

- la valutazione dei risultati con ***procedure di verifica*** dello stato di attuazione degli obiettivi programmati e della funzionalità dell'organizzazione, garantendo anche la rilevazione dei costi e degli esiti.

---

[*] Il Registro unico della residenzialità è stato istituito in ogni Azienda ULSS come strumento di attribuzione, di gestione e di regolazione delle impegnative di residenzialità.

7.8 Il sostegno alla domiciliarità

Nell'ottica di privilegiare il mantenimento dell'anziano nel proprio ambiente di vita, quale aspirazione e diritto delle persone e dei familiari, il Veneto ha sviluppato un insieme di politiche di sostegno della domiciliarità*, che si articolano in tre aree di intervento:

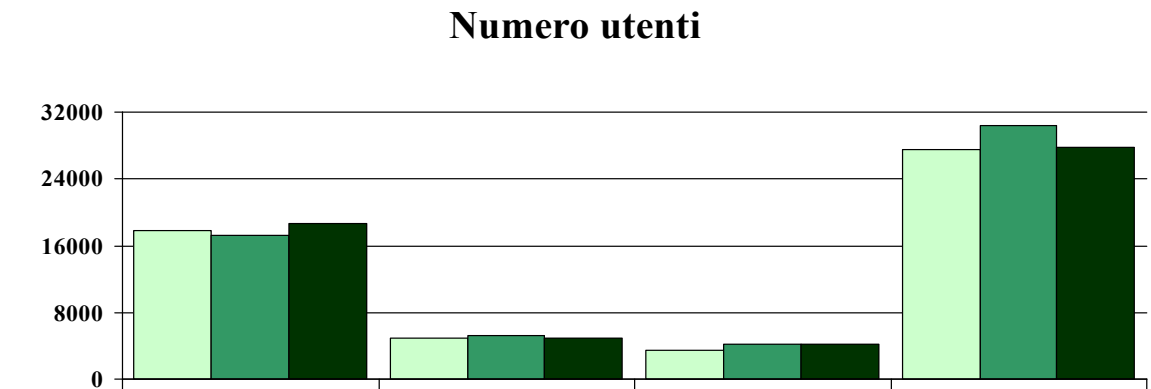
a. interventi erogati a domicilio e a supporto della famiglia, rappresentati dall'assistenza domiciliare sociale (SAD), sanitaria (comprensiva della fornitura di protesi e ausili) e integrata socio-sanitaria (ADI), telesoccorso e telecontrollo, interventi delle reti solidaristiche della comunità locale;

b. interventi di sostegno economico, rappresentati dagli assegni di cura alle persone e alle famiglie, differenti a seconda del carico di cura, della tipologia e delle modalità di assistenza fornita, della situazione economica;

c. interventi di sollievo alla famiglia per centri diurni, ricoveri temporanei, soggiorni climatici ecc., per persone in stato di dipendenza assistenziale.

In particolare la Regione ha individuato **nell'assegno di cura** lo strumento unitario di sostegno economico alle persone prive di autonomia, assistite in famiglia e alle loro famiglie, che si differenzia ulteriormente nell'assegno a sostegno delle famiglie, che assistono congiunti affetti da *Alzheimer* e per le famiglie che si fanno carico di assistere a casa persone non autosufficienti ricorrendo all'aiuto di assistenti familiari (badanti).

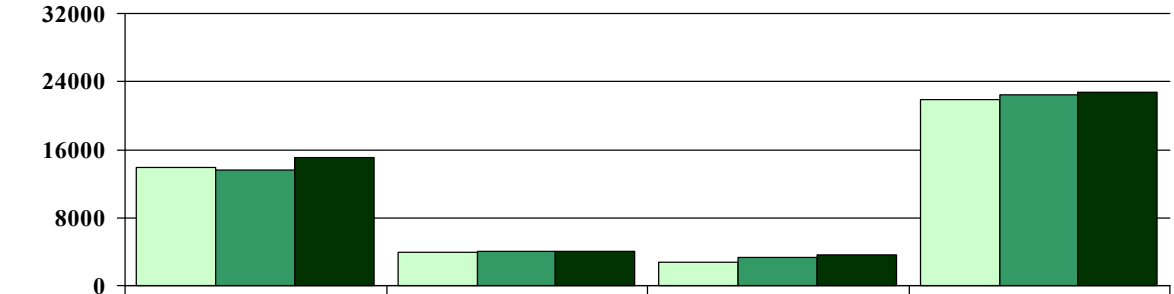
I grafici n°13 e 14 (e le tabelle di riferimento) evidenziano il n° degli utenti e degli "utenti equivalenti"



	semplici	Alzheimer	Badante	Totale
2009	17.764	4.875	3.428	27.524
2010	17.265	5.152	4.179	30.425
2011	18.634	4.959	4.173	27.766

Grafico n°13 (elaborazione Regione Veneto)

Numero utenti equivalenti

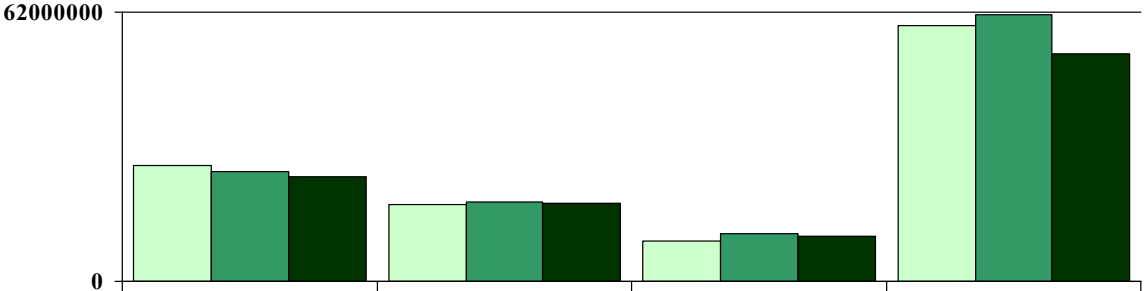


	semplici	Alzheimer	Badante	Totale
2009	13.918	3.903	2.802	21.825
2010	13.657	4.031	3.325	22.472
2011	15.029	4.104	3.630	22.763

Grafico n°14 (elaborazione Regione Veneto)

Il Grafico n° 15 evidenzia i costi dell'assegno di cura (Fonte, Regione Veneto)

Costi dell'assegno di cura



	semplici	Alzheimer	Badante	Totale
2009	26.577.275	17.574.760	9.121.338	58.997.764
2010	25.294.489	18.191.305	10.980.437	61.430.376
2011	24.159.271	18.020.430	10.340.556	52.520.257

Grafico n° 15

NOTA BENE. per gli anni 2009 e 2010 una quota di assegni, pari rispettivamente a 5.724.391 e a 6.964.145, è relativa sia all'assistenza di persone affette da Alzheimer, che a quelle assistite da badanti. Queste cifre sono comprese nei totali ma non esplicitate nelle singole voci.

7.9 Gli strumenti di programmazione "integrata"

La programmazione e la gestione associata dei servizi sociali dei Comuni e sociosanitari delle Aziende ULSS si concretizza nei ***Piani di Zona***, strumento che, nell'ultimo quindicennio, ha contribuito al processo di evoluzione del *welfare* veneto.

Attraverso il Piano di Zona si perseguono le seguenti finalità:

- promuovere una programmazione sociale integrata in grado di coniugare le strategie di protezione con quelle di promozione del benessere dei cittadini;
- favorire l'equità territoriale, sostenendo l'equilibrio nell'offerta dei servizi e promuovendo regolamenti e comportamenti uniformi all'interno del territorio;
- favorire lo sviluppo di un sistema di offerta in grado di cogliere l'evoluzione dei bisogni della popolazione;

In conseguenza di una sentenza della C. Costituzionale (190/2007) relativa al quantum contributivo- la Legge 222/2007 (Art.29) ha stabilito sia i criteri per quantificare il contributo dovuto dai sanitari all'Onaosi sia l'ampliamento delle prestazioni assistenziali che una riforma dell'assetto dei suoi organi di gestione.

Da ciò, il nuovo **Statuto ONAOSI** (approvato con decreto interministeriale il 9/02/2010) che ha introdotto la piena integrazione fra i soggetti pubblici e i soggetti del privato sociale interessati alla costruzione del sistema integrato di intersostenere e facilitare il governo dell'integrazione socio-sanitaria.[?]

Per poter perseguire tali finalità, il Piano di Zona si configura come specifico strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con le linee di indirizzo regionali.

I contenuti costituiscono la base fondamentale sulla quale vengono stipulati gli accordi di programma tra gli enti interessati e decise le deleghe, da parte dei Comuni, per la gestione dei servizi sociali all'ULSS, in relazione alle convenzioni già adottate in ambito distrettuale tra i Comuni.

Rappresenta, inoltre, lo strumento attraverso cui sono definiti progetti di collegamento tra la programmazione sociale e socio sanitaria e le altre politiche di supporto alla persona e alla comunità; prevede l'esplicita integrazione tra i soggetti competenti per le altre politiche (ad esempio le politiche abitative, del lavoro, dell'istruzione e dell'educazione), nonché tra le risorse e gli strumenti programmatori ad esse relativi.

Con riferimento all'ambito socio-sanitario la programmazione aziendale si formalizza attraverso:

- il *Piano Attuativo Locale**,*** strumento di programmazione di medio-lungo periodo, che recepisce anche i contenuti del Piano di Zona per gli aspetti socio-sanitari, elementi a fondamento della stipula dell'accordo di programma tra Comuni e Azienda ULSS;
- il *Programma delle Attività Territoriali**,*** documento programmatorio annuale, che rappresenta lo strumento operativo di programmazione annuale del distretto socio-sanitario ed è finalizzato alla realizzazione di obiettivi e indirizzi contenuti nel Piano Attuativo Locale.

Attraverso questi tre strumenti (*Piano Attuativo Locale*, *Programma delle Attività Territoriali*, *Piano di Zona*) si identifica il ***sistema locale di offerta socio-sanitaria***, perseguendo, in particolare, l'adeguatezza del medesimo ai bisogni e alle esigenze del territorio, oltre a obiettivi di uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta.

7.9.1 Elementi innovativi per l'integrazione socio-sanitaria

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale Veneto 2012-2016, quale strumento di programmazione unificata tra il sistema sociale e il sistema sanitario, introduce alcune importanti innovazioni per favorire l'integrazione socio-sanitaria, valorizzando le migliori pratiche sviluppate localmente.

I percorsi e le soluzioni possibili sono rappresentati nel Box E.

BOX E

7.9.2 L'introduzione del concetto di "filiera dell'assistenza"

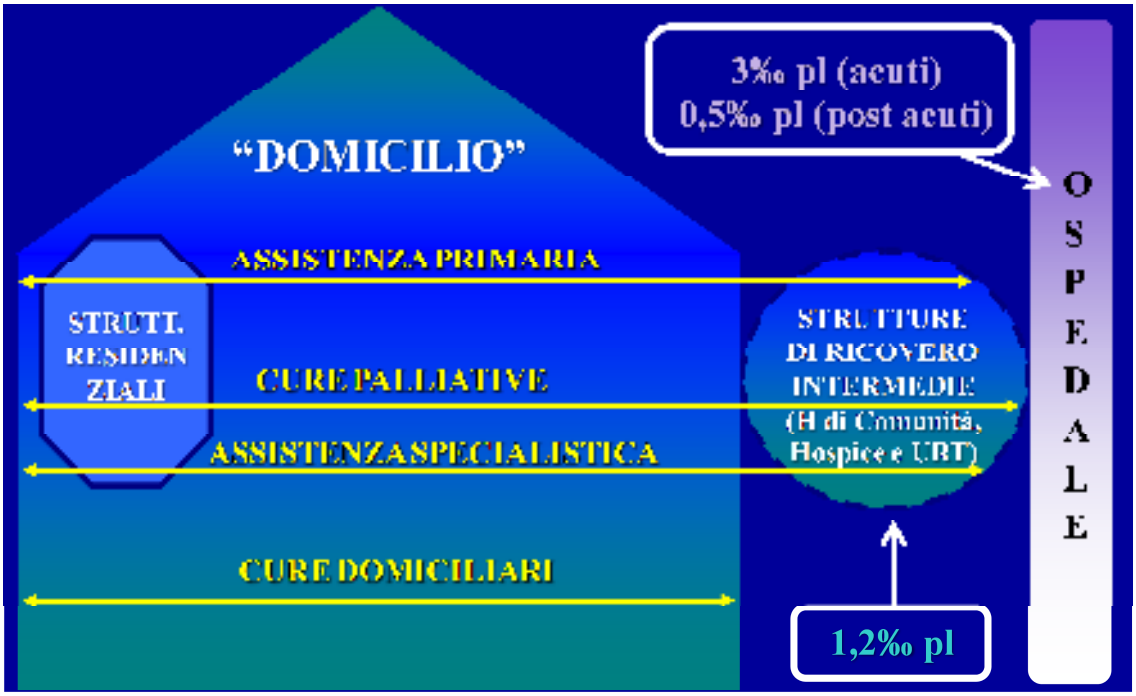
I mutamenti della struttura familiare, dei bisogni della popolazione e la diffusione del ricorso da parte delle famiglie ad assistenti familiari, richiedono - come detto più volte - un profondo ripensamento dell'articolazione della rete assistenziale secondo un sistema di cure graduali nell'ambito del Distretto, fondato su azioni coordinate e in stretta sinergia. Nello specifico, con il concetto di "filiera dell'assistenza" la Regione Veneto intende garantire un sistema di cure graduali attraverso alcuni nodi fondamentali della rete territoriale, rappresentati dai *servizi distrettuali*, dalle *forme associative* della medicina convenzionata - con particolare riferimento alla diffusione delle medicine di gruppo integrate -, dalle *cure domiciliari* caratterizzate da un modello di assistenza di 24 ore, 7 giorni su 7, dalle *cure palliative* incentrate su un nucleo multiprofessionale specificatamente dedicato, dalle *strutture di ricovero intermedie* e dalle *strutture residenziali*.

La gestione operativa di tutti questi nodi afferisce al Distretto socio-sanitario secondo un'ottica, per l'appunto, di rete assistenziale.

In questa visione, la medicina di famiglia rappresenta il perno del sistema: il medico di famiglia diventa il referente principale per il paziente, colui che deve orientarlo nel percorso assistenziale e di cura. Di qui la necessità di organizzare *team* multiprofessionali, dove il medico sia affiancato dall'infermiere, dagli specialisti, dal personale di studio, in stretta integrazione anche con i servizi sociali.

I **Box F e G** evidenziano il presente e il futuro dell'organizzazione socio-sanitaria, con il modello veneto "estensibile" anche ad altre realtà regionali. E' stata chiamata "filiera dell'assistenza territoriale."

BOX F : dal territorio all'ospedale



BOX G: la filiera dell'assistenza territoriale

FILIERA dell'Assistenza Territoriale		
	Assistenza primaria	Strutturata come interconnessioni di nodi organizzativi multiprofessionali in cui le ***Medicine di Gruppo Integrate*** rappresentano punti di riferimento h24, 7gg./7
	Cure domiciliari	Potenziamento dell'assistenza a domicilio attraverso un ***modello h24, 7gg./7***, favorendo il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita
	Cure palliative	Estensione del modello centrato sul ***"nucleo multiprofessionale dedicato"***, prevedendo una ***Struttura in ogni ULSS***, organizzata per una risposta h24
	Strutture intermedie	***Offrono una risposta polifunzionale a carattere temporaneo, principalmente per la stabilizzazione, la riabilitazione estensiva, la palliazione.*** ***Ospedale di Comunità*** per ricoveri di breve durata (indic. 30 gg.), senza compartecipazione e gestione clinica affidata alla medicina di famiglia ***Unità Riabilitative Territoriali*** per ricoveri di media durata (indic. 60 gg.), con compartecipazione alla spesa (relativamente alla quota alberghiera)
	Specialistica	Prevalentemente a supporto della medicina di famiglia ed organizzata in ***Centri Polispecialistici territoriali***, opera sulla base di PDTA
	Assistenza residenziale	Valorizzazione dei Centri di Servizio con ***rimodulazione delle unità di offerta***, sviluppando una flessibilità organizzativa per adeguare il sistema alle nuove esigenze assistenziali e alla sostenibilità

7.9.3 L'integrazione socio-sanitaria nelle Medicine di Gruppo Integrate

A completamento di un lungo percorso di coinvolgimento dei medici di famiglia nell'attività distrettuale, di promozione e diffusione dell'associazionismo e di evoluzione verso *team* multiprofessionali, lo sviluppo dell'assistenza primaria in Veneto prevede l'estensione su tutto il territorio regionale delle medicine di gruppo integrate, quali presidi territoriali attorno cui vengono organizzate le risorse distrettuali (personale infermieristico, specialisti, assistenti sociali, ecc.), al fine di gestire efficacemente i bisogni della Comunità di riferimento

Più in dettaglio le Medicine di gruppo integrate:

- sono nodi organizzativi della filiera dell'assistenza territoriale, *afferenti al Distretto socio-sanitario*;
- sono strutturate su un lavoro in *team multiprofessionale*;
- sviluppano una *responsabilità* verso la salute di tutti i componenti della Comunità e la presa in carico dei bisogni socio-sanitari;
- assicurano *un'assistenza 24 su 24, 7 giorni su 7*;
- costituiscono "*presidi territoriali*" attorno ai quali vengono organizzate le risorse distrettuali, al fine di gestire efficacemente i bisogni della popolazione.

In particolare, per dare maggiore operatività alla integrazione con il sociale, è prevista la presenza della figura dell'assistente sociale del Comune presso la sede delle Medicine di gruppo integrate, facilitando modalità di lavoro collaborativo anche con gli Enti Locali, le organizzazioni sociali e del volontariato. Inoltre, presso la sua sede potrà essere collocato anche lo Sportello unico integrato.

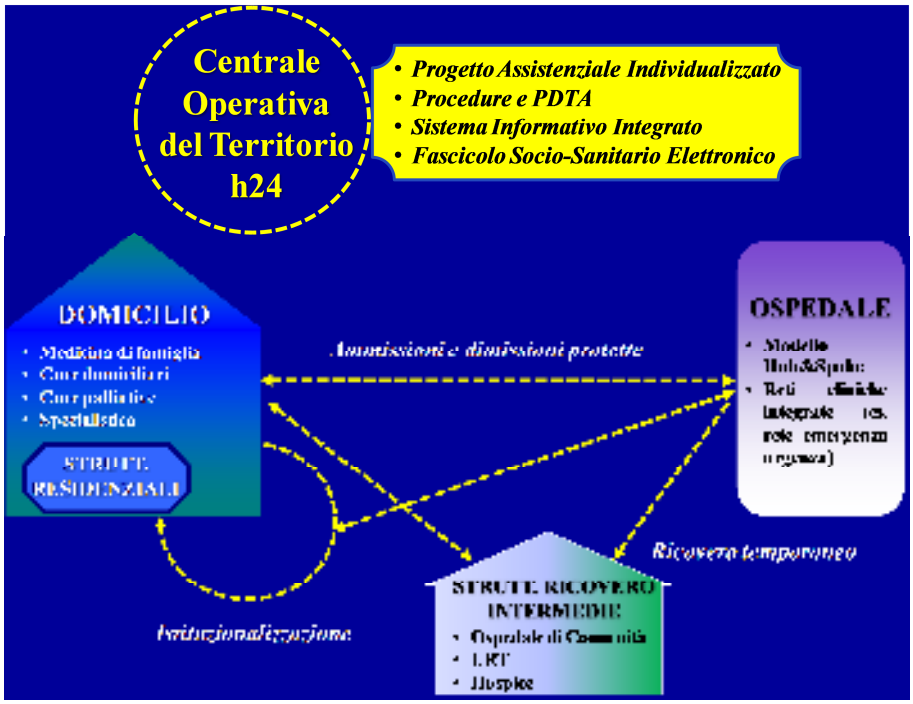
7.9.4 La Centrale operativa come strumento di integrazione e continuità

È obiettivo della nuova programmazione regionale istituire in ogni Azienda ULSS una *Centrale Operativa* che rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto ha una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale. Rappresenta, infatti, lo strumento di raccolta e classificazione del problema/bisogno espresso, di attivazione delle risorse più appropriate, di programmazione e pianificazione degli interventi attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

Dovrà essere attiva nell'arco delle 24 ore e per 7 giorni su 7, con presenza di un infermiere e di un medico e potrà essere attivata dal personale distrettuale ed ospedaliero, dai medici/pediatri di famiglia e di continuità assistenziale, dalle strutture di ricovero intermedie e dai centri di servizio, dai servizi sociali del Comune, dai familiari di pazienti protetti e critici.

Il Box H riassume la soluzione proposta.

BOX H: schema di funzionamento/percorso assistenziale[146]



7.9.5 Sistema Informativo Integrato e Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico

Al fine di garantire la continuità assistenziale, nelle sue diverse accezioni di continuità informativa, gestionale e relazionale, si rende necessario il potenziamento degli strumenti di scambio informativo, nella fattispecie dei sistemi informativi integrati, a supporto dell'integrazione professionale, evitando la frammentazione degli interventi, garantendo la continuità del processo assistenziale e, dunque, migliorando l'assistenza erogata.

In quest'ambito diventa rilevante l'implementazione di un *sistema informativo integrato* tra sociale e sanitario, che metta in rete non soltanto i sistemi aziendali (es. pronto soccorso, ricoveri, farmaceutica, specialistica) ma anche i sistemi informativi della medicina e pediatria di famiglia, sistematizzando anche la parte della domiciliarità, delle cure palliative e della residenzialità extraospedaliera, potenziando in questo caso anche la segnalazione degli eventi avversi e gli esiti di salute (es. cadute, fratture, infezioni, ecc.).

È, inoltre, obiettivo prioritario per la Regione la realizzazione del *Fascicolo socio-sanitario elettronico* ovvero quell'insieme di servizi applicativi che consentono l'inserimento ed il successivo recupero dei documenti socio-sanitari, al fine di rendere disponibile, agli operatori abilitati o ai cittadini stessi, in ogni momento ed in ogni luogo, la storia clinica e socio-assistenziale di ogni cittadino.

Il concetto e l'utilizzo del Fascicolo sono da intendersi estesi ai diversi ambiti: ospedaliero, territoriale, sociale e di prevenzione e promozione della salute. Lo strumento dovrà, pertanto, essere unico, indipendentemente dall'area dei servizi da cui provengono le informazioni.

---

[146] AA.VV., *Un nuovo percorso socio-assistenziale: dal modello veneto ad un modello nazionale*, Inedito a cura della Segreteria alla Sanità della Regione Veneto , dicembre 2012.

7.9.6 La valorizzazione della rete informale

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale enfatizza la responsabilizzazione di tutti i soggetti alla garanzia dei LEA e dei LIVEAS e, per questo, si pone come un *Patto con la comunità locale*: l'integrazione istituzionale viene allora ad allargarsi, coinvolgendo anche i soggetti non istituzionali nella creazione di una "*partnership* di comunità".

In particolare, riconoscendo il valore sociale del volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, evidenzia la necessità di individuare modalità più strutturate e incisive di raccordo e consultazione all'interno delle Aziende ULSS, specie a fronte della molteplicità delle associazioni attive e al fine di poterne valorizzare compiutamente la *mission*. Per questo è prevista l'istituzione di una funzione di interfaccia specifica in ogni Azienda ULSS, quale punto di riferimento per il volontariato, con lo scopo di:

- promuovere, sviluppare e consolidare i rapporti con le associazioni di volontariato, in particolare in ambito socio-sanitario, al fine di diffondere le buone pratiche maturate nel territorio;

- rafforzare l'unitarietà degli intenti e il migliore impiego delle risorse pubbliche e private, sviluppando un approccio di sistema;

- sostenere percorsi formativi integrati al fine di supportare un volontariato competente, informato e partecipe;

- implementare l'*audit* civico attraverso il quale le organizzazioni sociali, gli organismi di tutela del malato e le associazioni di volontariato possano valutare la qualità delle prestazioni e dei servizi delle Aziende ULSS e cogliere le istanze prioritarie da portare ai livelli decisionali, perché si trasformino in attività concordate da monitorare e valutare nella più assoluta trasparenza.

7.9.7 Alcuni obiettivi per la sostenibilità del Sistema

L'aumento e il diversificarsi dei bisogni (non-autosufficienza/disabilità, disagio minorile/familiare, dipendenze, ecc.), nonché il concomitante contenimento delle risorse pubbliche richiedono l'individuazione di alcune azioni di Sistema atte a garantire e potenziare gli attuali livelli di assistenza ai cittadini.

In questo senso, la nuova programmazione regionale individua alcuni **obiettivi strategici:**

- la promozione della **delega** delle funzioni sociali ovvero della *gestione associata dei servizi* per i Comuni con eventuale esclusione dei Capoluoghi di provincia, anche al fine di razionalizzare le risorse e garantire uniformità di trattamento su tutto il territorio regionale;

- la sostenibilità dei servizi socio-sanitari per ciascuna Azienda ULSS dovrà essere garantita da un sistema di finanziamento del Fondo Sociale Regionale, dal Fondo regionale della non autosufficienza, dalle quote capitarie dei Comuni, dal Fondo Sanitario in quote capitarie e da un Fondo Sociale di Solidarietà tra Comuni. Quest'ultimo assume un significato di particolare rilievo rispetto all'assunzione di corresponsabilità di tutti i Comuni in relazione alle esigenze dei propri territori e alla sostenibilità di oneri, a volte particolarmente gravosi, soprattutto da parte dei Comuni di piccole dimensioni;

- il miglioramento della **appropriatezza** dell'assistenza socio-sanitaria attraverso sistemi di valutazione della domanda e dell'offerta, supportato dall'attivazione di un sistema informativo regionale, organico e integrato, sui servizi territoriali.

BOX I – Elementi fondamentali per realizzare un modello organizzativo integrato di cura e assistenza.

- Riconoscere il "**Sistema delle Cure Primarie**" quale punto unico di riferimento e di coordinamento dell'intera rete dei servizi, strutturato su un sistema di responsabilità che rendano espliciti ruoli, regole e *feed back*. I nodi della rete dovranno necessariamente comprendere: la Medicina di famiglia, la Continuità assistenziale, le Strutture residenziali e semiresidenziali, il Comune. La famiglia stessa deve essere considerata come un nodo fondamentale.

- Costruire ***Team*** **multiprofessionali** (nella fattispecie "Medicine di gruppo integrate") che comprendano medici di famiglia, specialisti, assistenti sociali, operatori socio-sanitari, amministrativi, ecc. La multiprofessionalità favorisce la presa in carico della persona nella sua globalità e, soprattutto, il superamento della logica della prestazione a favore di una prospettiva di percorso di presa in carico.

- Promuovere la definizione di **Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali**, declinati a livello locale, quale supporto all'agire. I percorsi assistenziali devono intendersi come modalità organizzate di svolgimento dell'assistenza, frutto di una metodologia e di un processo condiviso, perseguendo obiettivi di miglioramento della qualità assistenziale, degli esiti, di sicurezza e soddisfazione dei pazienti, nonché di ottimizzazione dell'uso delle risorse.

- Promuovere il ruolo del ***case manager*** come figura di collegamento e facilitatore organizzativo.

- Prevedere una **Centrale operativa** ("o di continuità"), attiva 24h su 24 e 7 giorni su 7, quale punto di accoglienza delle istanze e di coordinamento delle risposte, attivando i soggetti della rete assistenziale, tutelando le transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

- Coinvolgere i **Comuni** (eventualmente se di piccole dimensioni anche attraverso forme di aggregazione) per garantire un Servizio assistenziale domiciliare 7 giorni su 7 e, quindi, offrire una continuità di risposta.

- Attivare un **Sistema informativo integrato** e realizzare il **Fascicolo socio-sanitario elettronico** (unico), finalizzato allo scambio efficace di informazioni, alla tracciabilità degli interventi resi dai diversi attori e al monitoraggio degli indicatori selezionati.

8.0 CONSIDERAZIONI FINALI E ULTERIORI PROPOSTE DI LAVORO PER IL CNEL

Se si guarda al *welfare* nella fase della crisi non si sfugge dalla considerazione che questo settore più di altri abbia pagato la politica di un risanamento della finanza pubblica realizzato agendo sul solo "numeratore", attraverso tagli lineari di spesa e aumenti della pressione fiscale, prevalentemente locale e, conseguentemente, grazie all'addizionale IRPEF, gravanti, prevalentemente sui redditi da lavoro e da pensione (cresciuti nel periodo 2008-2012 del 7,62%, contro una riduzione del 10,21% del prelievo sugli altri redditi).

Sul versante della spesa non contraddice una simile affermazione il fatto che le risorse complessive destinate al Welfare (previdenza, sanità, assistenza) nel periodo siano cresciute del 9,42% (da 385,8 a 422,1 miliardi di €) contro una crescita complessiva della spesa pubblica corrente del 5,29%. L'incremento della spesa per interventi di "protezione sociale" è stato, infatti, determinato, prevalentemente, dall'andamento della spesa pensionistica (ivi compresa quella assistenziale) che è cresciuta del 13,12%. La dinamica della spesa sanitaria, la seconda componente per valore della spesa sociale, è stata solo dell'1,67% e quella delle spese assistenziali (al netto delle pensioni) è in riduzione dell'1,45%.

Ma anche la dinamica della spesa previdenziale, rivela un impoverimento dei beneficiari a seguito del perdurante blocco, nel periodo, delle indicizzazioni (rimosso, solo parzialmente, a partire dal 2014).

Al fenomeno di contenimento della spesa sociale pubblica si è aggiunto un fenomeno di sofferenza determinato dalla minore disponibilità di risorse disponibili dei cittadini per l'aggravarsi della pressione fiscale, in particolare a carico lavoratori dipendenti e pensionati.

In realtà la logica che ha guidato in questi ultimi anni l'impostazione delle politiche di bilancio ha avuto come unico punto di riferimento quello del miglioramento dei saldi in funzione della riduzione dell'indebitamento e, in prospettiva del debito.

Naturalmente la riduzione del debito non dovrebbe intervenire in questi campi con tagli lineari e incrementi dell'imposizione sui redditi (prevalentemente da lavoro e da pensione). Si tratta di evitare che vengano penalizzati persone, imprese, e lavoro.

Tali scelte sarebbero con ogni evidenza, contraddittorie rispetto agli indirizzi della Commissione Europea (CUE) che ipotizza un "risanamento funzionale alla crescita" e interventi sul sistema sociale per renderlo più efficiente, partendo da misure di incremento in quei settori di spesa suscettibili di determinare una crescita del denominatore (il PIL): in particolare nei settori suscettibili di una più immediata espansione delle occasioni di lavoro (ad esempio sulle moderne tecnologie in campo sanitario con conseguenze positive anche in tema di qualità dei servizi), o nel campo della scuola, della formazione, della ricerca, che contribuiscono alla crescita del capitale umano.

Proprio dall'esigenza di mobilitare tutte le risorse finanziarie, produttive ed umane del paese in funzione dello sviluppo la "Commissione continua a raccomandare che i programmi nazionali di riforma (PNR) e i programmi di stabilità e di convergenza (PSC) siano dibattuti in ambito nazionale nel parlamento e con tutti i portatori d'interesse, in particolare le parti sociali e gli attori sub nazionali; *(da ultimo: COMUNICAZIONE DELLA COMMISSIONE - Analisi annuale della crescita 2014, pag. 6, Bruxelles, 13.11.2013).*

Nel quadro di una procedura coerente con la Costituzione e con le raccomandazioni della Commissione UE, la proposta CNEL dovrebbe partire da un approccio diverso e realizzarsi con procedure assai diverse.

In primo luogo, avendo chiaro che disavanzo e dimensione complessiva del debito non sono "variabili indipendenti", dovrebbe prevedere un confronto reale, con le "istituzioni sub nazionali" e con le parti sociali sui pesi dei diversi comparti di spesa e delle diverse componenti del prelievo, a partire proprio dai cruciali temi del Welfare che sono tutelati, oltre che da specifici articoli della Costituzione, da quella disposizione

dell'articolo 117/2/m sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale" che rappresenta una sorta di norma di chiusura e che richiede un attento bilanciamento delle risorse. Tra i "diritti essenziali" andrebbero forse considerati anche livello e struttura del prelievo fiscale che, penalizzando determinati cespiti e determinati livelli di reddito, contribuiscono a rendere precaria l'effettiva fruizione di fondamentali servizi.

Sembra questo il terreno da cui partire per una modifica dei criteri di costruzione del DEF, anche al fine di evitare che le istituzioni sub nazionali e le parti sociali si assegnino il solo ruolo di rappresentare specifiche esigenze territoriali e/o settoriali e siano coinvolte nella individuazione delle compatibilità essenziali per la costruzione di politiche funzionali allo sviluppo complessivo della società nazionale.

La Commissione V del CNEL - alla luce della documentazione acquisita e delle audizioni fatte nel corso del 2012 e del 2013 e del recente Seminario 2014 dedicato al tema - **formula le seguenti proposte operative**:

1. creazione di un Gruppo di studio che valuti i rapporti esistenti tra il lavoro femminile e l'esistenza o meno di supporti all'infanzia;

2. valutazione del *Workfare,* ossia delle implicazioni e delle possibilità legate all'invecchiamento attivo e al ruolo diretto (tutoriale o meno) degli over 66 pensionati, sulla formazione delle nuove generazioni e sulla riduzione dei costi sociali. Auspica per questo la collaborazione con la Quarta Università di Roma per l'elaborazione di "buone pratiche e percorso motorio per la terza età";

3. Valutazione degli effetti del Federalismo incompleto sullo stato sociale, con individuazione delle criticità e con proposte concrete di modifiche legislative volte a ridurre i contenziosi sulle competenze: *welfare welfare* associativo, nuovi LEAS, ruolo del volontariato e del terzo settore, livelli (centrali e periferici) di "*governance* sociale";

4) Attivazione di convenzioni tra CNEL ed AGENAS (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali) per: valutazione dell'efficacia dei LEA; analisi dei costi e della qualità dell'assistenza; sicurezza delle cure; monitoraggio dei tempi di attesa; innovazione; malattie rare;

5) Attivazione di rapporti con il Ministero dell'Economia e con Farmindustria per la spesa farmaceutica e per le implicazioni conseguenti (nuove confezioni dei farmaci; nuove modalità di distribuzione; controlli sulla validità/assunzione dei farmaci…);

6) Attivazione di convenzioni tra CNEL e CAREGIVER (Organizzatori/propositori/decisori) per esplorare soluzioni concrete relative a: problemi abitativi della terza età(esperto: Dr. Beltrametti; Fondazione Cariplo etc.); progetti di ADI socio-sanitaria; attività socio-sanitarie varie..;

7) Creazione di un ARCHIVIO CNEL delle Istituzioni Nazionali/regionali/locali per la terza età (mondo del volontariato no-profit e profit) e di un ARCHIVIO CNEL-AGENAS sulla non autosufficienza e sulle istituzioni "professionali e non " che garantiscono un " *welfare* misto" (es. ONAOSI);

8) Elaborazione di un DDL su: riorganizzazione del SSN (testo base= documento Agenas) e revisione delle esenzioni;

9) Collaborazione CNEL-SIMM (Soc. Italiana di Medicina delle Migrazioni) per definire il problema del controverso accesso alle cure, da parte dei migranti (in attesa di una nuova legge sulla cittadinanza).

In conclusione, ancora una volta, il CNEL si propone come "autonomo suggeritore" alla politica, per affrontare e risolvere alcune criticità del Paese in modo concreto e fattibile.

Allegato (Tabelle)

ELENCO TABELLE CONTENUTE NELL'ALLEGATO

TAB. I°	Prelievo fiscale 2008/2012 per Imposte Dirette
TAB. II°	Prelievo fiscale per Imposte Indirette
TAB. III°	Prelievo fiscale 2008/2012 per importo totale ed in % rispetto al PIL
TAB. IV°	Spesa per prestazioni di protezione sociale
TAB. V°	Costo delle prestazioni di protezione sociale e raffronto 2012/2008
TAB. A	Nuove pensioni INPS 2012
TAB. B	Percentuale spesa Out of Pocket
TAB. C	Tipologia pensioni INPS 2012 e tagli alla spesa sociale
TAB. D	Suddivisione delle pensioni per fasce di reddito
TAB. E	Impatto delle disuguaglianze sociali sulla salute, per livello di istruzione
TAB. F	Grafici dalla tabella "E"
TAB. G	Rischi relativi di morte secondo le variabili di reddito
TAB. H	Mortalità in Italia per titolo di studio
TAB. L	Differenze nella speranza di vita a 35 anni, per classe sociale
TAB. Lbis	Differenze nella speranza di vita a 65 anni, per classe sociale
TAB. M e Mbis	Identikit dei pensionati
TAB. N	Le pensioni "ricche"
TAB. O	Perequazione pensionistica anno 2014
TAB. P	Pensioni INPS di invalidità
TAB. Q	Rischio economico in Italia
TAB. R	La crisi e le famiglie
TAB. S	Sanità e crisi
TAB. T	Recessione, imprese e misery index
TAB. U e V	Le tasse in Italia
TAB. W	Redditi e tassazione Irperf
TAB. X	Pressione Fiscale in Italia
TAB. K	IRPEF 2012
TAB. Y	Spesa pubblica ed aree di intervento
TAB. 1bis e 2bis	Totale personale dipendente dalle PA
TAB. 3bis	Personale stabile dipendente dalla PA

TAB. 4bis	Altro personale dipendente dalla PA
TAB. 5bis	Variazioni in percentuale del personale PA nel 1° sem. 2013
TAB. 6bis	Personale a tempo determinato della PA
TAB. 7bis	Personale con contratto di somministrazione e lavoratori socialmente utili
TAB. 8bis	Rapporto tra lavoro flessibile e tempo indeterminato nel 2012
TAB. 9bis	Unità di personale stabilizzate dalle PA
TAB. 10bis	Spesa per il tempo determinato nella PA
TAB. 10/2bis	Spesa per i contratti di formazione lavoro
TAB. 10/3bis	Variazioni di spesa 2012/2007 per il personale della CFL
TAB. 11bis	Spesa per compensi LSU ed interinali
TAB. 12bis	Variazioni della spesa per LSU ed interinali
TAB. 13bis	Numero collaborazioni co.co.co e relativa spesa
TAB. 13/2bis	Numero incarichi LP, studio, ricerca e consulenza, con relativa spesa
TAB. 13/3bis	Prestazioni professionali per adempimenti di legge e relativa spesa
TAB. 14bis	Riparto del costo 2012 del lavoro pubblico
TAB. 15bis	Totale del costo del personale dipendente ed estraneo all'amministrazione pubblica
TAB. 16bis	Incrementi contrattuali ex CCNL del personale pubblico non dirigente, 2007/2012
TAB. 16/2bis	Incrementi contrattuali ex CCNL del personale pubblico dirigente, 2007/2012
TAB. 17bis	Incrementi contrattuali del personale pubblico non soggetto a contrattaz., 2007/2012
TAB. 17/2bis	Quadro dei contratti di lavoro regionali e provinciali
TAB. 18bis	Spesa per retribuzioni lorde a tempo indeterminato, 2007/2012
TAB. 18/2bis	Retribuzioni medie annue dipendenti della PA
TAB. 19bis	Numero degli occupati nella PA 2007/2012
TAB. 20bis	I tagli al finanziamento del SSN
TAB. 20/2bis	La spesa per il personale (PA – CENTRALI – LOCALI)
TAB. 20/3/4 bis	Le spese per beni, servizi ed attività locali
TAB. 20/5bis	Debiti pubblici in Europa e rapporto con il PIL
TAB. 20/6bis	Pressione fiscale in percentuale, anni 1995/2013
TAB. 20/7bis	Rendimento dei BOT dal 1995 al 2013
TAB. 20/8bis	Percentuale disoccupazione dal 1995 al 2013
TAB. 20/9bis	PIL dal 1995 al 2013
TAB. VI°	I numeri della crisi
TAB. VII°	Le risorse già impiegate

TAB. VIII° I costi della Difesa
TAB. IX° I tagli di Cottarelli
TAB. X° Analisi dettagliata dei “risparmi” di Cottarelli
TAB. X°bis Analisi dei tagli per settore
TAB. X°tris Esuberi nella PA
TAB. XI I prelievi sulle pensioni “ricche”
TAB. XII° I risparmi attesi dai prelievi sulle pensioni – i trasferimenti alle imprese

TABELLA I°

PRELIEVO FISCALE 2008/2012 PER IMPOSTE DIRETTE

VOCI	Valori assoluti					Variazioni %
	2008	2009	2010	2011	2012	*2012 vs 2008*
IRPEF						
- Dipend. e pensionati	121.495	121.781	124.603	126.714	128.311	+ 5,61
- Add.li locali	8.266	8.404	8.452	9.111	11.341	+ 37,21
TOTALE (dip. + pens.)	129.761	130.185	133.055	135.825	139.652	+ 7,62
- Altri redditi	41.750	36.059	38.427	36.111	36.787	- 11,89
- Add.li locali	2.840	2.488	2.607	2.597	3.252	+ 14,48
TOTALE (altri redditi)	44.590	38.547	41.034	38.708	40.039	- 10,21
TOTALE (centrali)	163.245	157.840	163.030	162.825	165.098	+ 1,14
TOTALE (locale)	11.106	10.892	11.059	11.708	14.593	+ 31,40
TOTALE (centrali+locali)	174.351	168.732	174.089	174.533	179.691	+ 3,06
IRPEG						
- Saldo	12.278	10.127	10.127	8.198	8.378	- 31,76
- Acconto	35.440	27.052	27.052	27.751	28.250	- 20,29
TOTALE	47.718	37.179	37.179	35.949	36.628	- 23,24
SOSTITUTIVA						
- Interessi	5.077	6.583	1.254	651	2.597	- 48,85
- Titoli pubblici	6.077	4.752	4.078	4.433	5.074	- 16,50
- Altri art.	1.175	995	955	977	1.552	+ 32,09
TOTALE	12.329	12.330	6.287	6.061	9.223	- 25,19
ALTRE IMPOSTE DIRETTE	8.326	16.891	11.518	13.255	17.827	+ 114,11
TOTALE IMPOSTE DIRETTE	231.618	224.240	218.014	218.090	228.776	- 1,23

Fonte: Dipartimento Politiche Fiscali - Ministero dell'Economia e Finanze - Dic_2013.

TABELLA II°

PRELIEVO FISCALE 2008/2012 PER IMPOSTE INDIRETTE

VOCI	Valori assoluti					Variazioni %
	2008	2009	2010	2011	2012	*2012 vs 2008*
REGISTRO	5.385	4.738	4.986	4.704	4.158	- 22,79
IVA	119.472	111.237	115.674	117.460	115.228	- 3,55
BOLLO	5.405	5.723	5.515	5.573	6.195	+ 14,62
ASSICURAZIONI	3.095	3.546	3.367	3.077	3.098	+ 0,10
TV	1.629	1.663	1.698	1.722	1.732	+ 6,32
CONCESSIONI GOVERNATIVE	1.584	1.588	1.611	1.610	1.597	+ 0,82
SUCCESSIONI	368	454	474	489	569	+ 54,62
SPIRITI + BIRRA	596	584	565	554	509	- 14,60
OLII	20.676	20.171	20.232	20.703	25.657	+ 24,09
METANO	2.560	4.444	4.292	4.762	4.120	+ 60,94
TABACCHI	10.380	10.496	10.647	10.939	10.944	+ 5,43
LOTTO	5.853	5.664	5.232	6.810	6.204	+ 6,00
ALTRE INDIRETTE	14.391	10.696	14.257	15.713	15.116	+ 5,04
TOTALE INDIRETTE	**191.394**	**181.004**	**188.550**	**194.116**	**195.127**	**+ 1,95**

Fonte: Dipartimento Politiche Fiscali - Ministero dell'Economia e Finanze - Dic. 2013.

TABELLA III°

PRELIEVO FISCALE 2008/2012 PER IMPOSTE TOTALI

(espresse in milioni di euro)

VOCI	Valori assoluti					Variazioni %
	2008	2009	2010	2011	2012	*2012 vs 2008*
TOTALE IMPOSTE DIRETTE	231.618	224.240	218.014	218.090	228.776	- 1,23
TOTALE IMPOSTE INDIRETTE	191.394	181.004	188.550	194.116	195.127	+ 1,95
TOTALE GLOBALE TRIBUTI	423.012	406.564	406.564	412.206	423.903	+ 0,21
PIL	1.574.778	1.519.178	1.550.713	1.579.195	1.566.273	- 0,54

Fonte: Dipartimento Politiche Fiscali - Ministero dell'Economia e Finanze - Dic. 2013; rielaborazione della V Commissione CNEL.

PRELIEVO FISCALE 2008/2012: RAPPORTI IN % RISPETTO AL PIL

VOCI (% rispetto al PIL)	% negli anni					Variazioni %
	2008	2009	2010	2011	2012	*2012 vs 2008*
TOTALE ENTRATE	26,86	26,76	26,22	26,10	27,06	+ 0,74
TASSE Dipen.ti + Pensionati	7,72	8,02	8,04	8,02	8,19	+ 6,08
IMPOSTE su altri redditi	6,99	6,74	6,02	5,79	6,41	- 8,30
IRPEF Totale	38,59	38,82	40,10	39,50	38,95	+ 0,93
IRPEF Dip.ti + Pensionati	28,72	29,95	30,65	30,74	30,27	+ 5,39
PIL (in milioni di euro)	1.574.778	1.519.178	1.550.713	1.579.195	1.566.273	- 0,54

Fonte: Dipartimento Politiche Fiscali - Ministero dell'Economia e Finanze - Dic. 2013; rielaborazione della V Commissione CNEL.

TABELLA IV°

SPESA *(in milioni di euro)* PER PRESTAZIONI DI PROTEZIONE SOCIALE

(in funzione di: evento, rischio, bisogno e tipo di prestazione)

FUNZIONE E TIPO DI PRESTAZIONE	Eventi, rischi e bisogni (anni 2008-2012)									
	SANITÀ		PREVIDENZA		ASSISTENZA					
					PRESTAZ. SOCIALI IN DENARO		ALTRI ASSEGNI e SUSSIDI		PRESTAZIONI SOCIALI in NATURA	
ANNI	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012	2008	2012
MALATTIA	101.102	102.791	7.691	8.108	-	-	481	190	-	-
INVALIDITÀ	-	-	7.281	7.659	15.680	16.754	549	451	1.007	1.054
FAMIGLIA	-	-	9.486	10.553	-	-	1.624	1.445	9.124	9.837
VECCHIAIA	-	-	208.614	230.959	3.787	4.284	132	126	2.106	2.118
SUPERSTISTI	-	-	37.983	42.080	401	303	35	55	19	30
DISOCCUPAZIONE	-	-	7.822	14.590	-	-	-	-	135	93
ABITAZIONE	-	-	-	-	-	327	352	327	-	-
Altra esclusione sociale	-	-	-	-	-	-	55	60	751	1.121
TOTALE	101.102	102.791	278.877	313.949	19.868	21.341	3.228	2.650	13.142	14.253
DELTA % 2012/2008	+ 1,67		+ 12,58		+ 7,41		- 17,78		+ 8,45	

NOTA BENE:
Nel 2012 la spesa per Assistenza è cresciuta del 5,55% rispetto al 2008

FONTE: Dipartimento Politiche Fiscali - Ministero dell'Economia e Finanze - Dic. 2013; rielaborazione della V Commissione CNEL.

TABELLA V°

COSTO delle PRESTAZIONI di PROTEZIONE SOCIALE:
confronto 2012 verso 2008

FUNZIONE E TIPO DI PRESTAZIONE	SPESA		Differenza in % tra 2012/2008
ANNI	2008	2012	
MALATTIA	109.274	111.089	+ 1,66
INVALIDITÀ	24.517	25.918	+ 5,71
FAMIGLIA	20.234	21.835	+ 7,91
VECCHIAIA	214.693	237.487	+ 10,61
SUPERSTISTI	38.438	42.468	+ 10,48
DISOCCUPAZIONE	7.957	14.683	+ 84,53
ABITAZIONE	352	327	- 7,11
Altra esclusione sociale	806	1.181	+ 46,52
TOTALE	416.217	454.988	+ 9,31
DELTA % 2012/2008		+ 9,315	

FONTE: Dipartimento Politiche Fiscali - Ministero dell'Economia e Finanze - Dic. 2013; rielaborazione della V Commissione CNEL.

NUOVE PENSIONI INPS 2012

GESTIONE PRIVATA	numero	età	Valore medio PENSIONE al mese
DIPENDENTI	334.506	65	1.035
AUTONOMI	143.241	65,7	718
PARASUBORDINATI	20.336	66,8	162
ASSISTENZIALI	516.566	69,1	419

GESTIONE PUBBLICA	numero	età	Valore medio PENSIONE al mese
ENTI LOCALI	41.140	63,2	1.980 (range tra 1.303 e 8.225)
INSEGNANTI MAGISTRATI	4.462	63,2	
Ex Cassa Pensioni Sanitari	63.474	63,2	

TABELLA A.
Fonte: Relazione CNEL 2013.

ANNO	2011 ITALIA	%
PIL	1.579	100,0
WELFARE	469	29,7
PUBBLICO	437,9	26,5
PRIVATO	31,1	3,2

Cifre espresse in miliardi di euro

TABELLA A_10.

% SPESA OUT OF POCKET

ANNO	2008	2009	2010	2011
Media 30 PAESI	19,9	18,8	20,3	19,7
Range	7,5-49,3	7,4-47,8	7,4-49,0	7,5-35,2
Media ITALIA	18,5	17,7	17,5	18,0
Posizione ITALIA rispetto ai 30 Paesi	XVI	XVI	XVIII	XV

TABELLA B
Fonte OECD Health Data 2013. Rielaborazione CNEL.
I numeri identificano la percentuale della spesa "Out of pocket" sul totale della spesa per la salute.
Confronto internazionale 2008-2011 su 30 Paesi.

ANNO 2011 ITALIA	ENTRATE WELFARE *** %
CONTRIBUTI SOCIALI *	52,9
TRASFERIMENTI STATALI	34,6
VARIE	12,5
*** 81% spesa	

* — SONO PIÙ ALTI AL NORD

TABELLA B 11

PENSIONI INPS 2012

NUMERI ASSOLUTI	in milioni		Costi (miliardi euro)
Pensioni PREVIDENZIALI	17,5		236,0
Pensioni ASSISTENZIALI	3,6		25,3
TOTALE	21,1		261,3

TIPOLOGIE GESTIONALI INPS

TIPOLOGIE		Nr. PENSIONI (in milioni)	Costi annui (miliardi euro)	Valore medio PENSIONE al mese
Gestione PRIVATA	P. Previdenz.	14,6	167,60	881
	P. Assistenz.	3,6	19,25	428
Gestione PUBBLICA		2,8	63,10	1.725
Gestione LAVORATORI SPETTACOLO		0,0596	0,907	1.175

TABELLA C.
Fonte: Relazione CNEL 2013.

TAGLI ALLA SPESA SOCIALE

UE 2011 - 2012	- 230
ITALIA 2011 - 2015	- 31,1 *

TREMONTI	- 10
SALVA ITALIA Tagli Enti Locali	- 8,5
FORNERO (2012-2015)	- 12,6

Cifre espresse in miliardi di euro

TABELLA C_12.

PENSIONI (EURO/MESE)	%
Fino a 499	17,2
da 500 a 999	34,9
da 1.000 a 1.499	24,0
da 1.500 a 1.999	12,7
da 2.000 a 2.499	5,7
da 2.500 a 2.999	2,6
da 3.000 e oltre	2,9
TOTALE	100

TABELLA D 14.
Fonte ISTAT: da Corsera, 12/11/2013 pag. 5

IMPATTO DELLE DISUGUAGLIANZE SOCIALI SULLA SALUTE (PER ANNI DI ISTRUZIONE)

Percentuale di morti evitabile se tutta la popolazione acquisisse i tassi di mortalità della popolazione più istruita

TABELLA F_21
FONTE: http://www.euro.ghd.se.eu/fileadmin/euro.ghd.se/public_files/EURO_GBD_SE_Final_report.pdf

IMPATTO DELLE DISUGUAGLIANZE SOCIALI SULLA SALUTE (PER LIVELLO DI ISTRUZIONE, base anno 1972)

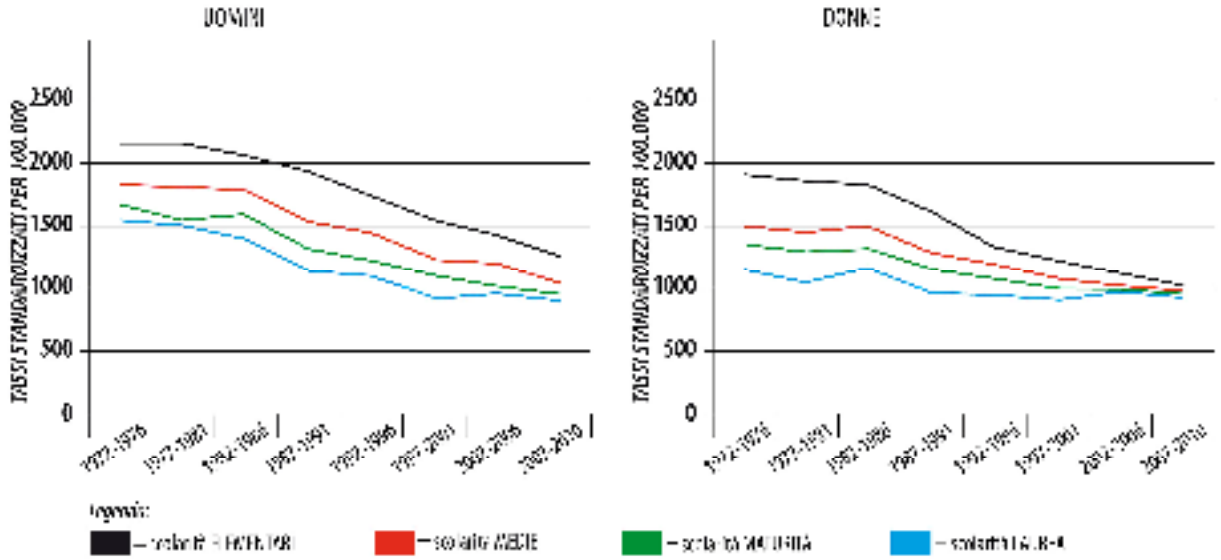


TABELLA F_24
FONTE: Gi. seppe Costa, Coordinatore Italiano "Equity Action", Relazione al CNEL, settembre 2013

RISCHI RELATIVI DI MORTALITÀ
(regressione di Cox)
SECONDO LE VARIABILI DEMOGRAFICHE E DI REDDITO

DONNA	0.416 ***
ANNO DI NASCITA	0.972 ***
NORD-OVEST	1.148 **
NORD-EST	1.042
SUD e ISOLE	0.969
SUD e ISOLE	0.969
REDDITO 1	1
REDDITO 2	0.993
REDDITO 3	0.973
REDDITO 4	1.028
REDDITO 5	0.986
REDDITO 6	0.951
REDDITO 7	0.935
REDDITO 8	0.812 **
REDDITO 9	0.845 *
REDDITO 10	0.754 ***

* = p < 0.5; ** = p < 0.01; *** = p< 0.001

Campione Whip, soli dipendenti, esclusi "silenti" e pensioni sotto il minimo.

TABELLA G_28.
FONTE: Leombruni et al, 2010

MORTALITÀ IN ITALIA 2000-2007
(per titolo di studio)

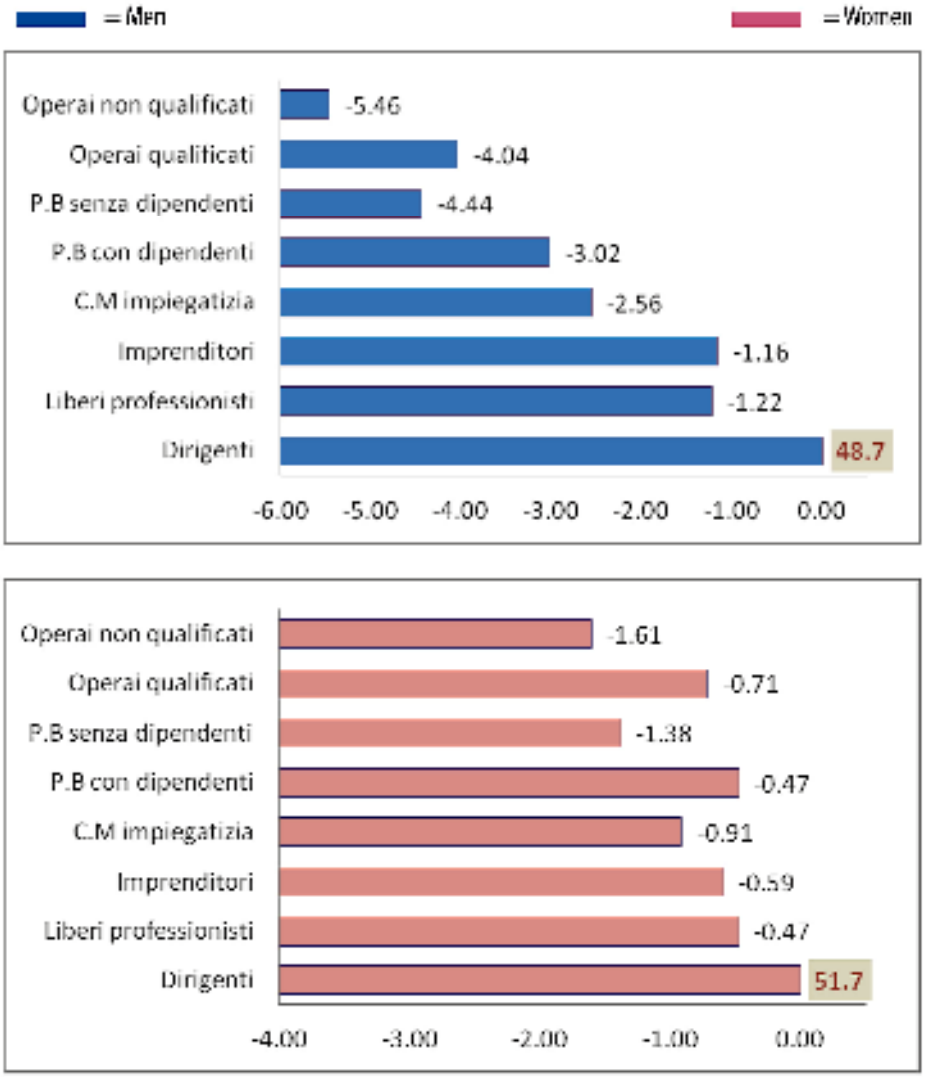
UOMINI	Rischio Relativo
LAUREA	1
MATURITÀ	1,16
MEDIA	1,46
ELEMENTARE o meno	1,79
linear trend p = 0.01	

DONNE	Rischio Relativo
LAUREA	1
MATURITÀ	1,12
	1,22
ELEMENTARE o meno	1,63
linear trend p = 0.06	

TABELLA II_30.
FONTE: Marinacci et al, 2017

DIFFERENZE NELLA SPERANZA DI VITA A 35 ANNI, PER CLASSE SOCIALE, dal 2001 al 2010

(minor vita dei non dirigenti, in anni)

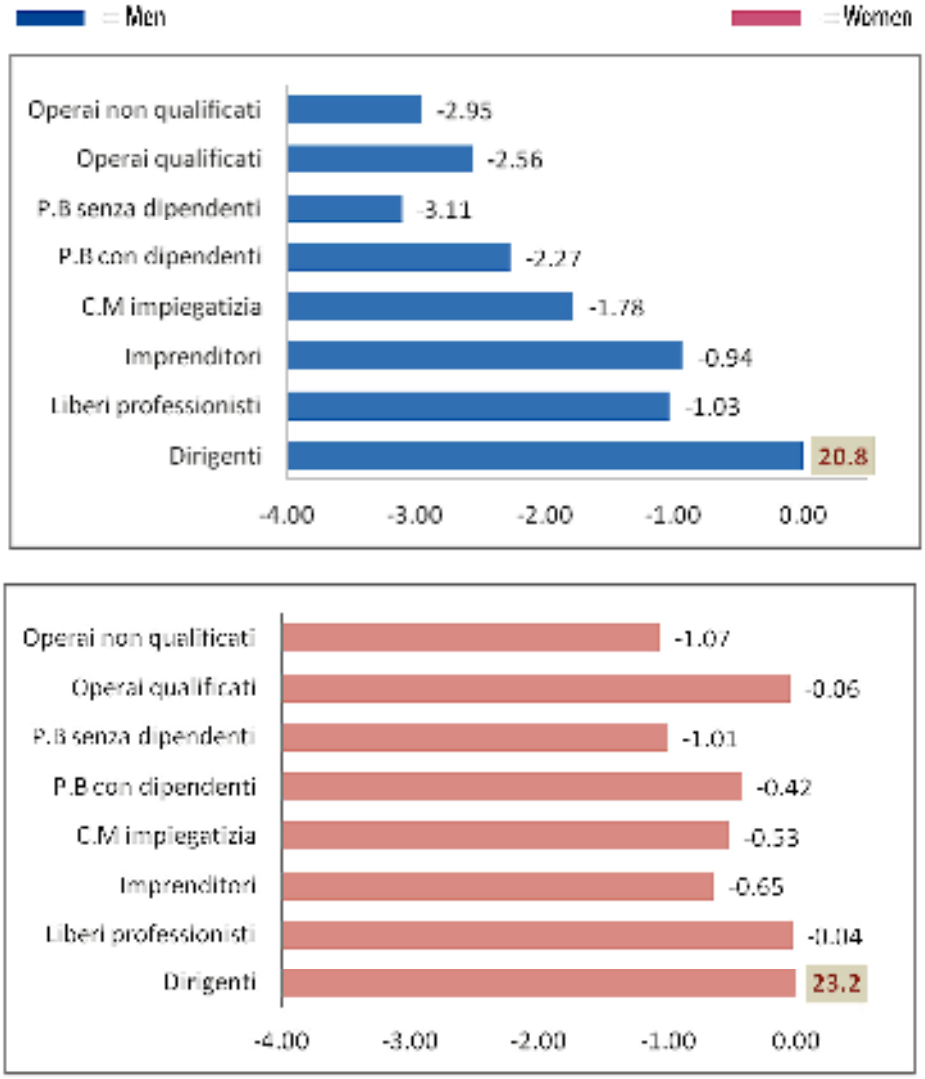


* Per l'analisi è stata attribuita la classe sociale 'Schizzerottol a ogni individuo che abbia dichiarato di avere una professione almeno in uno dei tre censimenti della popolazione ('81, '91 e '01), lasciando la posizione più alta a chi risultasse presente in più di un censimento.

TABELLA L_35.
FONTE: Giuseppe Costa, Coordinatore Italiano "Equity Action", Relazione al CNEL, settembre 2013.
Citazione da Zengarini 2013.

DIFFERENZE NELLA SPERANZA DI VITA A 65 ANNI, PER CLASSE SOCIALE, dal 2001 al 2010

(minor vita dei non dirigenti, in anni)



> Per l'analisi è stata attribuita la classe sociale (Schizzerotto) a ogni individuo che abbia dichiarato di avere una professione almeno in uno dei tre censimenti della popolazione ('81, '91 e '01), lasciando la posizione più alta a chi risultasse presente in più di un censimento.

TABELLA 1_35 bis.
FONTE: Giuseppe Costa, Coordinatore Italiano "Equity Action", Relazione al CNEL, settembre 2013.
Citazione da Zengarini 2013.

IDENTIKIT DEI PENSIONATI *(secondo Min.Giovannini)*

(Dati totali e per classe di importo al lordo)

CLASSE	IMPORTO MENSILE	NUMERO PENSIONATI	%	PERCENTUALI CUMULATIVE E RANGE ECONOMICO	
1	0-1.443	11.290.991	68,29		
2	1.443,01- 2.405	3.813.942	23,06		
3	2.405,01-3.367	926.270	5,60		
4	3.367,01-4.810	313.809	1,89	432.502	*(2,61% con introiti da 43.771 a 81.300 euro l'anno)*
5	4.810,01-6.253	118.693	0,71		
6	6.253,01-7.215	33.138	0,20		
7	7.215,01-8.658	19.724	0,12		
8	8.658,01-9.620	5.754	0,03		
9	9.620,01-11.544	5.687	0,03	69.447	*(0,42% con introiti > 90.000 euro l'anno)*
10	11.544,01-13.949	3.124	0,02		
11	13.949,01-19.721	1.438	0,014	5.144	*(0,03% con introiti > 150.000 euro l'anno)*
12	19.721,01->24.050	582	0,003		
TOTALE		**16.533.152**	**100**	**501.949**	*(3,03% con introiti > 43.771 euro l'anno)*

TABELLA M. Min. Giovannini.
FONTE Min. Giovannini da Casellario INPS al 31/12/2012. Dati per altro provvisori, comunicati dal Ministro al Sole 24 Ore (28/08/2013 pag. 9)

PENSIONATI INPS AL 31/12/2012

(Dati totali e per classe di importo al lordo)

CLASSE	IMPORTO MENSILE	NUMERO PENSIONATI	%	%	PERCENTUALI CUMULATIVE E RANGE ECONOMICO	
1	0-499,99	2.265.577	14,3	45,2		
2	500-999,99	4.912.897	30,9		70,2	*(Range 0 - 1.500)*
3	1.000-1.499,99	3.973.459	25,0	39,6		
4	1.500-1.999,99	2.318.681	14,6		22,3	*(Range 1.501 - 2.500)*
5	2.000-2.499,99	1.227.724	7,7	11,1		
6	2.500-2.999,99	535.998	3,4		3,4	*(Range 2.501 - 3.000)*
7	3.000-6.700	604.457	3,79	4,1	4,1	*(Range > 3.001)*
8	> 6.700	49.640	0,31			
TOTALE		**15.888.433**	**100**	**100**	**100**	

TABELLA M_INPS.
Elaborazione CNEL su dati INPS 2012 (diffusi il 05/12/2013; Il Sole 24 Ore 06/12/2013 pag. 13)
N.B.: Il numero complessivo delle pensioni è però di 19,3 milioni perché un italiano percepisce in media 1,21 pensioni!

"PENSIONI RICCHE" *(> a 90.000 euro lordi all'anno)*
(Dati totali e per classe di importo)

CLASSE	IMPORTO MENSILE	NUMERO PENSIONATI	%	IMPORTO ANNUO
8 a	6.734-8.658	33.055	0.208	99.856
8 b	8.659-10.101	7.577	0,047	121.793
8 c	10.102-12.506	5.576	0,035	146.799
8 d	12.507-14.911	1.872	0,011	178.088
8 e	14.912-16.835	602	0,0037	206.220
8 f	16.836-23.088	617	0,0038	259.415
8 g	23.089 —> ?	341	0,0021	335.696
	TOTALE	49.640*	0,31*#	116.320.979

* – Numero complessivo; ** – % su 15.888.433 pensionati (Tabella M_INPS)

N.B.
Secondo Brambilla (Corriere Economia 16/12/2013)
il numero delle Pensioni > a 100.000 euro l'anno sarebbe di 127.727 !

TABELLA N.
Elaborazione CNEL su dati INPS (Casellario Centrale Pensionati al 31/12/2012) diffusi il 26/11/2013 (Libero 27/11/2013 pag. 2).

ANNO 2014 - PEREQUAZIONE PENSIONISTICA

(DME 20/11/2013; legge 147/2013, Art. 1, c. 483)

FASCIA	IMPORTO PENSIONE	VALORE max Fascia	INDICIZZAZIONE %	TASSO EFFETTIVO RIVALUTAZ. %	AUMENTO Mens. LORDO
1	fino a 3 volte il minimo	1.486,29	100	0,20	+ 18,00
2	da >3 a 4 volte il minimo	1.981,72	95	1,14	+ 22,59
3	da >4 a 5 volte il minimo	2.477,15	75	0,90	+ 22,29
4	da >5 a 6 volte il minimo	2.972,58	50	0,60	+ 17,84
5	> 6 volte il minimo	?	40	0,46	+ 14,27

N.B.: Valore minimo INPS = 495,43 euro/mese

N.B.: Nel 2014 la parte eccedente 2.972,58 non sarà rivalutata; nel 2015/2016 vi sarà invece un adeguamento pensionistico del 45% su tutto l'importo pensionistico senza limitazioni !

TABELLA O.
Elaborazione CNEL su dati Sole 24 Ore del 29/12/2013

PENSIONI DI INVALIDITÀ (INPS)

TIPOLOGIA	2011	2012	%
Nuove Pensioni Invalidità (nr)	297.000	408.000	+ 37,0
Valore medio in Euro	?	427	1,14
Prestazioni su Invalidi (nr)	2.783.359	2.781.621	- 0,07
Totale Pensioni Invalidità + assegni Sociali (nr)	4.117.000	4.328.000	+ 5,1
Rendite per infortuni sul lavoro (nr)	?	~ 700.000	?

TABELLA P.
Elaborazione CNEL su Relazione C. Conti sul Bilancio INPS 2012.

RISCHIO ECONOMICO IN ITALIA
(Dati Eurostat, 05/12/2012)

TIPOLOGIA	% della POPOLAZIONE
RISCHIO POVERTÀ	19,4
PRIVAZIONE MATERIALE SEVERA	14,5
FAMIGLIA A BASSA INTENSITÀ DI LAVORO	6,0
TOTALE in %	39,9
TOTALE in assoluto (in milioni)	18,2

N.B.:
· Rischio povertà = reddito < al 60% reddito medio nazionale, dopo i trasferimenti sociali.
· Privazione materiale severa = incapacità di pagare affitto, luce, riscaldamento e di comperare carne ogni 2 gg.

TABELLA Q.
Elaborazione CNEL su Dati Eurostat 05/12/2012.

CAUSE DI DIFFICOLTÀ ECONOMICA delle Famiglie Italiane

(risposte multiple)

TIPOLOGIA	% delle RISPOSTE
SPESA IMPROVVISA (malattia, casa, auto)	72,8
TASSE	24,3
BOLLETTE / ASSICURAZIONI	22,6
RATE MUTUO casa	6,8

ANDAMENTO SPESE FAMILIARI

(confronto a 6/12 anni)

TIPOLOGIA	CONFRONTO % 2012 su 2000	CONFRONTO in euro 2012 su 2007
SPESE ALIMENTARI	- 6,7	- 3,44/mese
ABBIGLIAMENTO/CALZATURE	-15,0	-135,0/ mese Range -560 —> -317
ARREDO/MANUTENZIONE CASA	- 8,0	
TRASPORTI (auto+benzina)	- 19,0	

TABELLE R.
Elaborazione CNEL su Dati Censis (47° rapporto 06/12/2012) e dati Save the Children-Ansa (06/12/2012)

SANITÀ e CRISI
(2012 vs 2009)

TIPOLOGIA	%
TICKETS SPECIALISTICI	+ 22
TICKETS per FARMACI	+ 63
I.P. INTRAMOENIA	+ 51
IRPEF Regionali	+ 10 ---> + 77

nel 2013

TIPOLOGIA	cifre espresse in milioni
CURE ODONTOIATRICHE rinviate	5,5
VISITE SPECIALISTICHE rinviate	4,7
ESAMI di LABORATORIO rinviate	2,9
TOTALE	13,1

TABELLE S.
Elaborazione su Dati AIOP 10/12/2013).

RECESSIONE e IMPRESE (TAB. T1)

TIPOLOGIA	CONFRONTO 2009 ---> 2013	%
Nr. IMPRESE	- 1,6 milioni	?
Piccolo Commercio	121.000 —> 124.000	+ 2,47
IMPRESE Manufatturiere	-	- 3,80
Posti di Lavoro	- 1,2 milioni	- 5,09

MISERY INDEX (TAB. T2) - (Arthur Okun, 1970)

TIPOLOGIA		ANNO 2007	ANNO 2012	ANNO 2013
a	MISERY INDEX *	11	22	21,2
b	TOTALE Disoccupati			3.189.000
c	CIG			318.000
d	Scoraggiati			776.000

* = Tasso di disoccupazione estesa + Tasso di Inflazione prodotti "comuni"

- veri disoccupati
- disoccupati potenziali
- cassaintegrati a "zero" ore

(TAB. T3)

Disoccupazione estesa (nr)	4.283.000
Tasso Disoccupazione (%)	12,5
Tasso Inflazione (%)	0,8

TABELLE T1, T2, T3.
Elaborazione su Dati CONFCOMMERCIO 06/12/2013

Le TASSE in ITALIA

(Analisi statistiche del MEF, 02/12/2013)

CLASSE	CONTRIBUENTI	IRPEF *(in miliardi)*	Addiz.li Reg.li e Comunali *(in miliardi)*	Totale IRPEF + Addiz.li *(in miliardi)*	Totale Procapite *(in euro)*
Tecnici	40.931.972	152,22 *	14,40	166,62	3.718
Nullatenenti	9.800.000				
Contribuenti veri	31.131.972				5.352,0
ALIQUOTE					
23%	< 15.000				
27%	15-28.000				
38%	28-55.000				
41%	55-75.000				
43%	> 75.000				

* Dei 152,22 miliardi: Lavoratori dipendenti = 85 + Pensionati = 39 → 124 miliardi = 81,46% IRPEF (55,84 + 25,62)

78,7 milioni (51,7%) sono a carico di 4,1 milioni di contribuenti, con reddito annuo lordo > 36.601 euro, pari a ~ 2.800 euro netti/mese.

TABELLA U.
FONTE MEF, Il Sole 24 Ore 03/12/2013, pag. 11

Le TASSE in ITALIA

CLASSE	TEORICI	REALI	NULLATENENTI
Nr Contribuenti	40.931.972	31.131.972	9.800.000

IRPEF TOTALE (in miliardi)	IRPEF (media/contribuente)
152,22	5.352

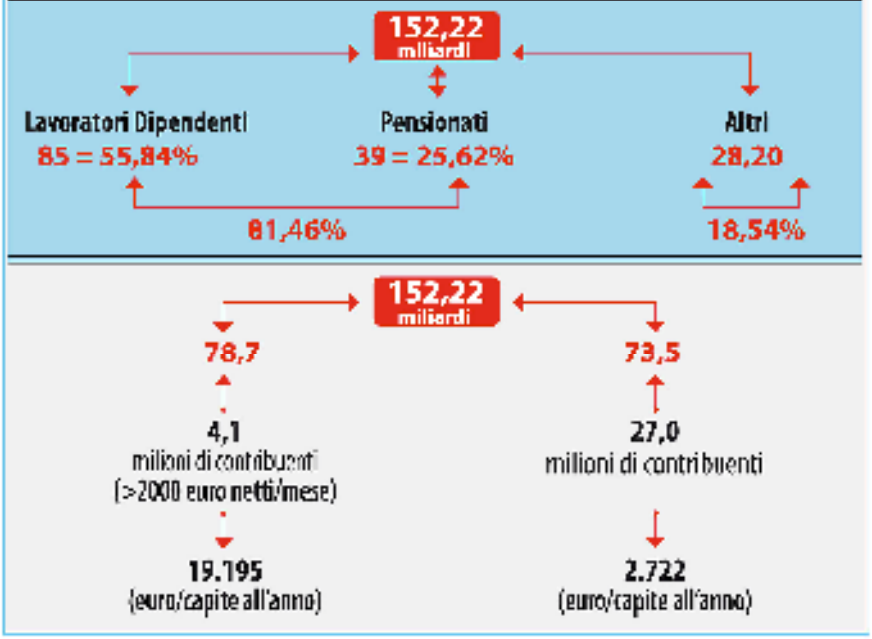


TABELLA V.

REDDITI e TASSAZIONE IRPEF

FASCE	SOGLIA MASSIMA (euro)	N° (milioni)	IRPEF MEDIA (euro)	GETTITO (miliardi)
I	542	1.677	40	0,018
II	1.999	2.066	160	0,136
III	4.470	2.066	390	0,246
IV	6.076	2.066	540	0,187
V	7.305	2.066	460	0,166
VI	9.019	2.066	380	0.452
VII	10.630	2.066	630	1,041
VIII	12.388	2.066	940	1,688
IX	14.000	2.066	1.340	2,545
X	15.723	2.066	1.720	3,356
XI	17.304	2.066	2.100	4,189
XII	18.868	2.066	2.470	5,003
XIII	20.459	2.066	2.860	5,827
XIV	22.268	2.066	3.290	6,739
XV	24.412	2.066	3.810	7,822
XVI	27.014	2.066	4.460	9,162
XVII	30.368	2.066	5.320	10,948
XVIII	35.601	2.066	6.770	13,954
XIX	49.114	2.066	9.790	20,199
XX	>49.114	2.066	28.360	58,532
TOT.	20	40.931.972	4. 820	152,219

TABELLA W.

PRESSIONE FISCALE in ITALIA

CLASSE	2013 *(in miliardi)*	2014 *(in miliardi)*	% 2014/2013 *(in miliardi)*
(a) - Entrate Tributarie	472,336	489,527	+ 17,19
- Pressione Tributarie (%)	30,300	30,500	+ 0,20
- Contributi Sociali	218,190	220,126	+ 0,88
(b) - Pressione Contributiva (%)	14,000	13,700	- 0,10
- Pressione Fiscale *(a+b)* in (%)	44,300	44,200	- 0,10
* PIL Nominale	1.558,277	1.604,381	+ 2,96

*** 2014 vs 2013 = +17 miliardi di Tasse in più (11 da reddito +6 da norme)**

CAUSE DELL'AUMENTO DELLA PRESSIONE TRIBUTARIA:
aumento accise sui carburanti, vino, altri beni; aumento IVA su alimenti e bevande nei distributori automatici; +1,1 miliardi netti dalla legge di Stabilità.

TABELLA X.
FONTE: Ufficio Studi CGIA su dati MEF, 07/12/2013.

IRPEF 2012
(redditi 2011)

TOTALE = 152,22 miliardi

Contribuenti teorici	=	**40.931.972**
Nullatenenti	=	**9.800.000**
Contribuenti veri	=	**31.131.972**

TOTALE = 152,22 miliardi = 100%

	Milioni *(di persone)*	% IRPEF	Totale *(miliardi)*
→ Lordo annuo >35.601	4,1	51,7	78,7
→ Netto 2.000 euro/mese	4,1		
→ Lordo annuo < 35.601	27,5	48,3	73,5
→ Netto < 2.000 euro/mese			

TABELLA K.

SPESA PUBBLICA (TAB. Y1)
(in confronto)

	ITALIA	R. UNITO	FRANCIA	GERMANIA
Spesa Pubblica (%) sul PIL	50,6	51,9	55,9	55,9
- Welfare (euro)	45,0	50,6	58,5	63,3
- Interessi debito (euro)	9,5	6,3	4,7	5,7
- Altre funzioni	45,5	43,1	36,8	31,1
TOTALE (euro)	100	100	100	100
PIL	100	?	118	122

TABELLA Y1.
FONTE: Elaborazione su Dati CerGas Bocconi (25/03/2013).

AREE di INTERVENTO (TAB. Y2)
(euro/capite)

	ITALIA	R. UNITO	FRANCIA	GERMANIA
Povertà	219	525	239	19
Infanzia	219	486	899	997
Invalidità	558	963	841	912
Previdenza	2.617	2.623	4.255	3.629
Sanità	1.534	2.449	2.644	2.847
Disoccupazione	613	170	871	419
Casa	6	87	262	189
Totale (euro)	5.766	7.303	10.011	9.008

TABELLA Y2.
FONTE: Elaborazione su Dati CerGas-Bocconi (25/03/2013).

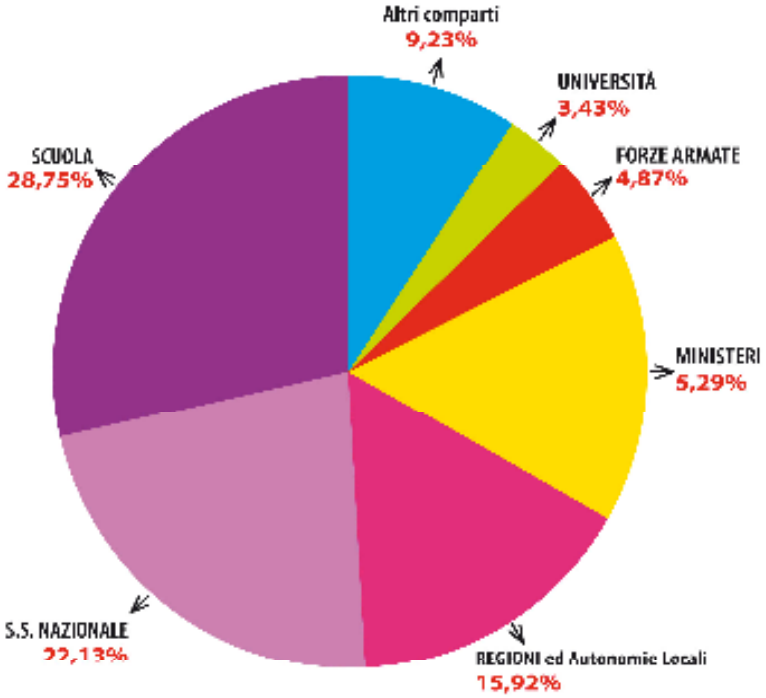
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE DALLE P. A.

COMPARTI	Valori assoluti						Variazioni %
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012 vs 2007
SCUOLA	1.137.619	1.129.863	1.074.772	1.043.284	1.015.589	1.013.327	- 10,9
Ist. Form.ne Art.co Mus.le	8.222	9.008	8.796	9.209	9.081	9.174	11,6
MINISTERI	184.369	183.414	179.318	174.427	167.541	163.231	- 11,5
Presidenza Consiglio Ministri	2.709	2.425	2.344	2.521	2.438	2.347	- 13,4
AGENZIE FISCALI	55.656	55.238	54.405	53.674	54.468	53.412	- 4,0
AZIENDE AUTONOME	1.330	-	-	-	-	-	-
VIGILI del FUOCO	31.535	31.982	31.695	31.586	32.608	31.732	0,6
CORPI di POLIZIA	333.492	330.816	328.786	324.071	324.086	320.404	- 3,9
FORZE ARMATE	191.825	191.940	196.802	194.608	193.328	187.324	- 2,3
MAGISTRATURA	10.279	10.410	10.486	10.195	10.136	10.308	0,3
CARRIERA DIPLOMATICA	970	935	919	909	919	923	- 4,8
CARRIERA PREFETTIZIA	1.510	1.478	1.415	1.403	1.356	1.315	- 12,9
CARRIERA PENITENZIARIA	494	473	456	432	397	370	- 25,1
Enti Pubblici NON Economici	58.608	56.235	53.888	52.144	50.283	48.634	-17,0
ENTI di RICERCA	15.848	17.421	18.186	18.111	20.864	20.861	31,6
UNIVERSITÀ	116.577	119.869	115.912	111.004	108.500	105.571	- 9,4
Servizio Sanitario Nazionale	682.197	689.856	693.716	688.483	682.354	673.335	- 1,3
Regioni ed Autonomie locali	515.741	522.324	520.171	515.534	502.991	490.115	- 5,0
Regioni a Statuto Speciale	70.200	72.597	73.340	73.086	94.101	93.398	33,0
AUTORITÀ INDIPENDENTI	1.375	1.428	1.490	1.523	1.598	1.741	26,6
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01**	4.173	4.200	4.266	4.117	1.315	1.339	- 67,9
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	4.542	4.902	5.048	5.017	9.637	9.613	111,6
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	3.429.271	3.436.814	3.376.211	3.315.338	3.283.590	3.238.474	- 5,6

* = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai TV. ** = ARPA, Zooprofilattici, etc...

TABELLA 1bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

PERSONALE "STABILE" DIPENDENTE DALLE P. A.



ALTRI COMPARTI	%
REGIONI A STATUTO SPECIALE	2,99
AGENZIE FISCALI	1,76
ENTI PUBBL. NON ECONOMICI	1,59
VIGILI DEL FUOCO	1,04
ENTI di RICERCA	0,68
MAGISTRATURA	0,34
ENTI ART.60 COMMA 3 D. 165/01*	0,32
IST. FORM.NE ART.CO MUS.LE	0,25
PRESIDENZA CONSIGLIO MINISTRI	0,08
AUTORITÀ INDIPENDENTI	0,06
ENTI ART.70 COMMA 4 D. 165/01**	0,04
CARRIERA PREFETTIZIA	0,04
CARRIERA DIPLOMATICA	0,03
CARRIERA PENITENZIARIA	0,01

* = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai TV;
** = ARPA, Zooprofilattici, etc...

N.B.
Il totale del personale "STABILE" dipendente della P.A. al 31/12/2012 è uguale a 3.036.712.

TABELLA 2bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

PERSONALE "STABILE" DIPENDENTE DALLE P. A.

COMPARTI	Valori assoluti						Variazioni %
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012 vs 2007
SCUOLA	903.753	908.053	879.625	862.376	882.033	873.191	- 3,4
Ist. Form.ne Art.co Mus.le	7.447	7.827	7.548	7.636	7.358	7.442	- 0,1
MINISTERI	182.103	181.146	176.929	172.034	165.100	160.778	- 11,7
Presidenza Consiglio Ministri	2.709	2.425	2.344	2.521	2.438	2.347	- 13,4
AGENZIE FISCALI	55.653	55.234	54.401	53.670	54.464	53.408	- 4,0
AZIENDE AUTONOME	1.330	-	-	-	-	-	-
VIGILI del FUOCO	31.535	31.982	31.695	31.586	32.608	31.732	0,6
CORPI di POLIZIA	331.614	325.664	325.376	320.031	318.853	314.728	- 5,1
FORZE ARMATE	141.001	146.393	145.675	146.882	146.575	148.032	5,0
MAGISTRATURA	10.279	10.410	10.486	10.195	10.136	10.308	0,3
CARRIERA DIPLOMATICA	970	935	919	909	919	923	- 4,8
CARRIERA PREFETTIZIA	1.510	1.478	1.415	1.403	1.356	1.315	- 12,9
CARRIERA PENITENZIARIA	494	473	456	432	397	370	- 25,1
Enti Pubblici non Economici	57.247	54.863	53.425	51.697	49.849	48.221	-15,8
ENTI di RICERCA	15.601	17.333	18.071	17.979	20.733	20.730	32,9
UNIVERSITÀ	115.085	118.270	114.345	109.471	106.941	104.056	- 9,6
Servizio Sanitario Nazionale	680.610	688.302	692.219	687.110	681.009	672.051	- 1,3
Regioni ed Autonomie Locali	508.316	514.625	512.637	508.208	495.852	483.499	- 4,9
Regioni a Statuto Speciale	67.812	70.026	70.759	70.294	91.317	90.895	34,0
AUTORITÀ INDIPENDENTI	1.375	1.428	1.490	1.523	1.598	1.741	26,6
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01^x^	4.173	4.200	4.266	4.117	1.314	1.338	- 67,9
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01^+^	4.527	4.888	5.034	5.003	9.622	9.607	112,2
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	3.125.144	3.145.955	3.109.115	3.065.077	3.080.472	3.036.712	- 2,8

^x^ = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai TV. ^xx^ = ARPA, Zooprofilattici, etc...

TABELLA 3bis.

FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

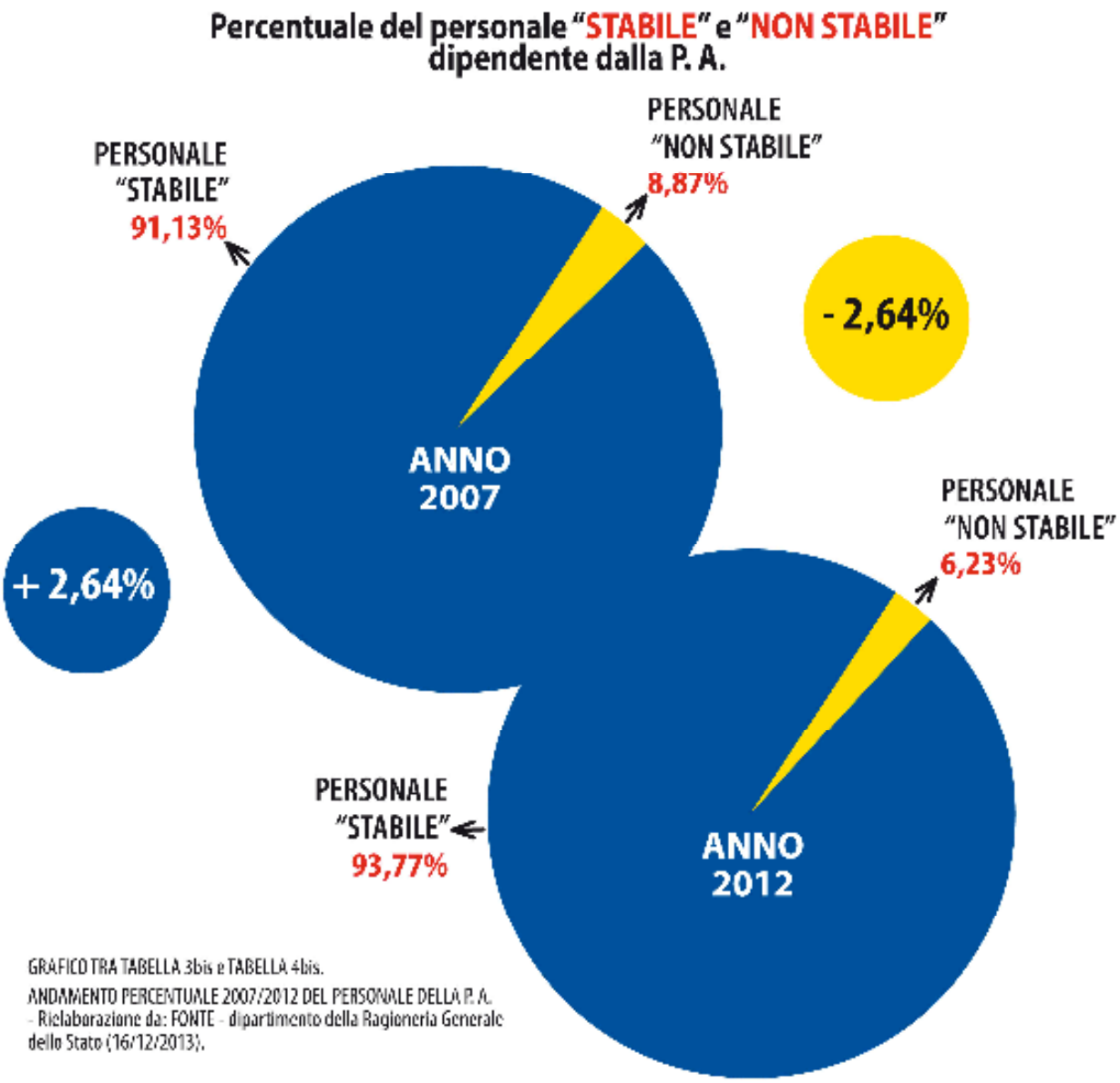


GRAFICO TRA TABELLA 3bis e TABELLA 4bis.

ANDAMENTO PERCENTUALE 2007/2012 DEL PERSONALE DELLA P. A.
- Rielaborazione da: FONTE - dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

"ALTRO PERSONALE" DIPENDENTE DALLE P. A.

COMPARTI	Valori assoluti						Variazioni %
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012 vs 2007
SCUOLA	233.866	221.810	195.147	180.908	133.556	140.136	- 40,1
Ist. Form.ne Art.co Mus.le	775	1.181	1.248	1.573	1.723	1.732	123,5
MINISTERI	2.266	2.268	2.389	2.393	2.441	2.453	8,3
AGENZIE FISCALI	3	4	4	4	4	4	33,3
CORPI di POLIZIA	1.878	5.152	3.410	4.040	5.233	5.676	202,2
FORZE ARMATE	50.824	45.547	51.127	47.726	46.753	39.292	-22,7
Enti Pubblici non Economici	1.361	1.372	463	447	434	413	- 69,7
ENTI di RICERCA	247	88	115	132	131	131	- 47,0
UNIVERSITÀ	1.492	1.599	1.567	1.533	1.559	1.515	1,5
Servizio Sanitario Nazionale	1.587	1.554	1.497	1.373	1.345	1.284	-19,1
Regioni ed Autonomie Locali	7.425	7.699	7.534	7.326	7.139	6.616	- 10,9
Regioni a Statuto Speciale	2.388	2.571	2.581	2.792	2.784	2.503	4,8
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01*»	-	-	-	-	1	1	-
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	15	14	14	14	15	6	- 60,0
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	304.127	290.859	267.096	250.261	203.118	201.762	- 33,7

* = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, ai TV. » = ARPA, Zooprofilattici, etc...

TABELLA 4 bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

VARIAZIONI PERCENTUALI DEL PERSONALE IMPIEGATO IN ALCUNI COMPARTI DEL PUBBLICO IMPIEGO REGISTRATE ALLA FINE DEL PRIMO SEMESTRE 2013

ALTRI COMPARTI	GIU 2013 VS DIC 2012
SCUOLA (1)	- 0,09%
Istit.ni Form.ne Art.co Mus.le (AFAM) (1)	- 0,15%
MINISTERI	- 0,79%
PRESIDENZA CONSIGLIO dei MINISTRI (2)	- 4,02%
AGENZIE FISCALI (3)	- 0,42%
VIGILI del FUOCO	- 0,45%
CORPI di POLIZIA (4)	- 1,40%
FORZE ARMATE	- 2,15%
MAGISTRATURA	+ 1,34%
CARRIERA DIPLOMATICA	+ 0,46%
CARRIERA PREFETTIZIA	- 0,62%
CARRIERA PENITENZIARIA	- 2,13%
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (5)	- 0,23%
COMUNI e PROVINCE (6)	- 0,59%

1 *Le variazioni dei comparti Scuola e Afam sono calcolate sul mese di giugno 2013 poiché sono significative solo rispetto allo stesso mese dell'anno precedente.*

2 *Nel calcolo non viene considerato il personale comandato.*

3 *Esclusa l'Agenzia delle Dogane che ha assorbito da gennaio 2013 i monopoli: la variazione è quindi riferibile all'82% del personale del comparto.*

4 *Solo Carabinieri, Polizia Penitenziaria e corpo Forestale; la variazione è quindi riferibile al 49% del personale del comparto.*

5 *Dati provenienti dal monitoraggio trimestrale (censuario per le Aziende Sanitarie, gli IRCSS e i Policlinici); la variazione è riferibile all'84% del personale del comparto.*

6 *Dati provenienti dal monitoraggio trimestrale (censuario per le Province e campionario per i Comuni); la variazione è riferibile al 75% del personale del comparto.*

TABELLA 5bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

PERSONALE A TEMPO DETERMINATO E IN FORMAZIONE LAVORO DALLE P. A.

COMPARTI	Valori assoluti						Variazioni %
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012 vs 2007
SCUOLA	624	484	487	406	376	421	- 32,5
Ist. Form.ne Art.co Mus.le	227	247	345	170	263	12	- 94,7
MINISTERI	5.203	1.890	1.494	1.619	1.560	1.474	- 71,7
PRESIDENZA CONSIGLIO dei MINISTRI	19	14	27	17	62	68	+ 257,9
AGENZIE FISCALI	1.865	1.398	1.153	153	88	2	- 99,9
VIGILI del FUOCO	3.589	3.605	3.656	3.605	3.606	2.776	-22,7
Enti Pubblici non Economici	3.414	2.731	2.288	2.004	1.706	2.442	- 28,5
ENTI di RICERCA	4.122	4.778	3.570	2.514	3.165	3.061	- 25,7
UNIVERSITÀ	5.126	4.468	2.749	3.846	2.713	2.848	- 44,4
Servizio Sanitario Nazionale	35.907	36.809	33.510	33.228	29.622	27.058	- 24,6
Regioni ed Autonomie Locali	45.611	40.870	34.853	33.112	28.936	27.852	- 38,9
Regioni a Statuto Speciale	11.193	11.055	10.508	10.790	11.768	11.133	- 0,5
AUTORITÀ INDIPENDENTI	102	94	123	105	106	139	+ 36,3
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	367	371	343	365	1.240	1.086	+ 195,9
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01**	396	270	154	128	52	42	- 89,4
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	117.767	109.083	95.260	92.061	85.264	80.413	- 31,7

* = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai TV;
** = ARPA, Zooprofilattici, etc...

TABELLA 6bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

UNITÀ ANNUE DI PERSONALE CON CONTRATTO di SOMMINISTRAZIONE e LAVORATORI SOCIALMENTE UTILI IMPIEGATI DALLE P. A.

COMPARTI	Contratti di somministrazione (interinali)						Lavori socialmente utili					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ist. Form.ne Art.co Mus.le	0	3	0	0	17	3	0	0	0	0	0	0
MINISTERI	712	65	21	23	22	41	0	0	0	0	0	0
Presidenza Consiglio MINISTRI	0	0	6	5	8	7	0	0	0	0	0	0
Enti Pubblici NON Economici	537	544	584	1.096	339	44	344	331	215	117	105	194
ENTI DI RICERCA	5	16	9	6	10	6	0	0	0	1	1	1
UNIVERSITÀ	245	204	106	144	100	77	48	22	31	42	35	47
Servizio sanitario Naz.le	4.229	5.122	6.221	6.151	4.961	4.403	633	581	690	674	627	577
Regioni ed Autonomie Locali	5.406	4.616	4.044	3.747	3.036	2.778	23.861	20.987	19.245	16.911	16.311	15.494
Regioni a Statuto Speciale	280	339	344	325	326	450	75	109	150	723	788	718
AUTORITÀ INDIPENDENTI	5	18	23	32	31	32	0	0	0	0	0	0
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01**	12	15	11	12	17	15	0	0	0	0	0	0
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	133	79	58	135	221	226	0	0	0	0	0	0
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	11.563	11.022	11.429	11.677	9.088	8.082	24.962	22.030	20.331	18.468	17.866	17.030

COMPARTI	Contratti di somministrazione (interinali) 2012 vs 2007 in percentuale	Lavori socialmente utili 2012 vs 2007 in percentuale
Enti Pubblici NON Economici	- 92%	- 44%
ENTI DI RICERCA	20%	-
UNIVERSITÀ	- 69%	- 2%
Servizio sanitario Naz.le	4%	- 9%
Regioni ed Autonomie Locali	- 49%	- 35%
Regioni a Statuto Speciale	61%	857%
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	70%	-
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	- 30%	- 32%

* = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai IV:
** = ARPA, Zooprofilattici, etc...

TABELLA 7 bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

RAPPORTO fra LAVORO FLESSIBILE e a TEMPO INDETERMINATO NEL 2012

COMPARTI	LAVORO FLESSIBILE	TEMPO INDETERMINATO
SCUOLA	140.557	873.191
Ist. Form.ne Art.co Mus.le	1.747	7.442
MINISTERI	3.968	163.231
Presidenza Consiglio Ministri	75	2.347
AGENZIE FISCALI	6	53.412
VIGILI del FUOCO	2.776	31.732
CORPI di POLIZIA	5.676	314.728
FORZE ARMATE	39.292	148.032
Enti Pubblici NON Economici	3.093	48.634
ENTI di RICERCA	3.199	20.861
UNIVERSITÀ	4.487	105.571
SERVIZIO SANITARIO NAZ.LE	33.322	673.335
REGIONI ED AUTONOMIE LOCALI	52.740	490.115
REGIONI A STATUTO SPECIALE	14.804	93.398
AUTORITÀ INDIPENDENTI	171	1.741
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01**	58	1.339
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	1.318	9.613
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	307.287	3.036.712

* = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai TV. ** = ARPA, Zooprofilattici, etc...

TABELLA 8bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

UNITÀ DI PERSONALE STABILIZZATE DALLE P. A.

COMPARTI	2007	2008		2009		2010		2011		2012	
	PROCEDURE STABILIZZ.NE PRECARI	contratto a tempo determinato	STABILIZ.TO DA LSU	contratto a tempo determinato	STABILIZ.TO DA LSU	contratto a tempo determinato	STABILIZ.TO DA LSU	contratto a tempo determinato	STABILIZ.TO DA LSU	contratto a tempo determinato	STABILIZ.TO DA LSU
SCUOLA	141	49	-	11	-	1	-	-	-	-	-
Ist. Form.ne Art.co Mus.le	41	10	-	16	-	1	-	-	-	182	-
MINISTERI	131	3.655	-	193	-	28	-	97	-	4	-
Presidenza Consiglio Ministri	-	-	-	-	-	142	-	-	-	-	-
AGENZIE FISCALI	1.836	-	-	673	-	225	-	106	-	4	-
VIGILI del FUOCO	-	10	-	-	-	-	-	1	-	-	-
CORPI di POLIZIA	8	1.000	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Enti Pubblici NON Economici	736	149	-	86	-	19	-	132	-	-	-
ENTI di RICERCA	27	1.013	2	1.073	-	417	-	-	-	92	-
UNIVERSITÀ	460	1.235	-	136	-	329	84	108	-	78	-
Servizio Sanitario Naz.le	939	7.629	268	6.731	68	4.843	50	2.473	58	1.446	3
Regioni e Autonomie Locali	6.257	7.072	2.758	4.156	2.408	2.504	1.415	657	308	253	152
Regioni a Statuto Speciale	149	238	1	251	6	34	6	4.998	5	13	-
AUTORITÀ INDIPENDENTI	28	12	-	5	-	43	-	9	-	-	-
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	35	104	-	47	-	28	-	24	-	37	-
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01**	20	125	-	87	-	7	-	-	-	5	-
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	10.808	22.301	3.029	13.465	2.482	8.621	1.555	8.605	371	2.114	155

	2007 → 2012	2007 → 2012	2007 → 2012
	CONTRATTO A TEMPO DETERMINATO	STABILIZZATO DA LSU	TOTALE STABILIZZATI
Numeri assoluti	65.914	7.592	73.506
PERCENTUALI	89,67	10,33	100

* = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai TV.
** = ARPA, Zooprofilattici, etc...

TABELLE 9bis.
Rielaborazione CONFEDIR su Dati: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

SPESA per il TEMPO DETERMINATO, ESCLUSI IRAP e CONTRIBUTI a CARICO DELL'AMMINISTRAZIONE.

COMPARTI	COSTO del TEMPO DETERMINATO in milioni di euro					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SCUOLA	512,69	291,21	490,54	501,91	559,09	861,10
Ist. Form.ne Art.co Mus.le	2,35	2,79	0,50	0,60	0,57	0,31
MINISTERI	121,65	44,58	46,81	47,15	46,55	44,20
PRESIDENZA CONSIGLIO dei MINISTRI	0,93	0,75	0,78	-	4,26	2,07
AGENZIE FISCALI	-	0,27	0,45	0,07	-	-
VIGILI del FUOCO	87,24	95,78	101,81	97,34	104,36	107,19
Enti Pubblici NON Economici	62,14	52,99	47,83	45,19	40,66	52,25
ENTI di RICERCA	118,89	113,93	101,93	72,79	96,71	101,90
UNIVERSITÀ	152,95	139,85	128,75	121,62	116,51	136,99
Servizio Sanitario Nazionale	1.067,15	1.119,98	1.101,54	1.134,11	1.042,67	987,53
Regioni ed Autonomie Locali	856,16	852,87	742,57	697,20	628,71	571,26
Regioni a Statuto Speciale	288,15	301,59	287,68	292,98	319,56	306,61
AUTORITÀ INDIPENDENTI	5,84	6,53	6,46	7,85	7,30	6,77
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	18,56	12,26	8,98	7,28	4,45	3,78
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01**	6,44	6,66	6,73	7,40	31,43	26,44
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	3.301,15	3.042,04	3.073,37	3.033,50	3.002,83	3.208,41

* = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai TV. ** = ARPA, Zooprofilattici, etc...

Spesa TOTALE in 6 anni per il TEMPO DETERMINATO **18.661,30 milioni**

TABELLA 10bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

DIFFERENZA della spesa totale tra TEMPO DETERMINATO e CONTRATTI FORMAZIONE LAVORO

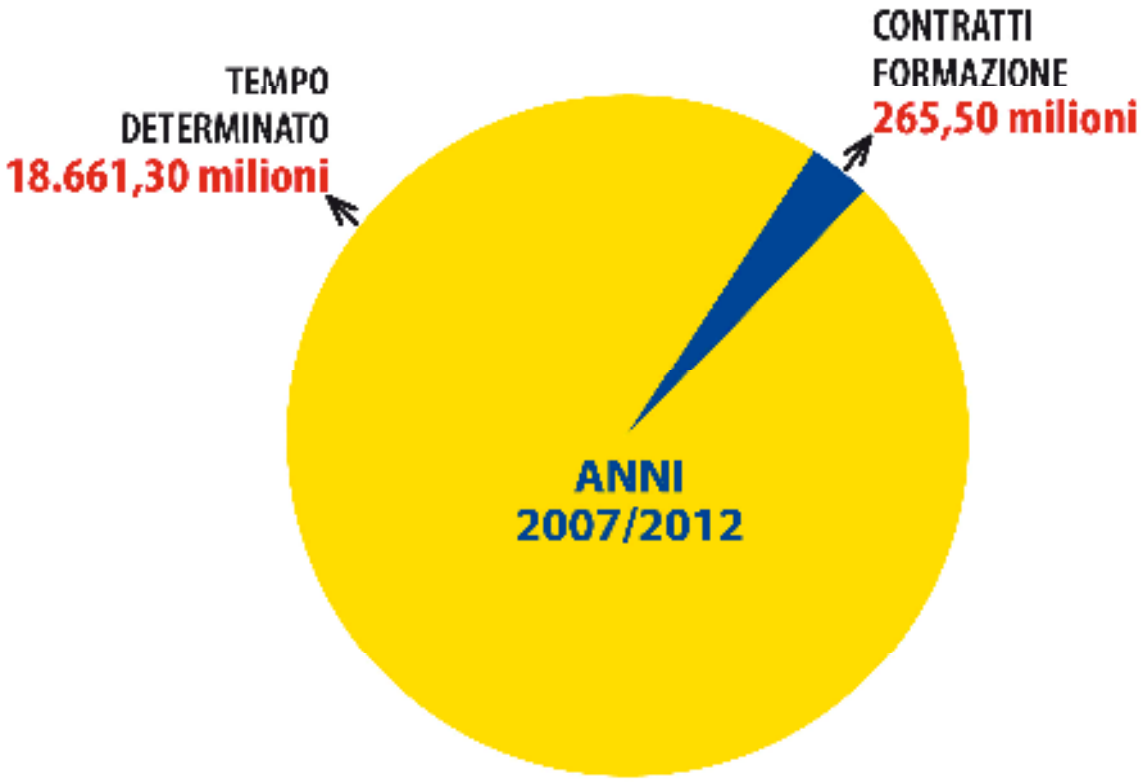


GRAFICO TRA TABELLA 10bis e TABELLA 10/2bis.
ANDAMENTO PERCENTUALE 2007/2012 DEL PERSONALE DELLA P. A.
Rielaborazione da: FONTE - dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

SPESA per i CONTRATTI DI FORMAZIONE LAVORO, ESCLUSI IRAP e CONTRIBUTI a CARICO DELL'AMMINISTRAZIONE.

COMPARTI	COSTO dei CONTRATTI di FORMAZIONE LAVORO in milioni di euro					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SCUOLA	-	-	-	-	-	-
Ist. Form.ne Art.co Mus.le	-	-	-	-	-	-
MINISTERI	-	-	-	-	-	-
PRESIDENZA CONSIGLIO dei MINISTRI	-	0,01	-	-	-	-
AGENZIE FISCALI	49,36	39,53	34,63	6,21	3,32	0,11
VIGILI del FUOCO	-	-	-	-	-	-
Enti Pubblici NON Economici	29,60	16,29	2,99	-	-	-
ENTI di RICERCA	0,19	0,05	0,13	0,28	-	-
UNIVERSITÀ	-	-	-	-	-	-
Servizio Sanitario Nazionale	1,36	1,30	2,96	4,75	0,58	0,09
Regioni ed Autonomie Locali	19,65	21,18	13,35	8,55	3,91	1,85
Regioni a Statuto Speciale	0,12	0,32	0,12	0,13	0,04	0,06
AUTORITÀ INDIPENDENTI	-	-	-	-	-	-
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	0,05	0,05	0,01	-	-	-
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01**	0,88	0,58	0,39	0,16	0,24	0,09
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	**101,22**	**79,30**	**54,59**	**20,09**	**8,09**	**2,21**

* = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai TV. ** = ARPA, Zooprofilattici, etc...

Spesa TOTALE in 6 anni per i CONTRATTI FORMAZIONE LAVORO **265,50 milioni**

TABELLA 10/2bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

VARIAZIONI della spesa per il "TEMPO DETERMINATO" e i "CONTRATTI di FORMAZIONE LAVORO" esclusi IRAP e contributi a carico dell'amministrazione.

COMPARTI	TEMPO DETERMINATO in % 2007 → 2012	Contratti Formazione Lavoro in % 2007 → 2012
SCUOLA	+ 68	-
Ist. Form.ne Art.co Mus.le	- 87	-
MINISTERI	- 64	-
PRESIDENZA CONSIGLIO dei MINISTRI	+ 123	-
AGENZIE FISCALI	-	- 100
VIGILI del FUOCO	+ 23	-
Enti Pubblici NON Economici	- 16	- 100
ENTI di RICERCA	- 14	- 100
UNIVERSITÀ	- 10	-
Servizio Sanitario Nazionale	- 7	- 93
Regioni ed Autonomie Locali	- 33	- 91
Regioni a Statuto Speciale	+ 6	- 50
AUTORITÀ INDIPENDENTI	+ 16	-
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	- 80	- 100
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01**	+ 311	- 90
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	**- 3**	**- 98**

* = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai TV. ** = ARPA, Zooprofilattici, etc...

TABELLA 10/3bis.

FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

SPESA per COMPENSI ai "LSU" e oneri per INTERINALI (compresi costi agenzia), esclusi IRAP e contributi a carico dell'amministrazione. Valori in milioni di euro

COMPARTI	Oneri contratti di somministrazione (interinali)						Lavori socialmente utili					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ist. Form.ne Art.co Mus.le	-	0,01	0,01	-	0,04	0,08	-	-	-	-	-	-
MINISTERI	23,84	2,26	0,77	0,45	1,12	1,39	-	-	-	-	-	-
Presidenza Consiglio MINISTRI	-	0,11	0,18	0,05	0,31	0,26	-	-	-	-	-	-
Enti Pubblici NON Economici	14,18	14,98	19,16	40,33	18,38	1,95	0,61	0,46	0,27	0,13	0,16	0,16
ENTI DI RICERCA	0,24	0,56	0,36	0,28	0,26	0,25	-	-	-	-	-	-
UNIVERSITÀ	6,33	5,90	4,72	4,30	3,48	2,30	0,31	0,08	0,16	0,32	0,25	0,27
Servizio sanitario Naz.le	167,59	200,18	219,74	223,51	185,85	161,14	5,26	6,58	7,22	7,43	7,13	8,78
Regioni ed Autonomie Locali	131,16	132,20	116,72	98,18	87,01	76,11	88,91	84,42	71,13	55,67	49,99	44,29
Regioni a Statuto Speciale	10,6	12,10	11,25	10,85	11,79	13,68	0,60	0,48	1,09	5,60	6,23	6,06
AUTORITÀ INDIPENDENTI	0,12	1,10	1,17	1,49	1,78	1,26	-	-	-	-	-	-
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01**	0,45	0,89	0,72	0,56	0,98	0,66	-	-	-	-	-	-
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	4,71	3,73	2,09	3,58	5,67	10,36	-	-	-	-	-	-

ANNO	TOTALE contratti di somministrazione (interinali) in milioni di euro	TOTALE lavori socialmente utili in milioni di euro
2007	358,68	95,69
2008	374,02	92,02
2009	376,89	79,88
2010	383,57	69,15
2011	316,66	63,76
2012	269,44	59,56

* Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai TV. ** ARPA, Zooprofilattici, etc...

TABELLA 11bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

VARIAZIONI della spesa per i compensi da "LSU" e gli oneri per "INTERINALI" (compresi i costi di agenzia), esclusi IRAP e contributi a carico dell'amministrazione.

COMPARTI	Oneri contratti INTERINALI in % 2007 → 2012	Lavori socialmente utili in % 2007 → 2012
SCUOLA	-	-
MINISTERI	- 94	-
PRESIDENZA CONSIGLIO dei MINISTRI	-	-
Enti Pubblici NON Economici	- 86	- 74
ENTI di RICERCA	+ 4	-
UNIVERSITÀ	- 64	- 13
Servizio Sanitario Nazionale	- 4	+ 67
Regioni ed Autonomie Locali	- 42	- 50
Regioni a Statuto Speciale	+ 36	+ 910
AUTORITÀ INDIPENDENTI	+ 950	-
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	+ 120	-
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01**	+ 47	-
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	**- 25%**	**- 38%**

* = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai TV. ** = ARPA, Zooprofilattici, etc...

TABELLA 12bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

COLLABORAZIONI COORDINATE E CONTINUATIVE

COMPARTI	Numero di contratti attivi nell'anno						VARIAZIONI %
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012 → 2007
ENTI DI RICERCA	4.668	4.328	4.483	1.393	1.678	1.464	-69
UNIVERSITÀ	23.169	65	21	23	22	41	-46
SERVIZIO SANITARIO NAZ.LE	12.511	10.955	8.073	7.384	7.363	6.856	-45
Regioni ed Autonomie Locali	34.464	26.923	17.384	13.216	12.361	11.115	-68
REGIONI a STATUTO SPECIALE	4.280	3.397	2.925	3.120	2.882	2.496	-42
ALTRI COMPARTI	2.661	2.878	2.178	2.883	2.944	3.034	+ 14
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	81.753	66.717	48.908	41.702	42.363	37.443	- 54%

SPESA per contratti di COLLABORAZIONE COORDINATA e CONTINUATIVA

COMPARTI	Valori assoluti in milioni di euro						VARIAZIONI %
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012 → 2007
ENTI DI RICERCA	81,93	65,14	58,28	24,65	27,10	24,21	-70,5
UNIVERSITÀ	147,59	144,53	106,84	94,06	94,27	86,01	-41,7
SERVIZIO SANITARIO NAZ.LE	283,53	213,00	150,86	133,53	129,29	130,88	-53,8
Regioni ed Autonomie Locali	408,46	315,22	207,67	154,89	131,80	115,05	-71,8
REGIONI a STATUTO SPECIALE	32,03	27,42	20,73	20,67	23,20	18,85	-41,1
ALTRI COMPARTI	44,83	47,06	44,42	38,26	34,60	28,27	-36,9
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	998,36	812,37	588,80	466,06	440,26	403,26	- 59,6%

TABELLA 13bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

INCARICHI LIBERO PRIFESSIONALE, STUDIO, RICERCA E CONSULENZA

COMPARTI	Valori assoluti in milioni di euro						VARIAZIONI %
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012 → 2007
ENTI DI RICERCA	687	4.089	4.084	1.786	2.064	1.408	+ 105
UNIVERSITÀ	4.259	4.368	3.907	5.535	7.434	8.251	+ 94
SERVIZIO SANITARIO NAZ.LE	7.804	12.240	16.549	15.402	14.125	13.422	+ 72
Regioni ed Autonomie Locali	21.712	27.142	34.026	37.755	38.588	35.550	+ 64
REGIONI a STATUTO SPECIALE	9.785	9.744	10.434	11.368	12.104	10.573	+ 8
ALTRI COMPARTI	1.500	1.728	2.464	2.685	1.762	1.680	+ 12
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	45.747	59.311	71.414	74.531	76.079	70.884	+ 55%

SPESA per INCARICHI LIBERO PROFESSIONALI, STUDIO, RICERCA e CONSULENZA

COMPARTI	Valori assoluti in milioni di euro						VARIAZIONI %
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012 → 2007
ENTI DI RICERCA	8,34	17,91	15,45	10,96	10,32	6,62	- 20,6
UNIVERSITÀ	24,27	31,00	20,48	24,75	23,16	25,79	+ 6,3
SERVIZIO SANITARIO NAZ.LE	160,56	229,43	284,94	280,71	265,94	269,17	+ 67,6
Regioni ed Autonomie Locali	203,28	204,31	214,99	198,28	185,22	160,83	- 20,9
REGIONI a STATUTO SPECIALE	67,00	68,14	49,09	50,16	58,41	49,73	- 25,8
ALTRI COMPARTI	23,28	21,37	19,38	15,66	12,86	12,86	- 44,8
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	486,72	572,17	604,34	580,53	555,91	525,01	+ 7,9%

TABELLA 13/2bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

PRESTAZIONI PROFESSIONALI consistenti nella resa di servizi o adempimenti obbligatori per legge

COMPARTI	Numero contratti attivi nell'anno				VARIAZIONI %			
	2009	2010	2011	2012	2010→2009	2011→2010	2012→2011	2012→2009
ENTI DI RICERCA	184	274	262	506	+ 49	- 4	+ 93	+ 175
UNIVERSITÀ	728	890	998	1.324	+ 22	+ 12	+ 33	+ 82
SERVIZIO SANITARIO NAZ.LE	4.218	5.103	4.727	5.361	+ 21	- 7	+ 13	+ 27
Regioni ed Autonomie Locali	63.547	66.087	67.995	70.575	+ 4	+ 3	+ 4	+ 11
REGIONI a STATUTO SPECIALE	8.230	8.057	7.594	8.316	- 2	- 6	+ 10	+ 1
ALTRI COMPARTI	1.264	1.697	2.986	2.915	+ 34	+ 76	- 2	+ 131
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	78.171	82.108	84.562	88.997	+ 5%	+ 3%	+ 5%	+ 14%

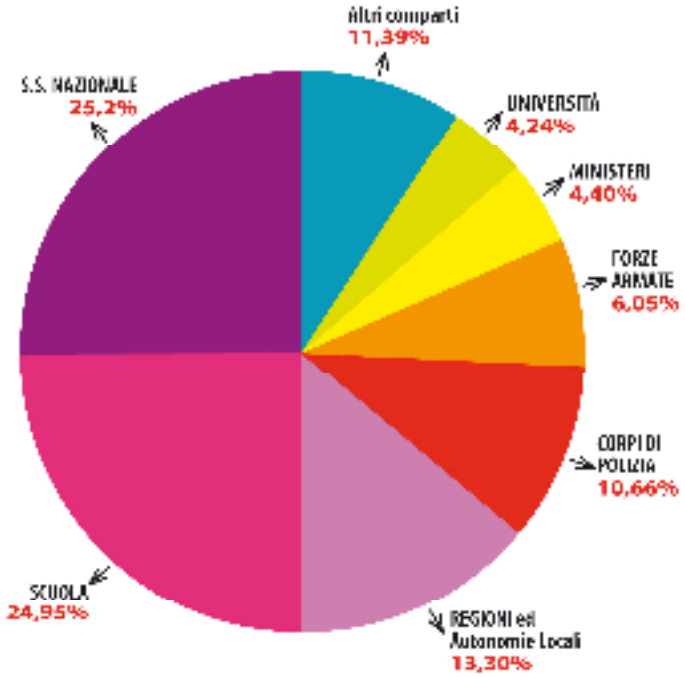
NOTA BENE:
si tratta di incarichi non comprimibili con normative di contenimento della spesa; ad esempio incarichi legali in enti in cui non sia presente un avvocato dipendente.

SPESA per PRESTAZIONI PROFESSIONALI consistenti nella resa di servizi o adempimenti obbligatori per legge

COMPARTI	Valori assoluti in milioni di euro				VARIAZIONI %			
	2009	2010	2011	2012	2010→2009	2011→2010	2012→2011	2012→2009
ENTI DI RICERCA	3,1	3,1	3,0	2,3	0,0	- 3,3	- 21,4	- 23,9
UNIVERSITÀ	12,1	11,9	12,5	11,7	- 1,2	+ 4,4	- 6,2	- 3,2
SERVIZIO SANITARIO NAZ.LE	67,5	84,8	64,2	63,8	+ 25,7	- 24,2	- 0,6	- 5,4
Regioni ed Autonomie Locali	367,8	370,0	364,6	376,5	+ 0,6	- 1,5	+ 3,2	+ 2,3
REGIONI a STATUTO SPECIALE	67,9	64,9	61,0	60,8	- 4,5	- 6,0	- 0,3	- 10,4
ALTRI COMPARTI	13,2	12,7	16,7	21,7	- 3,8	+ 32,0	+ 29,7	+ 64,7
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	531,5	547,3	522,0	536,8	+ 3,0%	- 4,6%	+ 2,8%	+ 1,0%

TABELLA 13/3bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

RIPARTO del COSTO del LAVORO PUBBLICO COMPLESSIVO 2012 fra i DIVERSI COMPARTI



ALTRI COMPARTI	%
REGIONI A STATUTO SPECIALE	2,99
AGENZIE FISCALI	1,76
ENTI PUBBL. NON ECONOMICI	1,59
VIGILI DEL FUOCO	1,04
ENTI di RICERCA	0,68
MAGISTRATURA	0,34
ENTI ART.60 COMMA 3 D. 165/01*	0,32
IST. FORM.NE ART.CO MUS.LE	0,25
PRESIDENZA CONSIGLIO MINISTRI	0,08
AUTORITÀ INDIPENDENTI	0,06
ENTI ART.70 COMMA 4 D. 165/01**	0,04
CARRIERA PREFETTIZIA	0,04
CARRIERA DIPLOMATICA	0,03
CARRIERA PENITENZIARIA	0,01

* – Aziende e Servizi di Pubblica utilità, pratiche pace, ecc.
** – ARPA, Zooprofilattici, etc.

NOTA BENE:
la scuola (28,8% del totale del personale pubblico) occupa 340.000 persone in più del comparto sanità (che ne impiega il 22,1%).

TABELLA 1 Bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

TOTALE del COSTO del PERSONALE DIPENDENTE ed ESTRANEO all'AMMINISTRAZIONE

COMPARTI	Valori assoluti in milioni di euro						Variazioni %
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2012 vs 2007
SCUOLA	40.743	46.492	45.587	43.273	41.202	40.020	- 1,8
Ist. Form.ne Art.co Mus.le	400	405	421	513	437	447	+ 11,7
MINISTERI	7.788	7.699	7.635	7.406	7.527	7.055	- 9,4
Presidenza Consiglio Ministri	244	244	294	296	323	281	+ 15,1
AGENZIE FISCALI	2.787	2.791	2.846	2.751	2.810	2.855	+ 2,4
AZIENDE AUTONOME	66	-	-	-	-	-	-
VIGILI del FUOCO	1.424	1.572	1.572	1.586	1.772	1.661	+ 16,6
CORPI di POLIZIA	16.514	16.619	17.168	17.033	17.947	17.106	+ 3,6
FORZE ARMATE	8.325	8.656	9.207	9.946	10.295	9.698	+ 16,5
MAGISTRATURA	1.757	1.871	1.886	1.948	1.859	2.078	+ 18,3
CARRIERA DIPLOMATICA	256	284	268	259	255	223	- 12,9
CARRIERA PREFETTIZIA	179	190	186	171	179	184	+ 2,7
CARRIERA PENITENZIARIA	49	50	49	48	46	43	- 10,8
Enti Pubblici NON Economici	3.770	3.684	3.616	3.646	3.257	3.182	- 15,6
ENTI di RICERCA	1.252	1.296	1.474	1.347	1.554	1.471	+ 17,4
UNIVERSITÀ	7.199	7.599	7.749	7.549	7.094	6.795	- 5,6
Servizio Sanitario Nazionale	39.027	40.406	41.190	41.371	40.610	40.131	+ 2,8
Regioni ed Autonomie locali	21.737	23.485	23.289	22.920	22.238	21.334	- 1,9
Regioni a Statuto Speciale	3.509	3.722	3.831	3.815	4.863	5.034	+ 43,4
AUTORITÀ INDIPENDENTI	169	181	189	203	208	207	+ 22,6
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01**	362	317	328	338	141	132	- 63,5
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	253	282	304	310	469	468	+ 84,8
TOTALE PUBBLICO IMPIEGO	157.811	167.845	169.091	166.730	165.085	160.403	+ 1,6

* = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai TV. ** = ARPA, Zooprofilattici, etc...

TABELLA 15bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

Personale pubblico NON DIRIGENTE. Quadro degli incrementi contrattuali derivanti da contratti collettivi di lavoro, stipulati ed applicati nel periodo 2007-2012

COMPARTO	CCNL BIENNIO 2006-2007	INCREM.TO di REGIME %	CCNL BIENNIO 2008-2009	INCREM.TO di REGIME %
SCUOLA	29/11/2007 - 08/04/2008 - 25/07/2008	4,85	23/01/2009	3,20
AFAM	04/08/2010	4,85	04/08/2010	3,20
MINISTERI	14/09/2007	4,85	23/01/2009	3,20
PRESIDENZA CONSIGLIO MINISTRI	31/07/2009	4,85	22/07/2010	3,20
AGENZIE FISCALI	10/04/2008	4,85	29/01/2009	3,20
VIGILI DEL FUOCO (*)	29/11/2007 - 07/05/2008	(*) 5,29	26/10/2010	4,16
CORPI DI POLIZIA-FORZE ARMATE (**)	11/09/2007 - 16/04/2009	(**) 6,30	01/10/2010	3,68
ENTI PUBBLICI NON ECONOMICI	01/10/2007	4,85	18/02/2009	3,20
ENTI DI RICERCA	13/05/2009	4,85	13/05/2009	3,20
UNIVERSITÀ	16/10/2008	4,85	12/03/2009	3,20
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	10/04/2008	4,85	31/07/2009	3,20
REGIONI E AUTONOMIE LOCALI	11/04/2008	4,85	31/07/2009	3,20

(*) **5,29%** = (4,85% + 0,44% per risorse aggiuntive); **4,16%** = (3,20% + 0,96% per risorse aggiuntive);
(**) **6,30%** = (4,85% + 1,45% per risorse aggiuntive); **3,68%** = (3,20% + 0,48% per risorse aggiuntive).

TABELLA 16 bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

Personale pubblico DIRIGENTE. Quadro degli incrementi contrattuali derivanti da contratti collettivi di lavoro, stipulati ed applicati nel periodo 2007-2012

COMPARTO / AREA	CCNL BIENNIO 2006-2007	INCREM.TO di REGIME %	CCNL BIENNIO 2008-2009	INCREM.TO di REGIME %
MINISTERI (Area I)	12/02/2010	4,85	12/02/2010	3,20
Regioni e autonomie locali (Area II)	22/02/2010	4,85	03/08/2010	3,20
SSN: Dirigenza sanitaria, profess.le, tecnica e amministrativa (Area III)	17/10/2008	4,85	06/05/2010	3,20
SSN: Dirig.za medico-veterin.a (Area IV)	17/10/2008	4,85	06/05/2010	3,20
SCUOLA e AFAM (AreaV)	15/07/2010	4,85	15/07/2010	3,20
UNIVERSITÀ E RICERCA (Area VII)	28/07/2010	4,85	28/07/2010	3,20
AGENZIE FISCALI - ENTI PUBBLICI NON ECONOMICI (Area VI)	21/07/2010	4,85	21/07/2010	3,20
Presidenza Consiglio Ministri (Area VIII)	04/08/2010	4,85	04/08/2010	3,20
Segretari Comunali e Provinciali	14/12/2010	4,85	01/03/2011	3,20
CARRIERA DIPLOMATICA	24/04/2009	13,37	13/08/2010	3,20
VIGILI DEL FUOCO (*)	29/11/2007 - 07/05/2008	(*) 5,29	26/10/2010	4,16
CARRIERA PREFETTIZIA	04/04/2008	4,85	20/04/2011	3,20
CARRIERA PENITENZIARIA (**)	(**)		(**)	

(*) **5,29%** – (4,85% + 0,44% per risorse aggiuntive); **4,16%** – (3,20% + 0,96% per risorse aggiuntive);
(**) Per i dirigenti della Carriera penitenziaria, gli incrementi retributivi corrispondono a quelli della dirigenza della Polizia e Stato in quanto non si è ancora provveduto alla definizione del primo contratto collettivo di lavoro della categoria.

TABELLA 16/2 bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

Personale pubblico NON SOGGETTO A CONTRATTAZIONE. Quadro degli incrementi retributivi annui "automatici" derivanti da legge nel periodo 2007-2012

COMPARTO / CATEGORIA	ANNO 2007	ANNO 2008	ANNO 2009	ANNO 2010	ANNO 2011	ANNO 2012	ANNO 2013
Corpi di Polizia (Dirigenti) Forze Armate	4,28	1,77	3,77	3,09	?	?	?
MAGISTRATURA	3,69	3,69	2,75	3,04	3,04	- 0,67	1,62
Professori Ricercatori universitari	4,28	1,77	3,77	3,09	?	?	?

TABELLA 17bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

QUADRO DEI CONTRATTI DI LAVORO REGIONALI/PROV.LI 2007-2012

	FRIULI VENEZIA GIULIA				TRENTINO /TRENTO		BOLZANO	
DIRIGENTI CCRL	29/02/2008	30/09/2010			22/10/2008	29/10/2010	05/07/2007	11/11/2009
QUADRIENNIO NOR.VO	2002-2005	2006-2009			2005-2009	2006-2009	2005-2008	2005-2008
BIENNIO ECONOMICO	2002-2003 2004-2005	2006-2007 2008-2009			2005-2007	2008-2009	2007-2008	2005-2008
NON DIRIGENTI CCRL	07/12/2006	03/07/2007	06/05/2008	27/02/2012	19/06/2007	01/12/2008	12/02/2008	15/11/2011
QUADRIENNIO NOR.VO	2002 2005	2002 2005	2006 2009	2006 2009	2006 2007	2008 2011	2005 2008	
BIENNIO ECONOMICO	2004-2005	2004-2005	2006-2007	2008-2009		2008-2009	2007-2008	2009

TABELLA 17/2 bis PAGINA 1.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

	SARDEGNA		SICILIA	VALLE D'AOSTA	
DIRIGENTI CCRL	19/03/2008	18/02/2010	05/07/2007	14/04/2009	27/05/2011
QUADRIENNIO NOR.VO	2006-2009	2006-2009	2002-2005	2006-2009	
BIENNIO ECONOMICO	2006-2007	2008-2009	2002-2003 2004-2005	2006-2007 2008-2009	2009-2010* Retriba.di Posiz.
NON DIRIGENTI CCRL	08/10/2008	18/02/2010	22/05/2008	12/02/2008	21/05/2008
QUADRIENNIO NOR.VO	2006-2009	2006-2009	2006-2009	2005-2008	2009
BIENNIO ECONOMICO	2006-2007	2008-2009	2006-2007	2007-2008	2006-2007 2008-2009

TABELLA 17/2 bis PAGINA 2.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

SPESA per retribuzioni lorde a TEMPO INDETERMINATO al netto degli arretrati.

(Valori in milioni di euro)

COMPARTI	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Variazioni % 2012 → 2007
SCUOLA	28.558	31.368	31.904	29.695	28.983	27.897	- 2,3
Ist. Form.ne Art.co Mus.le	278	283	287	309	310	312	+ 12,3
MINISTERI	5.186	5.225	5.158	5.029	5.001	4.874	- 6,0
Presidenza Consiglio Ministri	146	147	160	183	179	171	+ 17,2
AGENZIE FISCALI	1.877	1.835	1.970	1.924	1.979	1.961	+ 4,4
AZIENDE AUTONOME	44	-	-	-	-	-	-
VIGILI DEL FUOCO	890	943	1.016	1.016	1.044	1.031	+ 15,9
CORPI DI POLIZIA	11.714	11.769	12.065	12.015	12.250	12.143	+ 3,7
FORZE ARMATE	5.918	6.088	6.403	6.555	6.625	6.496	+ 9,8
MAGISTRATURA	1.233	1.306	1.329	1.369	1.300	1.431	+ 16,1
CARRIERA DIPLOMATICA	181	191	188	183	179	169	- 6,5
CARRIERA PREFETTIZIA	119	123	122	118	121	121	+ 1,5
CARRIERA PENITENZIARIA	35	36	36	34	31	30	- 14,5
ENTI PUBBICI NON ECONOMICI	2.293	2.317	2.286	2.260	2.154	2.048	- 10,7
ENTI DI RICERCA	629	686	762	771	867	855	+ 36,1
UNIVERSITÀ	5.210	5.434	5.569	5.485	5.063	4.878	- 6,4
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	25.049	26.201	27.025	27.380	27.232	27.025	+ 7,9
REGIONI ed AUTONOMIE LOCALI	13.871	14.658	15.157	15.014	14.808	14.353	+ 3,5
REGIONI a STATUTO SPECIALE	2.060	2.175	2.290	2.291	3.010	3.091	+ 50,0
AUTORITÀ INDIPENDENTI	102	103	109	113	124	128	+ 25,7
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01**	170	176	186	190	72	69	- 59,4
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	156	175	188	191	293	291	+ 87,0
TOTALE COMPLESSIVO	**105.720**	**111.239**	**114.210**	**112.125**	**111.626**	**109.375**	**+ 3,5%**

* = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai TV. ** = ARPA, Zooprofilattici, etc...

TABELLA 18bis.

FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

Retribuzioni medie annue (importi lordo dipendente)

COMPARTI	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Variazioni % 2012 → 2007
SCUOLA	26.532	29.280	30.570	30.201	30.338	29.548	+ 11,4
Ist. Form.ne Art.co Mus.le	31.376	31.782	31.686	34.544	35.264	35.914	+ 14,5
MINISTERI	27.915	28.553	28.761	28.382	29.515	29.578	+ 6,0
Presidenza Consiglio Ministri	43.728	45.227	48.521	53.600	58.964	59.177	-
AGENZIE FISCALI	34.980	33.529	36.762	36.179	36.944	37.301	+ 6,0
VIGILI DEL FUOCO	28.024	30.197	32.043	31.739	32.124	31.421	+ 12,1
CORPI DI POLIZIA	35.154	35.931	37.049	37.337	38.494	38.203	+ 8,7
FORZE ARMATE	37.005	37.445	38.327	38.708	39.699	38.920	+ 5,2
MAGISTRATURA	120.182	126.308	130.605	132.642	131.303	141.746	+ 17,9
CARRIERA DIPLOMATICA	80.936	92.755	93.726	93.755	92.695	92.215	+ 13,9
CARRIERA PREFETTIZIA	79.002	84.067	87.267	86.161	89.994	92.660	+ 17,3
CARRIERA PENITENZIARIA	71.709	76.595	76.975	78.603	77.688	79.618	+ 11,0
ENTI PUBBICI NON ECONOMICI	38.713	39.739	42.547	43.529	42.856	41.772	+ 7,9
ENTI DI RICERCA	39.530	39.891	42.079	42.091	41.919	41.680	+ 5,4
UNIVERSITÀ	42.218	43.848	44.581	45.629	44.624	43.754	+ 3,6
SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	35.763	37.495	38.253	38.761	38.787	38.781	+ 8,4
REGIONI ed AUTONOMIE LOCALI	27.177	28.871	29.672	29.833	29.872	29.611	+ 9,0
REGIONI a STATUTO SPECIALE	31.511	32.859	34.080	34.166	34.258	35.446	+ 12,5
AUTORITÀ INDIPENDENTI	71.569	69.452	73.735	73.900	76.916	77.987	+ 9,0
Enti Art.70-Comma 4 - D.165/01**	40.970	41.474	43.942	46.156	54.213	52.253	+ 27,5
Enti Art.60-Comma 3 - D.165/01*	33.943	37.749	38.347	38.362	31.299	30.738	- 9,4
VALORE MEDIO PUBBLICO IMPIEGO	31.670	33.432	34.521	34.680	34.899	34.576	+ 9,2%

* = Aziende e Servizi di Pubblica utilità, partecipate, rai TV. ** = ARPA, Zooprofilattici, etc...

TABELLA 18/2 bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

IL CONFRONTO CON LE GRANDEZZE MACROECONOMICHE

Confronto dell'andamento del personale e delle spese con le principali grandezze economiche.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
OCCUPATI nelle P.A.	3.583.563	3.578.950	3.503.231	3.437.544	3.395.809	3.343.999
Totale Forza lavoro	24.926.610	25.031.922	24.991.531	25.002.591	25.294.481	25.640.309
Occupati nelle P. A. Totale Forza lavoro	14,4%	14,3%	14,0%	13,7%	13,4%	13,0%
Totale Occupati	23.359.773	23.310.995	22.938.344	22.923.278	22.959.876	22.729.162
Occupati nelle P. A. Totale Occupati	15,3%	15,4%	15,3%	15,0%	14,8%	14,7%
COSTO del LAVORO delle P.A. (miliari di euro)	157,81	167,85	169,09	166,73	165,09	160,40
PIL ai prezzi di mercato (miliardi di euro)	1.554,20	1.575,14	1.519,70	1.551,89	1.580,41	1.567,01
Costo del lavoro / PIL nominale	10,15%	10,66%	11,13%	10,74%	10,45%	10,24%

I **dati degli occupati** nelle pubbliche amministrazioni comprendono il personale stabile, quello flessibile (anche se espresso in unità annue) e quello che non instaura un rapporto di dipendenza (Interinali, LSU, volontari delle forze armate).

I **dati sulla forza lavoro**, sugli occupati e sul PIL sono di fonte ISTAT 2013: Forze di lavoro per condizione e sesso - dati destagionalizzati; Prodotto interno lordo ai prezzi di mercato.

TABELLA 19bis.
FONTE: Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato (16/12/2013).

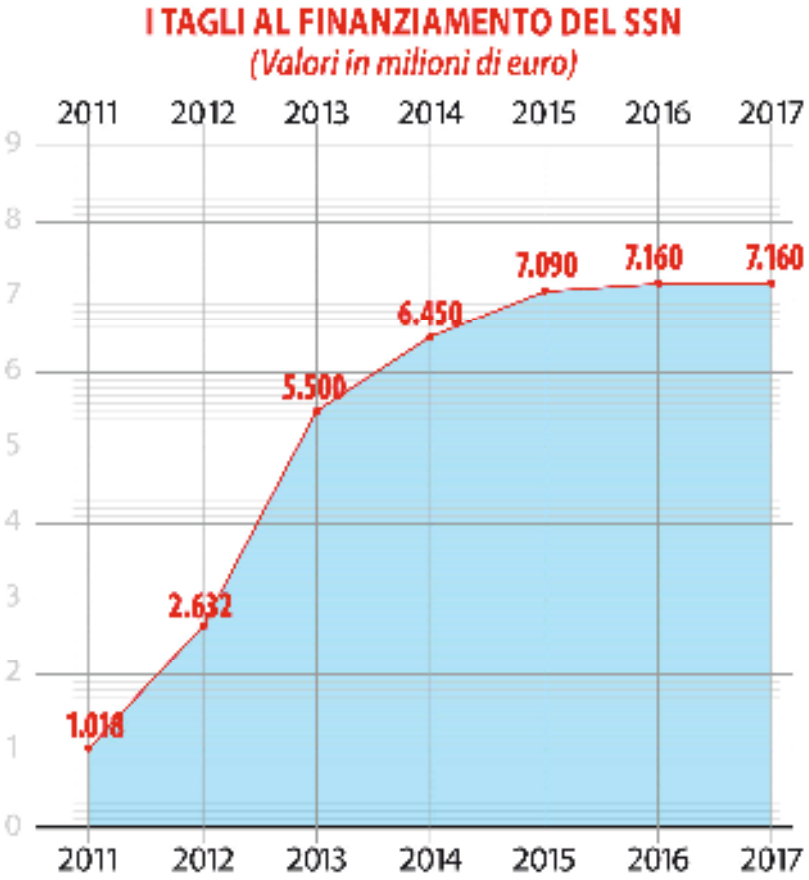


TABELLA 20bis.
FONTE: Il Sole 24 Ore del 02/02/2014 Pag. 2 - N. 32

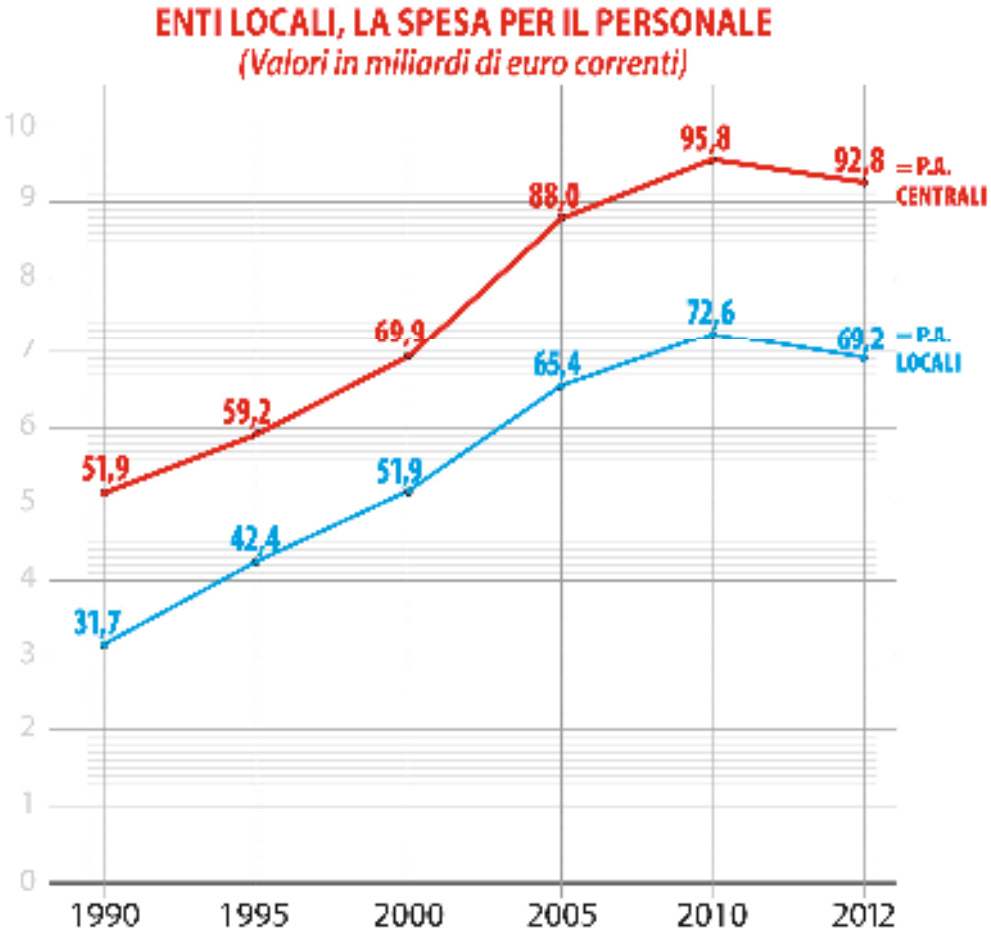


TABELLA 20/2bis.
FONTE: ISTAT. Intervista a Stefano Biasioli su Affari & Finanza del 27/01/2014, inserto "Lavoro & Professioni" Pag. 31

LA SPESA PER L'ACQUISTO DI BENI E SERVIZI

(Valori in miliardi di euro correnti)

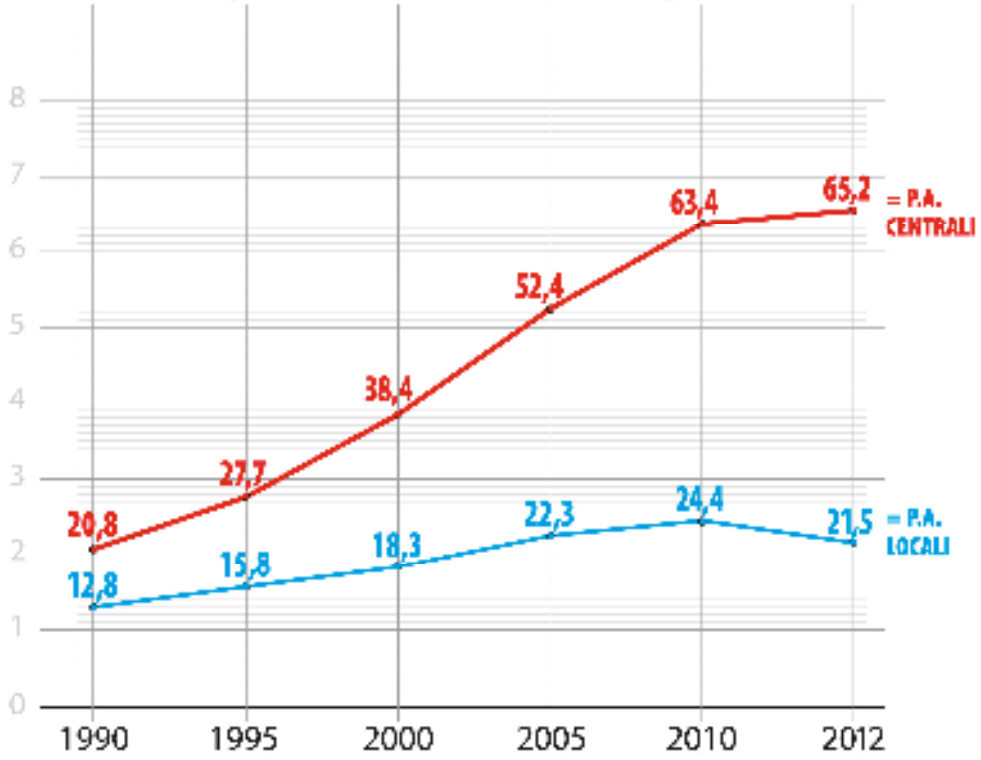


TABELLA 20/3bis.
FONTE: ISTAT. Intervista a Stefano Biasioli su Affari & Finanza del 27/01/2014, inserto "Lavoro & Professioni" Pag. 31

LA SPESA PUBBLICA LOCALE

Distribuzione per tipo di Ente. *(in miliardi di euro correnti)*

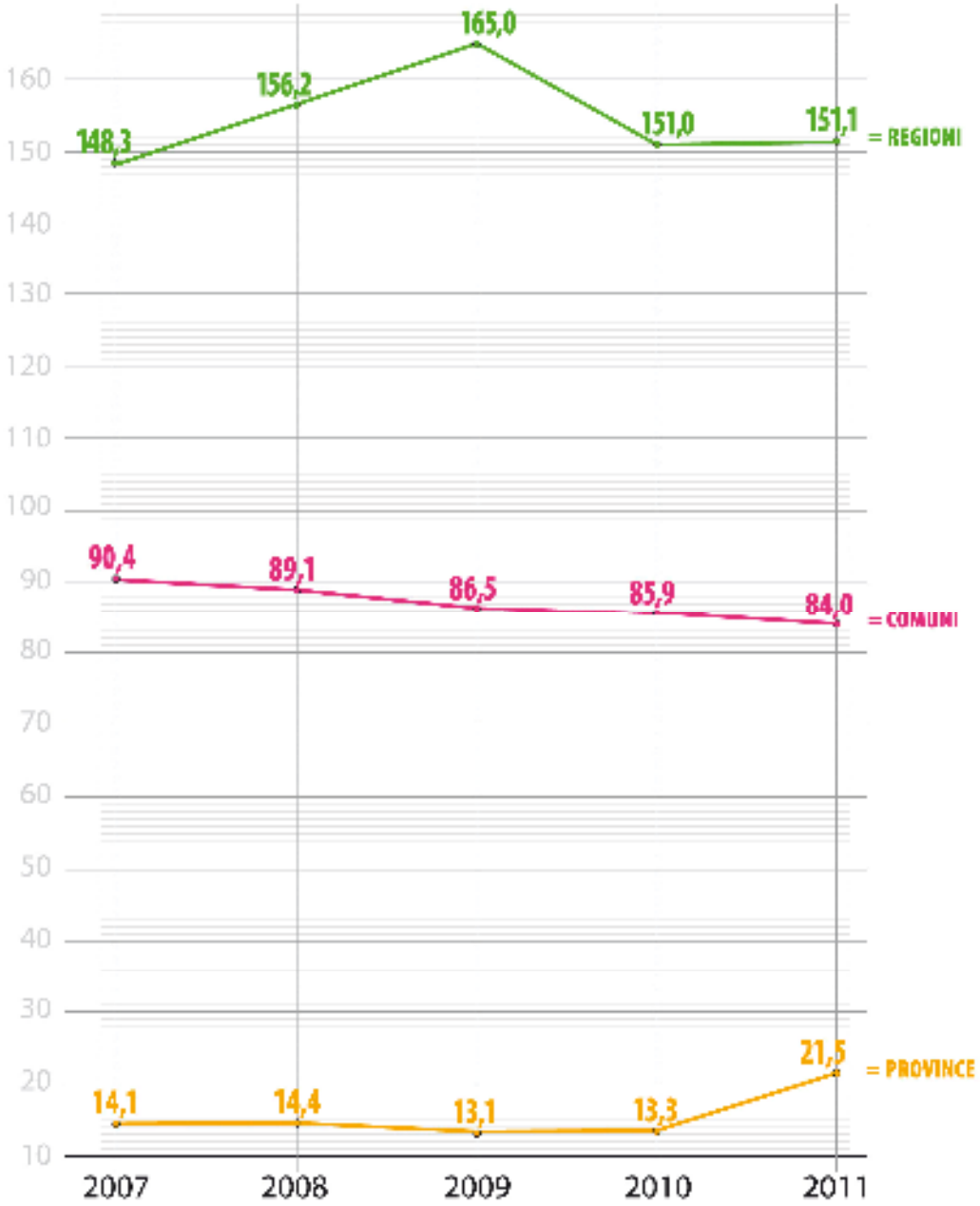
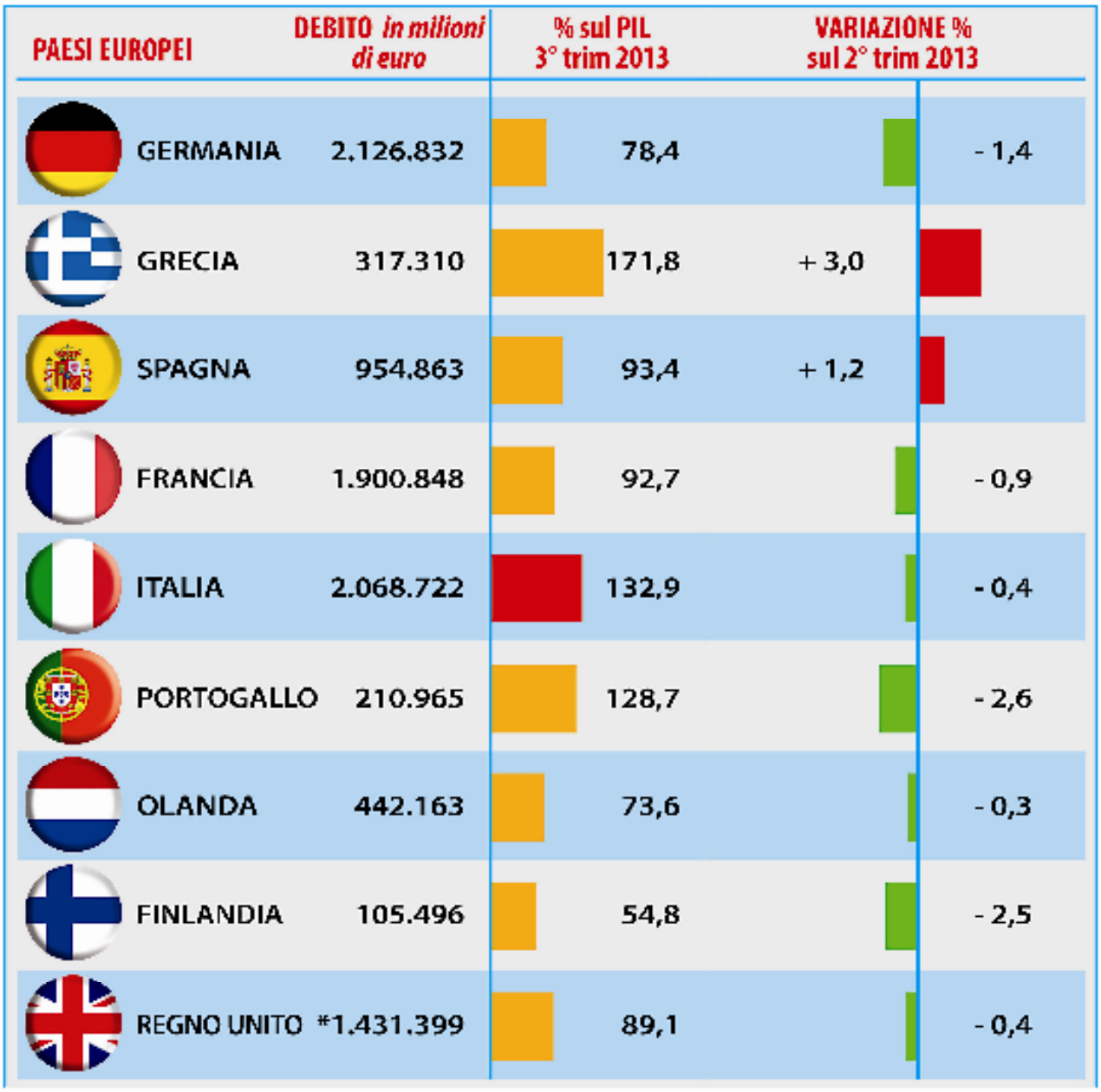


TABELLA 20/4bis.
FONTE: ISTAT. - (Intervista a Stefano Biasioli su Affari & Finanza del 27/01/2014, inserto "Lavoro & Professioni" Pag. 31)

DEBITI PUBBLICI IN EUROPA
in rapporto al Prodotto Interno Lordo



(*) — in miliardi di sterline.

TABELLA 20/5bis.
FONTE: EUROSTAT. - (Su Corriere della Sera del 23/01/2014, "Primo Piano" Pag. 9).

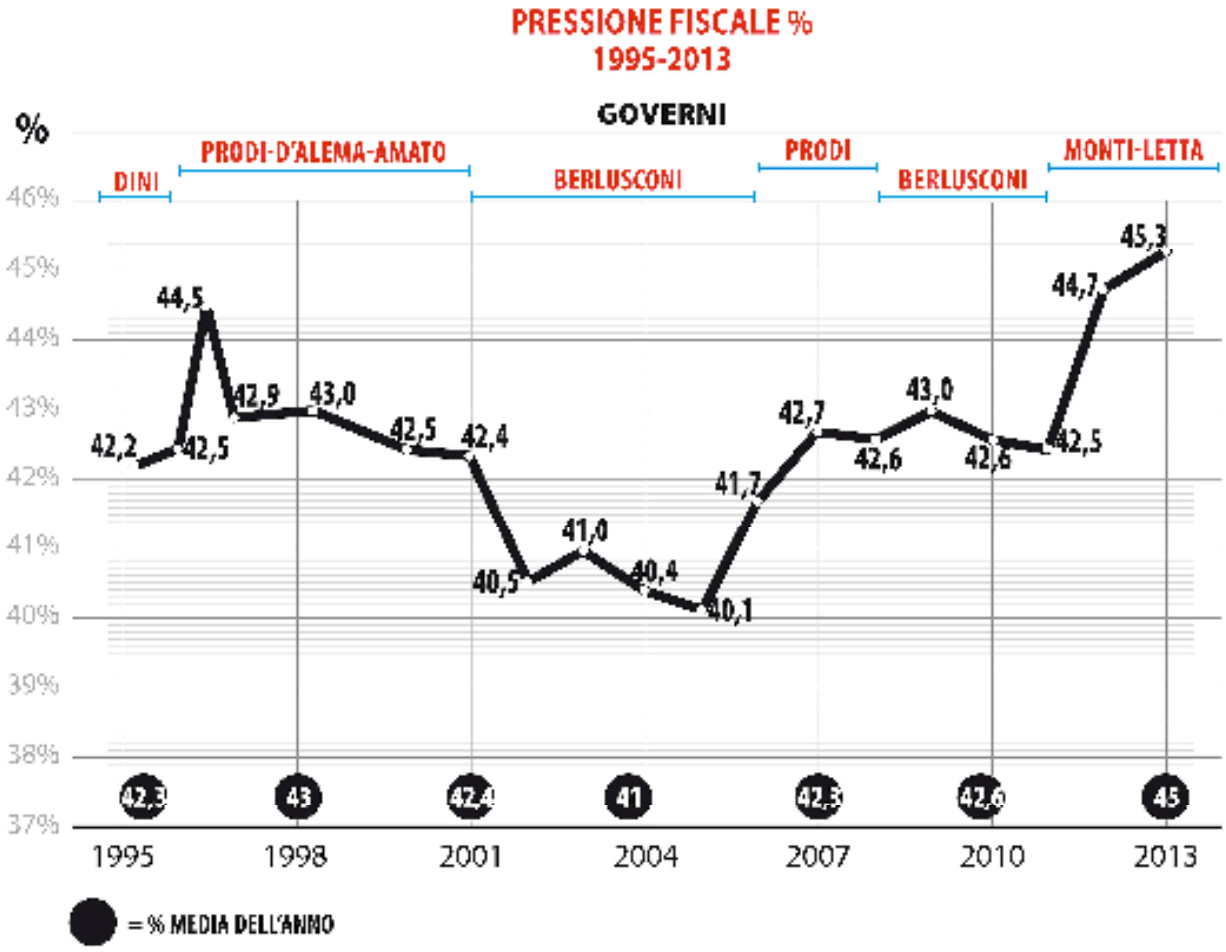


TABELLA 20/6 bis
FONTE: BANCA D'ITALIA 2014. Da "Il Giornale" del 10/02/2014, pag. 6 (modificata).

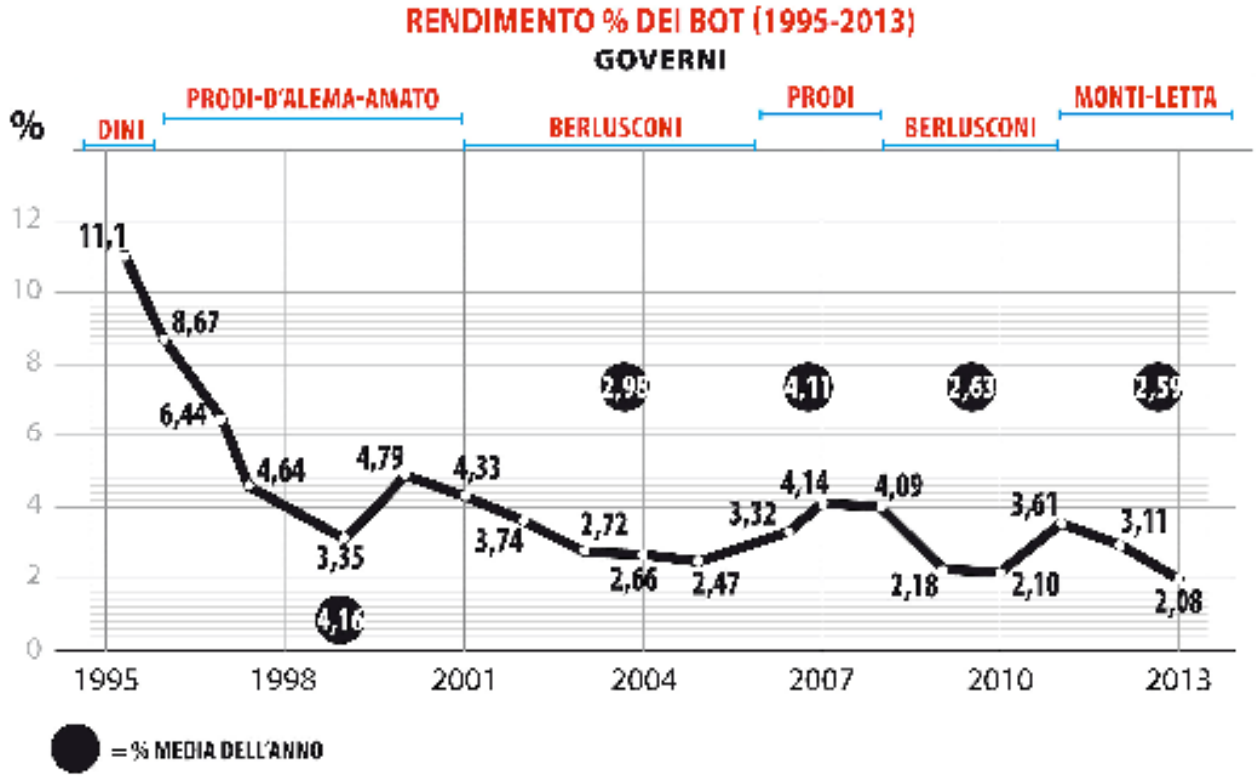


TABELLA 20/7 bis
FONTE: MEF - Dipartimento del Tesoro. Da "Il Giornale" del 18/02/2014, pag. 6 (modificata).

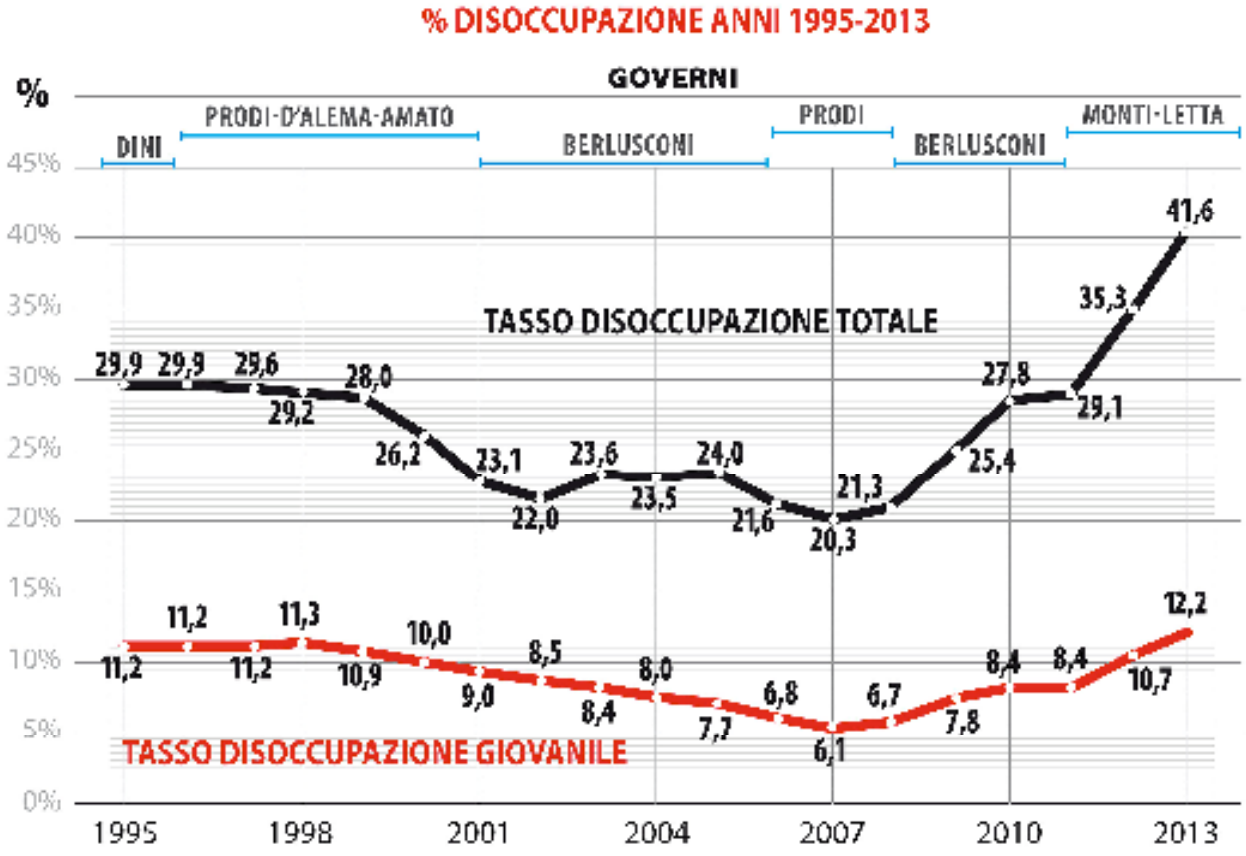


TABELLA 20/8 bis
FONTE: ISTAT. Da "Il Giornale" del 10/07/2014, pag. 6 (modificata).

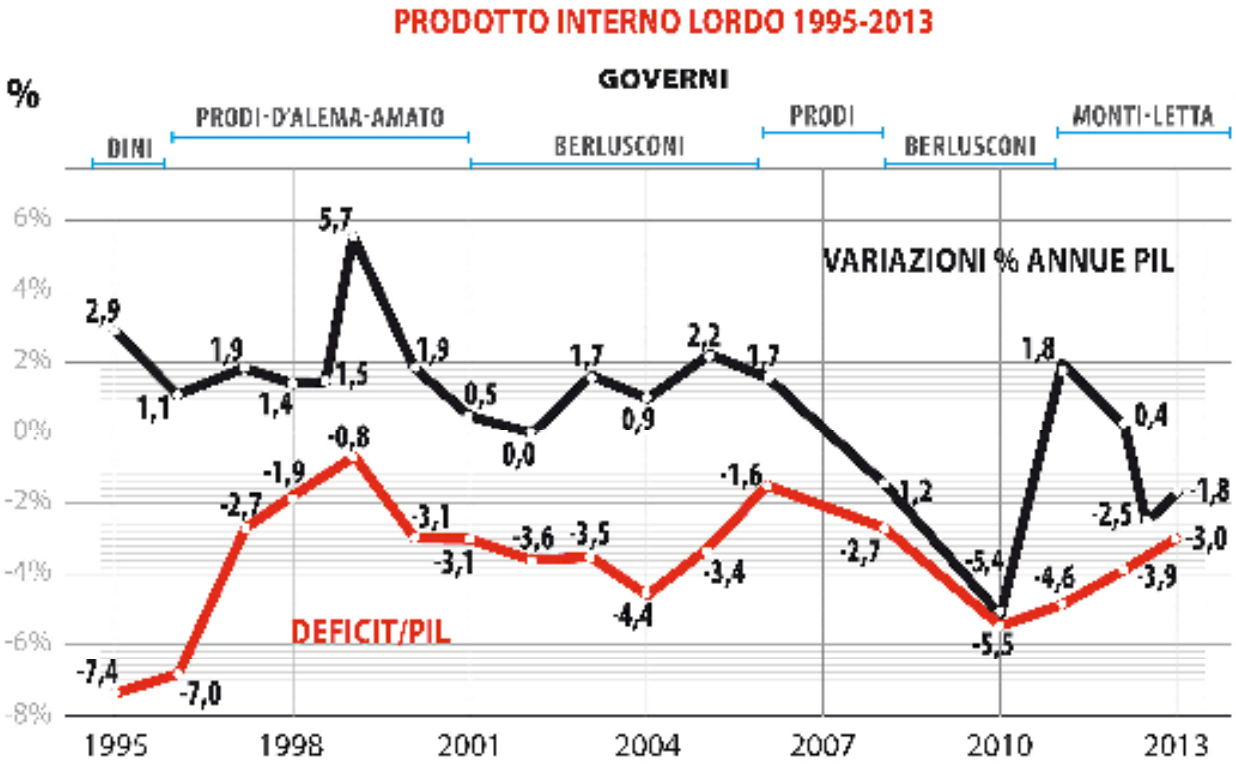
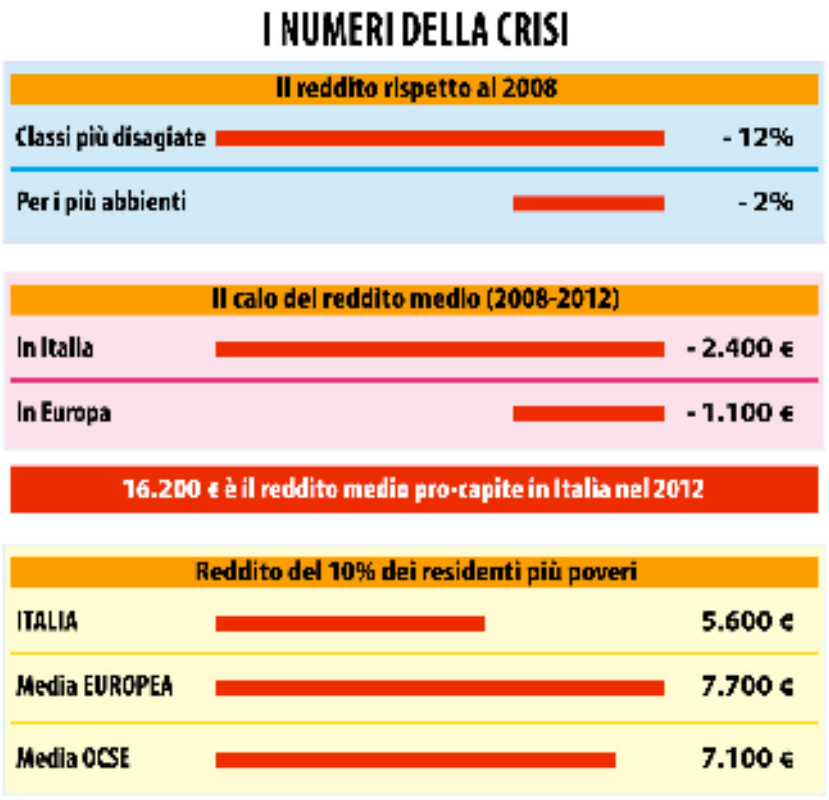


TABELLA 20/9 bis
FONTE: EUROSTAT-ISTAT. Da "Il Giornale" del 10/02/2014, pag. 6 (modificata).

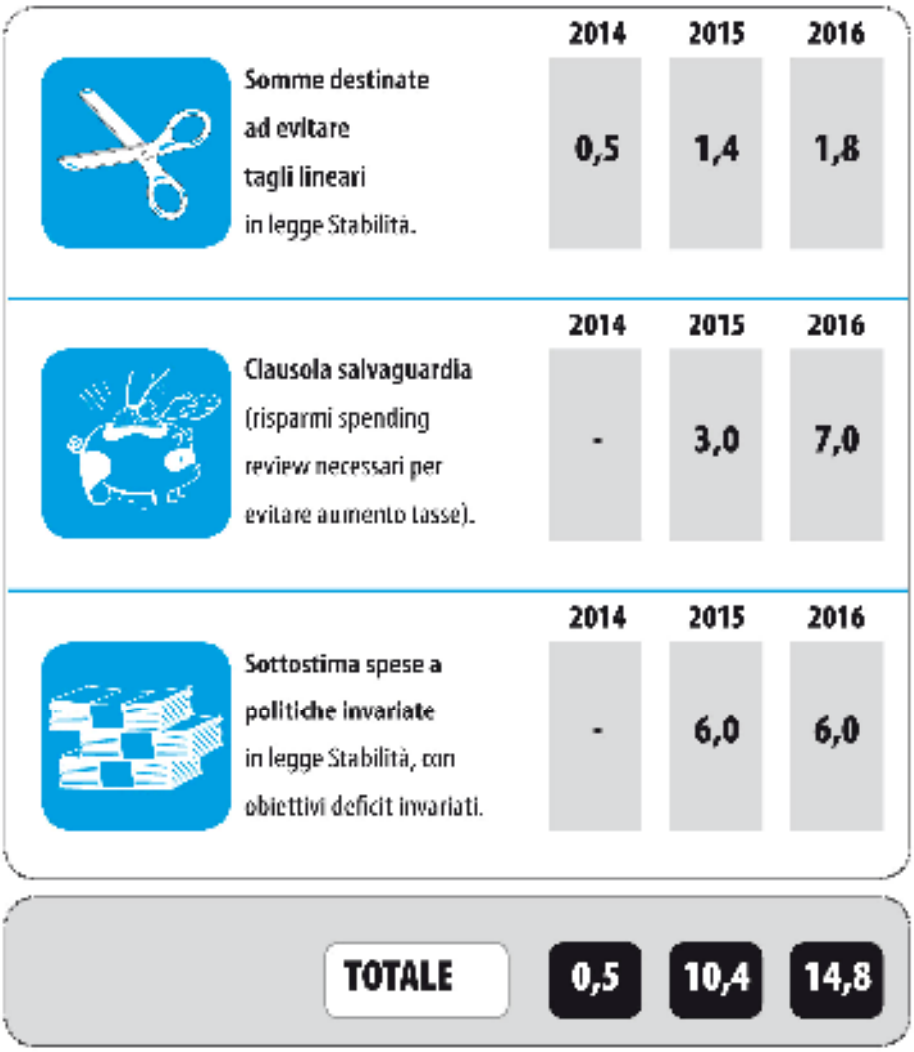
Tabella VI°



Fonte: OCSE. Rielaborata da CNEL - MAR. 2014

TABELLA VII°

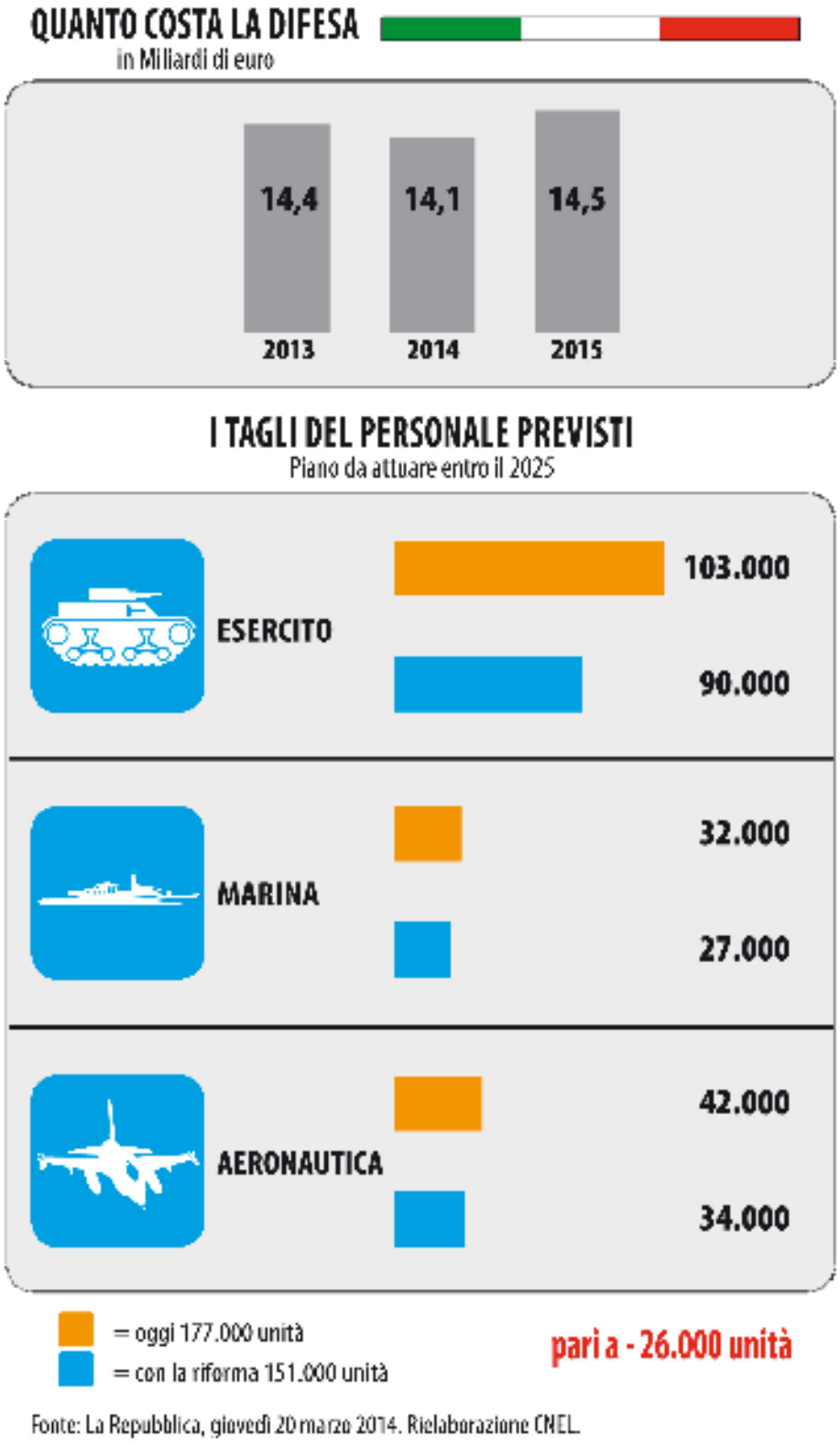
LE RISORSE GIÀ IMPIEGATE



	2014	2015	2016
Somme destinate ad evitare tagli lineari in legge Stabilità.	0,5	1,4	1,8
Clausola salvaguardia (risparmi spending review necessari per evitare aumento tasse).	-	3,0	7,0
Sottostima spese a politiche invariate in legge Stabilità, con obiettivi deficit invariati.	-	6,0	6,0
TOTALE	**0,5**	**10,4**	**14,8**

Fonte: slide presentate a Palazzo Chigi. Rielaborate da CNEL MAR. 2014

TABELLA VIII°



Fonte: La Repubblica, giovedì 20 marzo 2014. Rielaborazione CNEL.

TABELLA IX°

I TAGLI DI COTTARELLI 2014/2016

INTERVENTI	Risparmi (mld. € annui)		
	2014	2015	2016
Diretti	2,2	5,2	12,1
- iniziative su beni e servizi	0,8	2,3	7,2
- gestione immobili	-	0,2	0,5
- fabbisogni standard nei comuni	-	0,4	2,0
- stipendi e dirigenti	0,5	0,5	0,5
Riorganizzazioni	0,2	2,8	5,9
- riforma province	0,1	0,3	0,5
- sinergie corpi polizia	-	0,8	1,7
- enti pubblici	0,1	0,2	0,3
- digitalizzazione	-	1,1	2,5
Costi politica	0,4	0,7	0,9
- comuni, regioni, finanz. partiti	0,2	0,3	0,4
- organi costituzionali	0,2	0,4	0,5
Riduzione trasferimenti	2,0	4,4	7,1
- a imprese (Stato)	1,0	1,5	2,2
- a imprese (Regioni)	0,4	0,6	0,8
- partecipate locali	0,1	1,0	2,0
Spese settoriali	2,2	5,0	7,9
- difesa	0,1	1,8	2,5
- misure patto salute	0,3	0,8	2,0
- indicizzazioni pensioni	-	0,6	1,5
TOTALE	7,0	18,0	34,0

Fonte: rapporto Cottarelli, da L'Arena del 19.03.2014 pag. 3

TABELLA X°

ANALISI DETTAGLIATA DEI RISPARMI DI COTTARELLI

Miliardi di €	2014	2015	2016
EFFICIENTAMENTO	2,2	5,2	12,1
- beni e servizi	0,8	2,3	7,2
- pubblicaz. telematica appalti pubblici	0,2	0,2	0,2
- gestione immobili	-	0,2	0,5
- costi riscossione fiscale	-	0,4	0,4
- fabbisogni standard comuni	-	0,5	2,0
- consulenze e auto blu	0,1	0,2	0,3
- stipendi dirigenti	0,5	0,5	0,5
- corsi di formazione	0,1	0,1	-
- inquinamento luminoso	0,1	0,2	0,3
- altre proposte	0,4	0,6	0,7
RIORGANIZZAZIONI	0,2	2,8	5,9
- riforma province	0,1	0,3	0,5
- sinergie corpi polizia	-	0,8	1,7
- spese enti pubblici	0,1	0,2	0,3
- digitalizzazione	-	1,1	2,5
- prefetture, vigili, capitanerie	-	0,2	0,4
- sedi periferiche AC	-	0,1	0,4
- comunità montane	-	0,1	0,1
COSTI POLITICA	0,4	0,7	0,9
- comuni, Regioni, partiti	0,2	0,3	0,4
- organi costituzionali	0,2	0,4	0,5
SPESE SETTORIALI	2,2	5,0	7,9
- difesa	0,1	1,8	2,5
- sanità e costi standard	0,3	0,8	2,0
- contributo pensioni temporaneo	1,4	1,0	0,5
- indicizzazione pensioni	-	0,6	1,5
- allineam.to contributo donne da 41 a 42 anni	0,2	0,5	1,0
- revisione pensioni di guerra	0,2	0,3	0,3
- pensioni reversibilità (flussi)	-	-	0,1
TOTALE	7,0	18,1	33,9

Fonte: rapporto Cottarelli, da Libero del 19.03.2014 pag. 7

TABELLA X°BIS

ANALISI DEI TAGLI PER SETTORE NEL TRIENNIO

PENSIONI DIRETTE	5,0 mld
PENSIONI INDIRETTE più vari contributi	3,2 mld
SANITÀ	3,1 mld
POLITICA (Regioni, Comuni, Partiti)	2,0 mld
RIFORMA PROVINCE	0,9 mld
STIPENDI DIRIGENTI	1,5 mld
CONSULENZE, AUTO BLU	0,6 mld
BENI e SERVIZI	10,3 mld

TABELLA X°TRIS

TABELLA XI°

I PRELIEVI SULLE PENSIONI IN BASE AL PIANO STUDIATO DA COTTARELLI

Classi di reddito pensionistico mensile VALORI AL NETTO DEL PRELIEVO IRPEF in €		Numero pensionati	Importo medio netto mensile del reddito pensionistico	Aliquota %	Contributo medio mensile (prelievo sopra soglia)	Gettito al netto (prelievo sopra soglia)
Da 6 a 7 volte il minimo	da 2.096,01 a 2.394,00	298.701	2.386	2	5,80	20.794.000
Da 7 a 8 volte il minimo	da 2.394,01 a 2.692,00	155.565	2.718	2	12,44	23.230.844
Da 8 a 9 volte il minimo	da 2.692,01 a 2.991,00	90.864	3.043	2	18,94	20.655.173
Da 9 a 10 volte il minimo	da 2.991,01 a 3.282,00	67.380	3.358	2	25,94	20.408.813
Da 10 a 11 volte il minimo	da 3.282,01 a 3.565,00	51.841	3.667	2	31,42	19.549.098
Da 11 a 12 volte il minimo	da 3.565,01 a 3.849,00	39.899	3.974	2	37,55	17.980.270
Da 12 a 13 volte il minimo	da 3.849,01 a 4.133,00	26.953	4.270	2	43,49	14.065.883
Da 13 a 14 volte il minimo	da 4.133,01 a 4.407,00	19.807	4.573	5	123,83	29.432.374
Da 14 a 15 volte il minimo	da 4.407,01 a 4.681,00	13.331	4.866	5	138,48	22.152.652
Da 15 a 16 volte il minimo	da 4.681,01 a 4.995,00	9.090	5.162	5	153,32	16.724.281
Da 25 a 26 volte il minimo	da 7.423,01 a 7.698,00	753	8.135	5	301,96	2.728.554
Da 35 a 36 volte il minimo	da 10.165,01 a 10.439,00	91	11.094	15	1.349,75	1.473.927
Oltre 50 volte il minimo	oltre 14.278,01	291	19.331	15	2.585,28	9.027.813

TOTALE pensionati colpiti 774.566 → 307.121.691

pari al 4,68% sul TOTALE complessivo pensioni 16.533.152

Fonte: INPS, Casellario Centrale dei Pensionati al 31.12.2012 - Dati provvisori. Elaborazione dati F. Teoldi per Lavoce.info. Rielaborato da CNEL Mar. 2014.

TABELLA XII°

I RISPARMI ATTESI DALLE PENSIONI in Mld.

Analisi risparmi nel triennio	2014	2015	2016
	1,8	2,6	3,8
		di cui	
Contributo temporaneo pensioni	1,4	1,0	0,5
Indicizzazioni pensioni	-	0,6	1,5
Allineamento contributo donne (da 41 a 42 anni)	0,2	0,5	1,0
Revisione pensioni di guerra	0,2	0,3	0,3
Pensioni reversibilità (flussi)	-	-	0,1
Prova reddito per indennità accompagno	-	0,1	0,2
Abusi pensioni di invalidità	-	0,1	0,2

Fonte: rapporto Cottarelli

Totale "risparmi" pensioni 8,2 Mld

TRASFERIMENTI alle IMPRESE "aggredibili" in Milioni di €

Analisi trasferimenti nel triennio	2014	2015	2016
	3.711	3.887	4.063
		di cui	
Agricoltura e artig.to (inclusi agroalimen.ri, ippica, pesca)	244	309	374
Editoria	217	225	233
Istruzione	346	346	346
Rimborsi a Poste It. SpA per agevolaz.ni tariffarie	12	12	12
Spettacolo	106	172	238
Trasporti (inclusi automobilistico, autotrasporto e cantieristica)	2.110	2.113	2.115
Tv e radio	90	90	90
Altro	586	620	655

Fonte: rapporto Cottarelli