

PERSONE



PIANETA



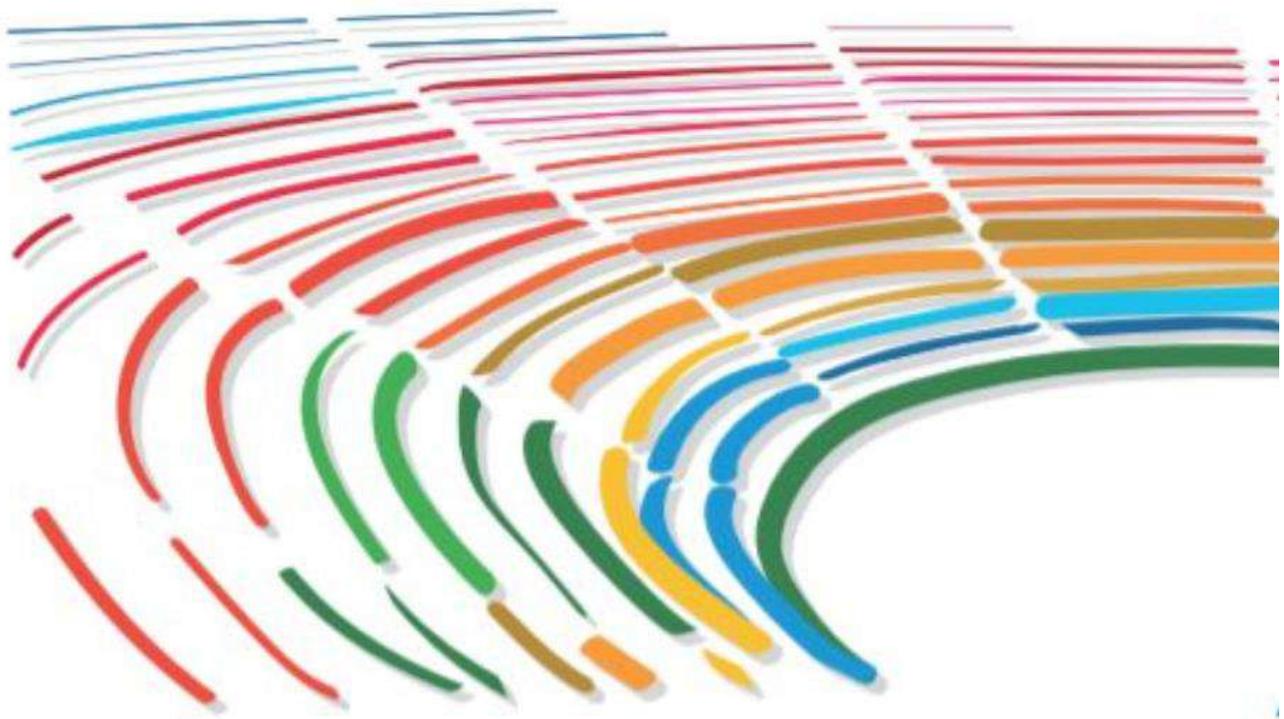
PROSPERITÀ



PACE



PARTNERSHIP



Pensare Welfare



Lettere

3	Think Tank "Welfare Italia" <i>Rapporto 2019</i> . Il Rapporto in 10 punti (4 dicembre 2019).
7	Quarto Rapporto sul Secondo Welfare in Italia (29 novembre 2019).
8	Fondazione Bracco – Fondazione Sodalitas <i>Le fondazioni di impresa in Italia</i> (18.09.2019).
9	Censis – Eudaimon <i>Terzo Rapporto sul welfare aziendale</i> (5 febbraio 2020).
11	Caritas Europa <i>Povertà e accesso ai servizi</i> (febbraio 2020 e marzo 2020).
12	EUROSTAT <i>Spesa per le politiche sociali nei 27 Paesi dell'Unione Europea</i> (febbraio 2020).
13	Politecnico Milano <i>Ricomporre i divari. Politiche e progetti territoriali</i> (17 e 18 febbraio 2020).
15	Giovanni Gazzoli – Mara Guarino <i>Così si assiste alla crisi...del welfare</i> (12 febbraio 2020).
17	Paolo Riva <i>Natalità e welfare: è il momento di agire</i> (21 marzo 2020).
18	Atto Camera dei Deputati n. 687 (in discussione presso la XII Commissione).
19	Banca d'Italia <i>Le condizioni finanziarie delle famiglie europee e la pandemia</i> (2 aprile 2020).
21	Istituto Cattaneo <i>La diversa vulnerabilità degli italiani al Covid -19</i> (11 aprile 2020).
23	Giampiero Dalla Zuanna Chiara Gargiulo <i>Le nuove famiglie degli anziani italiani</i> (17 aprile 2020).
25	Fabrizio Tucci <i>Pandemia e Green City: per una riflessione sul futuro dell'abitare</i> (9 aprile 2020).
29	ISTAT <i>Spazi in casa e disponibilità di computer per bambini e ragazzi</i> (6 aprile 2020).
31	ISTAT <i>Identità e percorsi di integrazione delle seconde generazioni in Italia</i> (16 aprile 2020).
32	ISTAT <i>Over 75: fotografia di una generazione</i> (27 aprile 2020).
33	ISTAT <i>La protezione sociale in Italia e in Europa</i> (28 aprile 2020).
34	Camera dei Deputati <i>Le misure a sostegno della famiglia e fondi politiche sociali</i> (16.06 2020).
35	Commissione Europea <i>European Green Deal</i> .
36	Manifesto <i>Uscire dalla pandemia con un nuovo Green Deal per l'Italia</i> (16 maggio 2020).
37	ISTAT <i>Rapporto SDGs 2020. Informazioni per l'Agenda 2030 in Italia</i> (14 maggio 2020).
38	Caritas Italiana <i>Sviluppo umano integrale. Futuro a partire dalla Laudato si</i> (20 maggio 2020).
39	Commissione Europea <i>Misure per il bilancio comunitario 2021 – 2027</i> (27 maggio 2020).
40	Corte dei Conti <i>Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica</i> (30 maggio 2020).
42	Vittorio Mapelli <i>Davvero l'Italia spende troppo poco per la sanità?</i> (4 giugno 2020).
45	ASVIS <i>Per un pacchetto di investimenti a favore dello sviluppo sostenibile: sanità</i> (28.5.2020).
48	ANCI Toscana Federsanità Toscana <i>Decreto Rilancio: testi a fronte</i> (maggio 2020).
49	Banca d'Italia <i>Relazione annuale 2019. Il reddito e la sua distribuzione</i> (29 maggio 2020).
50	Comitato Esperti <i>Iniziative per il rilancio Italia 2020 2022 – Scheda 88</i> (8 giugno 2020).
51	ISTAT - DPF - Cà Foscari - MIPA <i>Nidi e servizi educativi per l'infanzia</i> . (10 giugno 2020).
52	<i>Relazione annuale sulle convalide delle dimissioni e risoluzioni consensuali</i> (24 giugno 2020).
53	Governo <i>Misure per il sostegno e la valorizzazione della famiglia</i> (11 giugno 2020).
54	Massimo De Minicis <i>Due crisi, due welfare</i> (22 giugno 2020).
55	XIII Conferenza ESPANET Italia <i>Il welfare state di fronte alle sfide globali</i> (17-20.09.2020).



Telemaco Signorini *Bapin del Lilela*- Collezione Giacomo e Ida Jucker.



Tonioloricerche è realizzato da Gianni Saonara

Rapporto¹ 2019: in 10 punti.

1. Il progetto “Welfare, Italia. Laboratorio per le nuove politiche sociali” evolve nel Think Tank “Welfare, Italia”.

L'attuale fase storica è attraversata da grandi trasformazioni sociali, economiche e culturali. Il sistema di welfare, in quanto risultante dall'interazione tra contesto socioeconomico ed esigenze di protezione dei cittadini, è una componente chiave all'interno di questo contesto evolutivo.

2. Il sistema di welfare è un fattore distintivo europeo e all'interno dell'Europa coesistono più modelli con le loro specifiche tutele e caratteristiche.

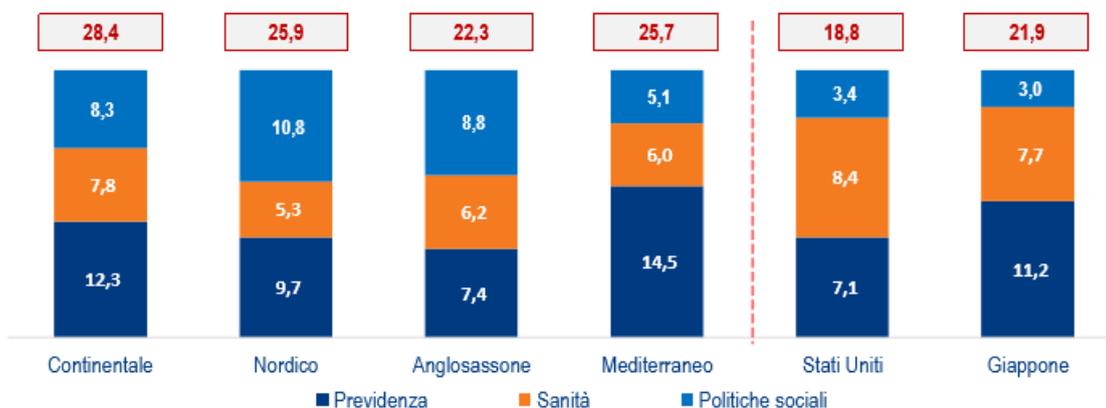


Figura I. Ripartizione della spesa in welfare nei 4 modelli europei, negli Stati Uniti e Giappone (valori in percentuale della spesa sul PIL), 2017. Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su fonti varie, 2019.

3. Il modello italiano ha una forte vocazione universale.



Figura II. Ripartizione della spesa in welfare in Italia nelle tre diverse componenti (valori in percentuale e totale in miliardi di Euro), 2017. Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Eurostat, 2019.

4. La spesa pubblica in welfare vede squilibri verso la spesa previdenziale e tra le Regioni e una forte dinamica tra insider e outsider

“Con un valore di 281,5 miliardi nel 2017, la componente pensionistica rappresenta il 57,6% del totale della spesa in welfare in Italia. In particolare, l'incidenza pari al 16,3% del PIL rende l'Italia il 1° Paese dell'Eurozona (in cui la media si attesta al 13,1%) per questa specifica voce di spesa mentre sia per la sanità che per le politiche sociali l'Italia si posiziona al di sotto della media dell'Eurozona (8,4% vs. 6,5% per la sanità e 6,9%

¹ <https://welfare-italia.com/documenti/rapporto-2019-think-tank-welfare-italia/>.

vs 5,3% per le politiche sociali). Lo squilibrio verso la componente previdenziale si abbina alle difficoltà del sistema a ripartizione di soddisfare le uscite pensionistiche con le sole entrate contributive e la necessità conseguente di fare ricorso alla fiscalità generale per finanziare il sistema. Già allo stato attuale, le entrate contributive – pari a 222,8 miliardi di euro medi nei bilanci degli ultimi 4 anni – non coprono le risorse necessarie per pagare le pensioni, generando un deficit di circa 29 miliardi di euro, che lo Stato deve finanziare attraverso trasferimenti di spesa corrente”.

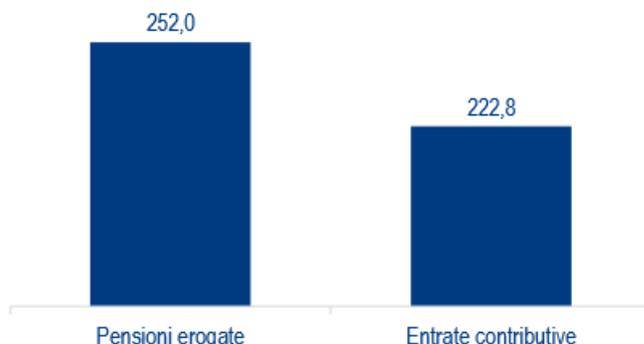


Figura III. Valore medio delle pensioni erogate e delle entrate contributive negli ultimi 4 anni (valori in miliardi di Euro), 2015-2018. Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Eurostat, 2019.

5. Il settore privato è, già oggi, un fattore fondamentale per assolvere la vocazione universale del welfare italiano.

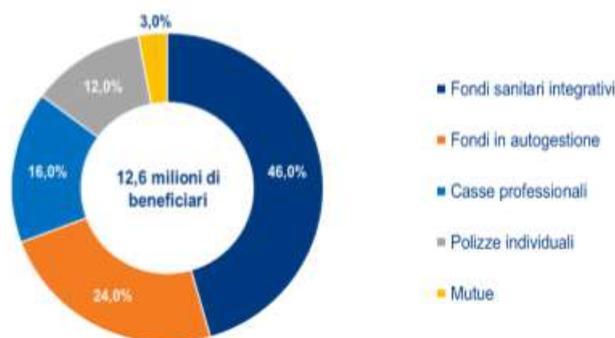


Figura IV. Beneficiari di forme di sanità integrativa in Italia (numero e valori in percentuale), 2018. Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Ministero della Salute - Anagrafe dei Fondi e UniSalute, 2019.

6. La ricalibratura del sistema di welfare italiano deve tenere conto di vincoli economici e demografici

“Il sistema di welfare evolve sulla base dei cambiamenti del sistema economico e dei bisogni di protezione di cittadini ad essi collegati.

Per quanto riguarda il sistema economico abbiamo identificato quattro driver che rappresentano veri e propri vincoli allo sviluppo del modello di welfare.

Tali driver sono costituiti da **demografia, dinamiche economiche, tecnologia e cambiamento del mercato del lavoro**. Si tratta di fattori strettamente connessi tra loro e che impattano trasversalmente i cittadini e i loro bisogni evolutivi”.



Figura V. Popolazione italiana residente per fasce di età (valori in milioni), 2018 vs. 2030^e. Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Istat, 2019.

7. Alla luce dei vincoli esistenti emergono bisogni evolutivi per 5 categorie principali di fruitori del sistema di welfare

“I driver di cambiamento influenzano e modificano, in particolare, bisogni di cinque categorie di fruitori (donne, famiglie, giovani, anziani e stranieri), generando nuove esigenze di risposta da parte del sistema di welfare”.



Figura VI. Modello concettuale di analisi dei nuovi bisogni di welfare delle cinque categorie di fruitori alla luce dei driver di cambiamento individuati. Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti, 2019.

8. L'Italia al 2050 sarà molto diversa da quella attuale.

“I trend di cambiamento legati alle sfide demografiche, alle dinamiche economiche, all’evoluzione del mercato del lavoro e, trasversalmente alle opportunità offerta da innovazione e tecnologia, portano a delineare un quadro evolutivo chiaro per il sistema Paese. L’Italia del 2050 avrà, infatti, caratteristiche molto diverse da quella attuale. Dal punto di vista demografico, ci saranno 36.000 nascite annue in meno e 2,9 milioni di anziani non autosufficienti. Il tasso di dipendenza strutturale¹ subirà un incremento di ben 27,2 punti percentuali rispetto a quello attuale. Il numero di stranieri salirà a circa 10,3 milioni (1 ogni 6 abitanti), anche se il contributo dell’immigrazione all’equilibrio demografico del Paese è ancora troppo basso e, nel tempo, si sta indebolendo. La combinazione di trend demografici e cambiamenti nel mercato del lavoro porterà nel 2050 a ben 7,4 milioni di persone in età lavorativa e 2,3 milioni di occupati in meno”.



Figura VII. Una fotografia tendenziale dell'Italia al 2050. Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti su dati Istat, OCSE e Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, 2019. (1) Lavoratori con contratti in somministrazione, partite IVA in subordinazione, contratti a collaborazione e a chiamata.

9. La visione evolutiva per il welfare italiano proposta dal Think Tank “Welfare, Italia”.

“A partire dai principi fondanti di inclusività, equità e accesso universale, un sistema di welfare moderno deve evolvere includendo anche i principi di **velocità, flessibilità e personalizzazione delle prestazioni** per creare un sistema capace di fornire risposte personalizzate a bisogni sempre più specifici e individuali dei cittadini attraverso la predisposizione di un modello integrato che metta a sistema i diversi attori (pubblici, privati e no profit, ma anche l’Unione Europea) e ne ridefinisca chiaramente i ruoli. La visione evolutiva abilita, pertanto, il passaggio da un modello di welfare passivo – in cui i cittadini si identificano solo come soggetti destinatari di prestazioni di cura – ad un altro in cui tutti diventano **soggetti attivi del welfare**.”

Tale passaggio da un sistema di welfare passivo ad uno attivo richiede un cambio di paradigma su alcuni fronti:

- l’attivazione di un processo di **auto-responsabilizzazione** degli individui;
- **la differenziazione funzionale** dei diversi attori in campo, con un ruolo dello Stato che preveda crescenti funzioni di garanzia delle prestazioni, del rispetto della privacy dei cittadini e di accesso inclusivo al sistema;

■ **l’integrazione funzionale** tra pubblico e privato e l’ottimizzazione degli attori privati oggi in campo nel sistema di welfare”.

10. Le proposte d’azione per garantire un’evoluzione del sistema di welfare nella direzione delineata

“Alla luce della visione evolutiva del sistema di welfare, il Think Tank “Welfare, Italia” ha messo a punto alcune proposte d’azione nell’ottica di supportare una ricalibratura del sistema di welfare che garantisca il carattere universale e i principi di inclusività, equità, velocità, flessibilità e personalizzazione delle prestazioni”.



Figura VIII. I quattro pilastri in cui sono ricomprese le proposte d’azione. Fonte: elaborazione The European House – Ambrosetti, 2019.

Nuove alleanze per un welfare che cambia

Quarto Rapporto sul secondo welfare in Italia

2019

a cura di

Franca Maino e Maurizio Ferrera

Introduzione Maurizio Ferrera

Parte prima – Il contesto

- 1. Un rinnovato protagonismo per stakeholder e corpi intermedi? Il secondo welfare, tra evoluzioni concettuali e sviluppi empirici.**
- 2. Attori e risorse, tra primo e secondo welfare.**
- 3. Welfare aziendale e contrattazione. Sfide e opportunità per le parti sociali.**
- 4. Il mercato del welfare aziendale. L'intermediazione e il ruolo dei provider.**
- 5. Educazione finanziaria e secondo welfare: alla ricerca di un nesso.**
- 6. Il nuovo volto della filantropia di impresa: le Fondazioni corporate in Italia.**
- 7. Dall'innovazione al cambiamento: una nuova sfida per le Fondazioni di origine bancaria.**
- 8. Contrasto alla povertà a livello locale: il Programma QuBi.**
- 9. La filiera dell'accoglienza tra buone pratiche e futuro incerto: i casi della Val Susa e del Canavese.**
- 10. Conclusioni. Grande trasformazione 2.0 e secondo welfare: un nesso possibile?**

Franca Maino e Maurizio Ferrera Introduzione 293

10.1. Cosa emerge dalle analisi empiriche 294 10.2. Guardando al futuro 297.

²  <https://www.secondowelfare.it/rapporti> (pubblicato il 26 novembre 2019). Disponibile anche per i tipi di Giappichelli Editore.  Per approfondire utile leggere il IX Rapporto sull' *Impegno sociale delle aziende in Italia*, presentato il 24 giugno 2020. Si legge in <https://www.osservatoriosocialis.it/>.

INVITO

LE FONDAZIONI D'IMPRESA IN ITALIA: I RISULTATI DELLA RICERCA

MERCOLEDÌ 18 SETTEMBRE 2019

ore 14.30-17.00

**Auditorium Assolombarda
via Pantano 9, Milano**

ISCRIVITI QUI

Apertura dei lavori

Diana Bracco, Presidente, Fondazione Bracco

Adriana Spazzoli, Presidente, Fondazione Sodalitas

Il contributo delle fondazioni d'impresa al bene comune, in una prospettiva di economia circolare e civile

Antonio Calabrò, Vice Presidente Assolombarda

Le fondazioni d'impresa in Italia: la ricerca

Presentazione dei risultati

Franca Maino, Direttrice, Laboratorio Percorsi di secondo welfare

Ne discutono:

Gaela Bernini, Segretaria Generale, Fondazione Bracco

Enrico Lironi, Consigliere, Fondazione Cariplo

Dario Manigrasso, Vice Direttore Generale, Fondazione Snam

Marisa Parmigiani, Consigliera Delegata e Direttrice, Fondazione Unipolis

Simona Torre, Segretaria Generale, Fondazione Italiana Accenture

Le fondazioni d'impresa alla prova dell'impatto sociale

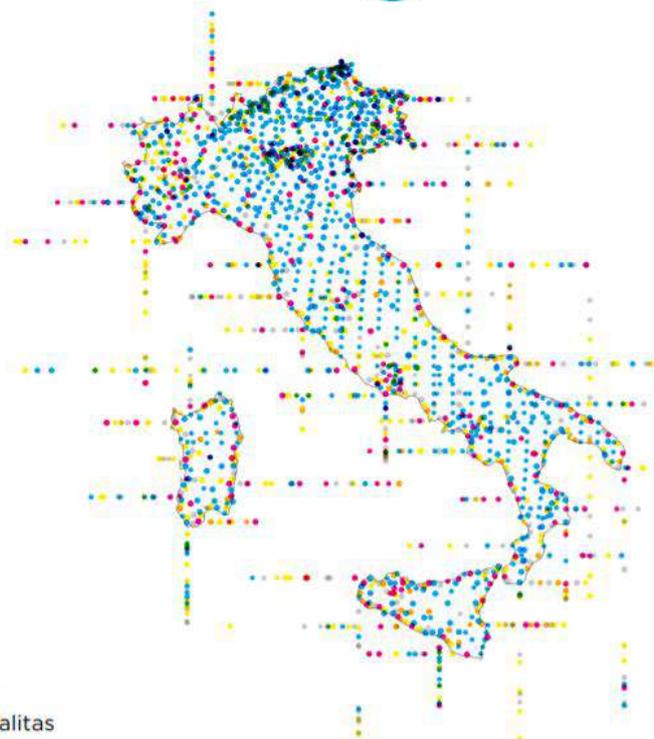
Mario Calderini, Ordinario di strategia e social innovation, Politecnico di Milano School of Management

Prospettive di sviluppo delle fondazioni d'impresa: quale percorso futuro?

Alessandro Beda, Consigliere Delegato, Fondazione Sodalitas

Modera: **Elisabetta Soglio**, Responsabile Corriere della Sera-Buone Notizie

in collaborazione con



3° Rapporto sul welfare aziendale³

Tab. 1 – Contratti aziendali e territoriali attivi che prevedono misure di welfare aziendale, 2018-2019 (v.a., val. %, diff. %)

	2019		Diff. % 2018-2019
	v.a.	% sul totale	
Contratti con welfare aziendale	9.121	52,7	+6,6
Totale contratti attivi	17.300	100,0	-

*il periodo di riferimento è novembre 2018-novembre 2019

Fonte: elaborazione Censis su dati Ministero del Lavoro

Tab. 2 – Opinione dei lavoratori sulla possibilità di optare tra aumenti retributivi o prestazioni di welfare, per ruolo svolto in azienda (val. %, diff. %)

<i>Se avesse diritto ad un aumento retributivo e/o a un premio per la produttività e Le venisse offerto sotto forma di una o più prestazioni di welfare Lei sarebbe?</i>	Dirigenti	Impiegati	Operai	Totale	Diff. % totale 2019-2020
Favorevole	57,1	57,8	42,9	54,5	-14,2
Contrario	28,6	22,0	25,0	23,2	+1,9
Non saprei	14,3	20,1	32,1	22,4	+12,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	-

Fonte: indagini Censis 2019-2020

³ <https://www.censis.it/lavoro/3%C2%B0-rapporto-censis-eudaimon-sul-welfare-aziendale> (5 febbraio 2020).

Tab. 13 – Il punto di vista delle aziende sull'importanza di conservare e/o potenziare il welfare aziendale nel futuro (val. %)

<i>Quanto è importante per Lei conservare e/o potenziare i servizi, le tutele e le opportunità del welfare aziendale nel futuro della sua azienda?</i>	<i>%</i>
Molto e abbastanza di cui	94,9
– Molto	51,3
– Abbastanza	43,6
Poco e per niente di cui	5,1
– Poco	5,1
– Per niente	-
Totale	100,0

Fonte: indagine Censis-Eudaimon 2020

Tab. 18 – Opinione dei lavoratori sul ruolo del welfare aziendale nel futuro delle aziende in cui lavorano, per ruolo svolto in azienda (val. %)

<i>Secondo Lei, nei prossimi anni nell'azienda in cui lavora:</i>	<i>Dirigenti</i>	<i>Impiegati</i>	<i>Operai</i>	Totale
Il welfare aziendale contribuirà a migliorare la qualità della sua vita in azienda, il clima aziendale e la soddisfazione dei lavoratori	64,3	56,2	45,2	54,4

Fonte: indagine Censis 2020

Tab. 16 – Opinione dei lavoratori su come cambieranno nel futuro reddito e protezioni, per ruolo svolto in azienda (val. %)

<i>Secondo Lei, nei prossimi anni nell'azienda in cui lavora:</i>	<i>Dirigenti</i>	<i>Impiegati</i>	<i>Operai</i>	Totale
Si finirà per guadagnare meno	53,6	57,3	63,1	58,3
Si avranno meno tutele, garanzie, protezioni	53,6	49,1	52,4	50,1

Fonte: indagine Censis 2020

Fostering access to services to support people to move out of poverty

Report on poverty and inequalities in Europe

Novembre 2019 / febbraio 2020⁴

“Caritas Europa promuove e coordina ogni due anni la predisposizione di un Rapporto sulla povertà nel continente europeo, denominato “Cares Report”, basato sulla analisi trasversale dei risultati presentati nei report dei singoli paesi aderenti.

Il **report 2019**, pubblicato a febbraio 2020 ha visto il coinvolgimento di 16 paesi, tra i quali l'Italia. Il tema specifico di approfondimento dell'edizione 2019 del Rapporto è stato “**L'accesso ai servizi**”, con particolare riguardo alle difficoltà incontrate dalle persone vulnerabili che usufruiscono dei servizi Caritas. Nel caso del nostro paese, il rapporto di Caritas Italiana si sofferma sui seguenti 5 ambiti:

- servizi pubblici di orientamento e accesso al mercato del lavoro;
- servizi per la casa e politiche abitative;
- servizi di educazione e cura per la prima infanzia (0-3 anni);
- servizi socioassistenziali generali;
- politiche educative per giovani e adulti (long life learning).

Ogni tipo di servizio è stato valutato in riferimento a 4 indicatori di qualità: **adeguatezza** (servizi di buona qualità, che soddisfano i bisogni dell'utente), **accessibilità** (il servizio può essere raggiunto o ottenuto facilmente ed è facile da capire e da usare), **disponibilità** (il servizio esiste realmente ed è disponibile per chi ne ha bisogno) e **sostenibilità economica** (le prestazioni sono erogate ad un costo accessibile alla maggioranza della popolazione). La valutazione finale è calcolata su una scala che va da un minimo di 1 (corrispondente ad una situazione in cui i servizi forniti, nel loro complesso, appaiono completamente inadeguati, inaccessibili, non disponibili ed eccessivamente cari), ad un massimo di 5 (valori di massima accessibilità in tutti e quattro gli indicatori).

La situazione italiana

In senso complessivo, e tenuto conto dei voti assegnati, nel nostro paese la dimensione dell'**adeguatezza** dei servizi pubblici sembra essere il problema principale tra i servizi analizzati (2.2 punti su 5).

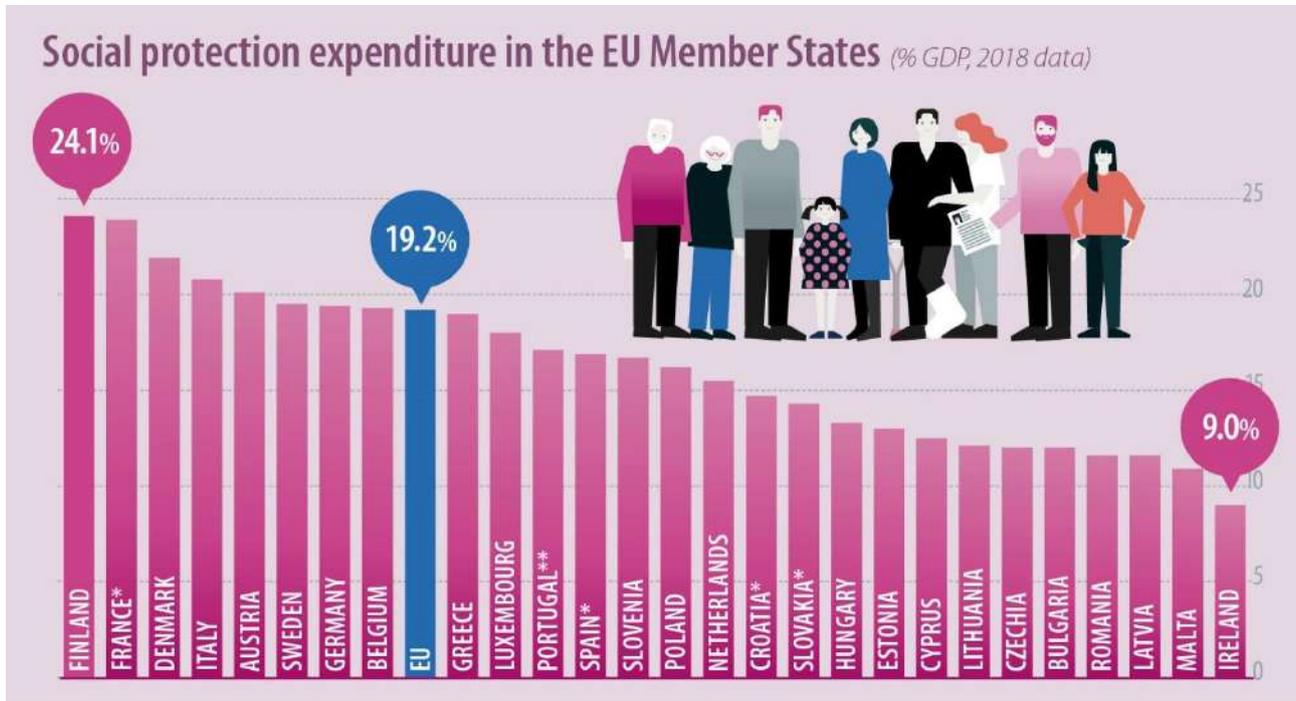
L'**accessibilità economica** (3.6 su 5) risulta invece essere l'aspetto meno problematico.

In sintesi, ci troviamo di fronte a servizi pubblici abbastanza accessibili dal punto di vista economico, ma poco efficaci nel raggiungere gli obiettivi prefissati. Tali aspetti risultano comunque altamente differenziati quando si entra nei dettagli di ciascun servizio. Ad esempio, i servizi per la casa risultano accessibili a costi bassi e sono abbastanza diffusi nel territorio, ma appaiono del tutto inadeguati rispetto all'obiettivo finale (trovare un'abitazione a lungo termine).

Al contrario, i servizi sociali e educativi, che registrano valori più elevati nella dimensione dell'efficacia, appaiono invece deboli sotto il punto di vista della disponibilità e della sostenibilità economica”.

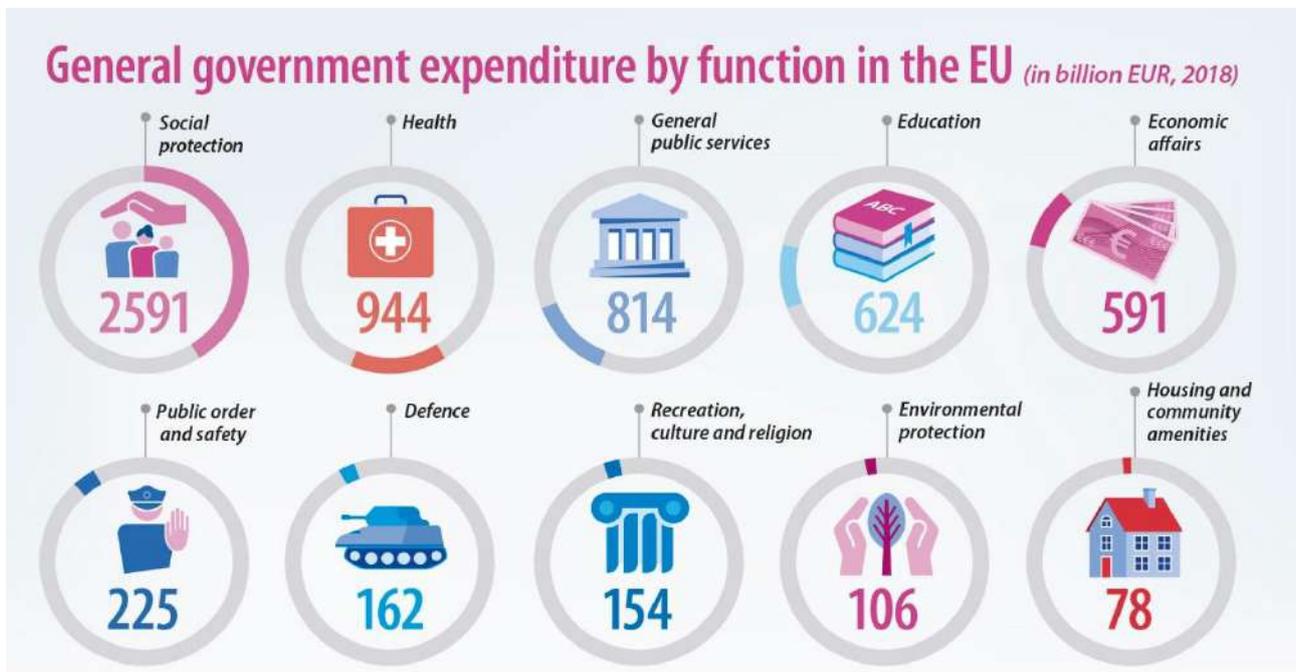
⁴  https://www.caritas.eu/wordpress/wp-content/uploads/2020/02/Caritas_Cares_Europe_FINAL. Si rilegge qui parte del commento al Report proposto da Walter Nanni il 30 marzo 2020. Testo completo: <https://welforum.it/>.

Spesa politiche sociali nei 27 Paesi dell'Unione Europea⁵



* Provisional data ** Estimated data

ec.europa.eu/eurostat 



ec.europa.eu/eurostat 

⁵ <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/> (febbraio 2020).



Terza sessione – Il Welfare⁶

L'economia fondamentale

Il benessere dei cittadini d'Europa dipende non tanto dai consumi individuali, quanto dal consumo sociale di beni e servizi essenziali, ovvero dallo stato di salute dell'*economia fondamentale*.

Una questione di *social balance*: a differenza dei beni di consumo privato, beni di pubblico accesso come le scuole, gli ospedali e le biblioteche sono meno soggetti «ai capricci del processo di creazione dei bisogni e dei relativi debiti» (Galbraith 1958).

ECONOMIA FONDAMENTALE MATERIALE

Distribuzione dell'acqua
Distribuzione del gas e dell'energia
Poste e telecomunicazioni
Trattamento dei rifiuti
Trasporti pubblici
Edilizia residenziale
Reti stradali

ECONOMIA FONDAMENTALE PROVVIDENZIALE

Istruzione
Sanità
Servizi di cura
Amministrazione pubblica
Sicurezza

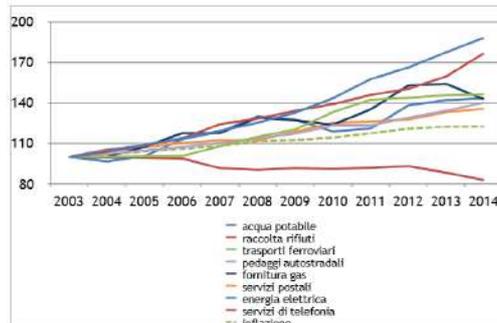
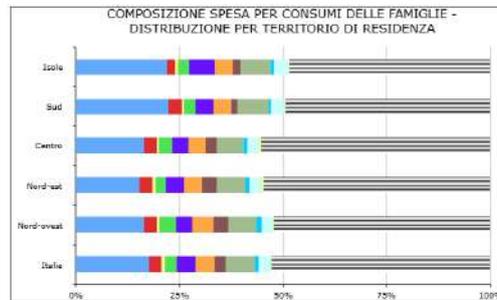
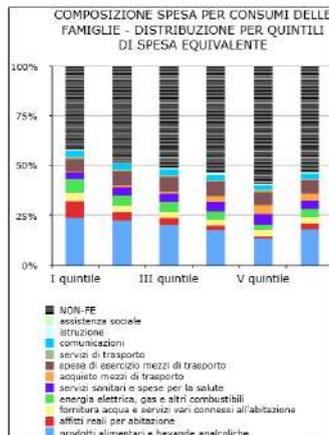
**COLLETTIVO PER
L'ECONOMIA FONDAMENTALE**
**ECONOMIA
FONDAMENTALE**
L'INFRASTRUTTURA DELLA VITA QUOTIDIANA



È come fondamentale, il benessere
dei cittadini dipende dallo stato dell'economia
fondamentale: scuole, ospedali,
e così via. La regola degli effetti qui,
ha fatto comunemente.

Nell'insieme, l'ambito materiale e quello provvidenziale individuano il quadro di bisogni che occorre soddisfare per garantire che ogni vita possa essere vissuta al massimo del suo potenziale.

L'economia fondamentale è perequativa (ma può generare sperequazioni)



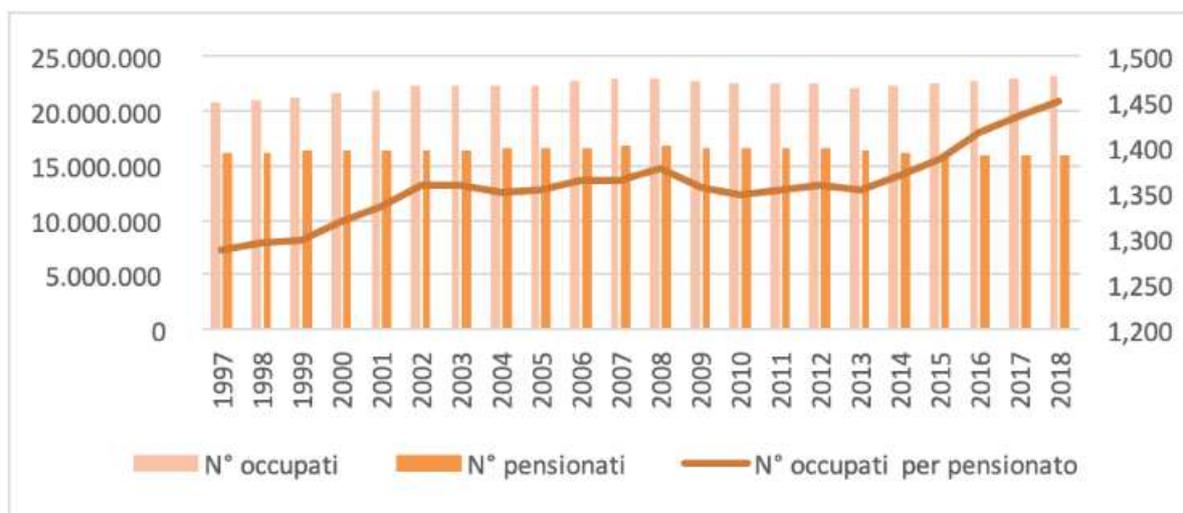
⁶ I preziosi materiali di documentazione su questa due giorni di studio sono stati pubblicati nella newsletter n.43 del 9 aprile 2020. Si trovano in <https://www.urbanit.it/newsletter/>. Le slide in pagina sono di Angelo Salento, quelle a pagina 14 sono di Carolina Pacchi e Costanzo Ranci *Disuguaglianze nell'accesso alla scuola e azioni possibili* e di Lucina Caravaggi e Antonio Longo *Parchi e reti ambientali tra benessere sociale e valorizzazione immobiliare*.

Così si assiste...alla crisi del welfare⁷

“Continua ad aumentare il numero degli occupati (23.215.000 a fine 2018), mentre decresce rispetto al 2017 quello dei pensionati (16.004.503, il più basso degli ultimi 22 anni): [il rapporto attivi/pensionati si assesta dunque per il 2018 a quota 1,4505](#), anche in questo caso miglior risultato degli ultimi 22 anni e soprattutto valore molto prossimo a quell’1,5 che potrebbe garantire la sostenibilità di medio e lungo periodo del sistema. Il tutto mentre l’andamento della spesa per prestazioni di natura previdenziale si conferma tutto sommato sotto controllo: nel 2018, ha raggiunto i 225,593 miliardi (contro i 220,843 del 2017); l’incidenza sul PIL è pari al 12,86% (l’11,72% al netto dell’assistenza), mentre l’aumento medio annuo dal 2010 risulta inferiore all’1,3%, dunque sostanzialmente in linea con il tasso di inflazione.

È quindi un quadro che non lascia spazio ad allarmismi, almeno per quanto riguarda la spesa pensionistica pura, [quello tracciato dal Settimo Rapporto “Il Bilancio del Sistema Previdenziale italiano. Andamenti finanziari e demografici delle pensioni e dell’assistenza per l’anno 2018”](#), pubblicazione curata dal Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali e presentata ieri alla Camera dei Deputati.

Figura 1 - Numero di occupati, pensionati e rapporto occupati/pensionati



Fonte: Settimo Rapporto sul Bilancio del Sistema Previdenziale italiano a cura del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali

Se la spesa pensionistica non preoccupa, è ancora una volta la spesa per assistenza a confermarsi il vero punto debole del sistema di protezione sociale italiano. Nel 2018, l’insieme delle sole prestazioni assistenziali (prestazioni per invalidi civili, indennità di accompagnamento, pensioni e assegni sociali e pensioni di guerra) totalmente a carico della fiscalità generale ha riguardato 4.121.039 soggetti, 38.163 in più rispetto allo scorso anno, per un costo complessivo di 22,350 miliardi, importo in costante aumento nel corso degli ultimi 8 anni. E benché le altre prestazioni assistenziali (integrazioni al minimo, maggiorazioni sociali e importo aggiuntivo) si riducano, con la sola eccezione della quattordicesima mensilità, i beneficiari di prestazioni totalmente o parzialmente assistite sono 7.889.693, vale a dire il 49,3% dei pensionati totali.

⁷ <https://www.ilpuntopensionielavoro.it/> . Il testo – di Giovanni Gazzoli e Mara Guarino – è stato pubblicato il 12 febbraio 2020 ed è organizzato in riferimento alla presentazione del Settimo Rapporto sul Bilancio del Sistema Previdenziale italiano curato dal Centro Studi e Ricerche *Itinerari Previdenziali*. Il 7° Rapporto si legge in: <https://www.itinerariprevidenziali.it/>.

Tabella 1 – Il numero delle prestazioni assistenziali

	2014	2015	2016	2017	2018
Numero di prestazioni assistenziali	3.694.183	4.040.626	4.104.413	4.082.876	4.121.039
Altre prestazioni assistenziali	4.467.266	4.265.233	4.101.043	3.941.059	4.165.748
di cui integrazioni al minimo	3.469.254	3.318.021	3.181.525	3.038.113	2.909.366
Totale pensioni assistite	8.431.449	8.305.859	8.205.456	8.023.935	8.286.787
in % sul totale pensionati	51,86%	51,34%	51,08%	50,02%	51,78%
Totale pensioni in pagamento	16.259.491	16.179.377	16.064.508	16.041.852	16.004.503
*Per il 2018 le altre prestazioni assistenziali comprendono: le integrazioni al minimo, le maggiorazioni sociali e l'importo aggiuntivo; non considerano 3.226.965 prestazioni di 14 ^a mensilità erogate solo ai pensionati assistiti. **Il numero di pensionati totalmente assistiti è pari a 4.121.039 cui occorre però sottrarre le duplicazioni relative a coloro che percepiscono contemporaneamente la pensione di invalidità e l'Indennità di accompagnamento che sono 397.094; sommando quindi i titolari di sola pensione di invalidità 582.730, quelli con la sola indennità 1.764.164 e i 397.094 percettori di entrambe le prestazioni si arriva a un totale di 2.743.988. A questi vanno sommati i percettori di pensioni e assegni sociali e le pensioni di guerra per un totale di 3.723.945 totalmente assistiti.					

Fonte: Settimo Rapporto sul Bilancio del Sistema Previdenziale italiano a cura del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali

Sono tre in particolare i rapporti che danno l'idea dell'incidenza del *welfare* sulla vita economica del Paese: quello sul PIL, che supera il 26%; quello sul totale delle entrate contributive e fiscali, arrivato al 56,62%; e quello sulla spesa totale, che si attesta al 54,14%: in buona sostanza, al *welfare* è destinato un quarto di quanto si produce o più della metà sia di quanto si incassa sia di quanto si spende in totale.

Tabella 2 – La spesa a carico della fiscalità generale

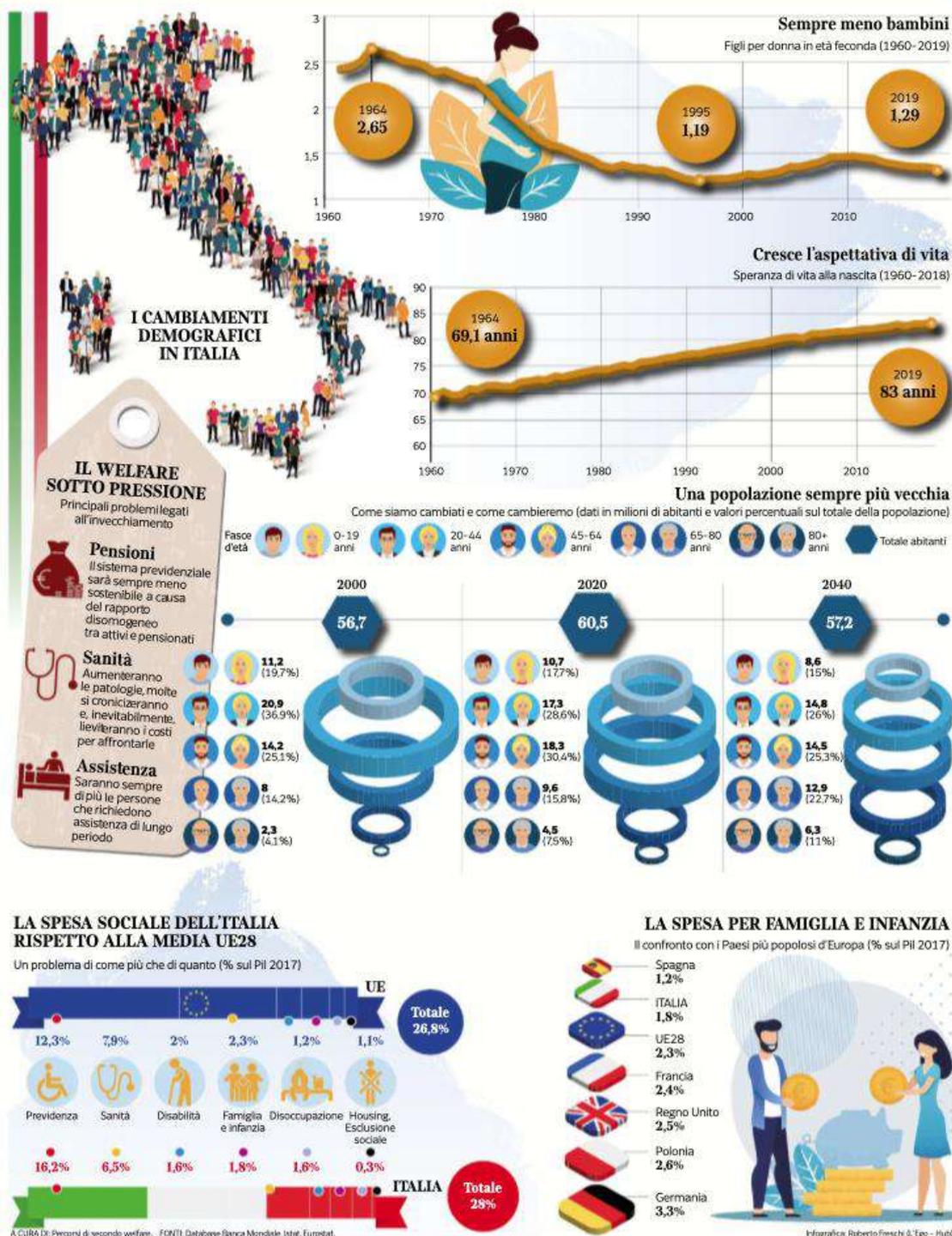
	2014	2015	2016	2017	2018
Quota GIAS (tabella 1a)	33.356,00	36.045,00	35.228,00	35.582,00	35.824,10
Quota GIAS gestioni ex Inpdap (tabella 1a nota 3)	7.553,00	9.169,60	8.967,25	9.613,18	9.355,25
Prestazioni assistenziali (1)	23.233,00	23.532,00	24.022,40	25.133,80	25.312,90
Pensionamenti anticipati, esodati e varie	3.312,00	3.426,00	2.753,35	2.370,11	2.245,75
Totale interventi per oneri pensionistici/assistenziali	67.454,00	72.172,60	70.971,00	72.699,09	72.738,00
Sgravi e altre agevolazioni contributive a sostegno gestioni, a carico GIAS, + interventi diversi	16.087,00	18.052,00	22.603,00	23.315,91	19.424,00
Oneri per il mantenimento del salario per inoccupazione a carico GIAS	10.387,00	8.794,00	8.695,00	8.067,00	7.129,00
Oneri a sostegno della famiglia	3.856,00	4.033,00	4.502,00	5.485,00	5.835,00
Prestazioni economiche derivanti da riduzioni di oneri previdenziali (ex tbc)	656,00	622,00	603	583	540
Totale a carico della fiscalità generale	98.440,00	103.673,60	107.374,00	110.150,00	105.666,00
Incidenza della spesa assistenziale su quella pensionistica pura (al netto delle imposte)	56,8%	59,89%	63,64	65,19	67,96
Spesa pensionistica netto tasse ma al lordo GIAS pubblici e integrazioni al minimo (per memoria)	173.207,00	173.113,00	168.731,00	168.957,00	174.093,00
Contributo dello Stato per gestione statali	10.800,00	10.800,00	10.800,00	10.800,00	10.800,00

(1) il dato comprende le invalidità civili, indennità accompagnamento, pensioni e assegni sociali, pensioni di guerra, maggiorazioni sociali, quattordicesima e importo aggiuntivo; sono escluse le integrazioni al minimo perché sono pagate dalle singole gestioni interessate, anche se rfinanziate in parte dalla GIAS

Fonte: Settimo Rapporto sul Bilancio del Sistema Previdenziale italiano a cura del Centro Studi e Ricerche Itinerari Previdenziali

Altro punto critico da rimarcare è poi quello del finanziamento di questo sistema di *welfare*, tanto generoso quanto vulnerabile: per la spesa per previdenza, sanità e assistenza nel 2018 sono stati necessari 462,114 miliardi, vale a dire che si è dovuto attingere a tutti i contributi sociali e di scopo quando previsti, a tutta l'IRPEF (finanziata peraltro in parte dagli stessi pensionati), tutta l'IREs, tutta l'IRAP e quasi tutta l'ISOS".

Natalità e welfare: è il momento di agire⁸



^{8 8} L'infografica è di Roberto Freschi. È stata proposta dall'inserto *Buone notizie* del Corriere della Sera del 17 marzo 2020. Qui è ripresa dall'articolo di Paolo Riva *Natalità e welfare: è il momento di agire* in <https://www.secondowelfare.it/> (21 marzo 2020).



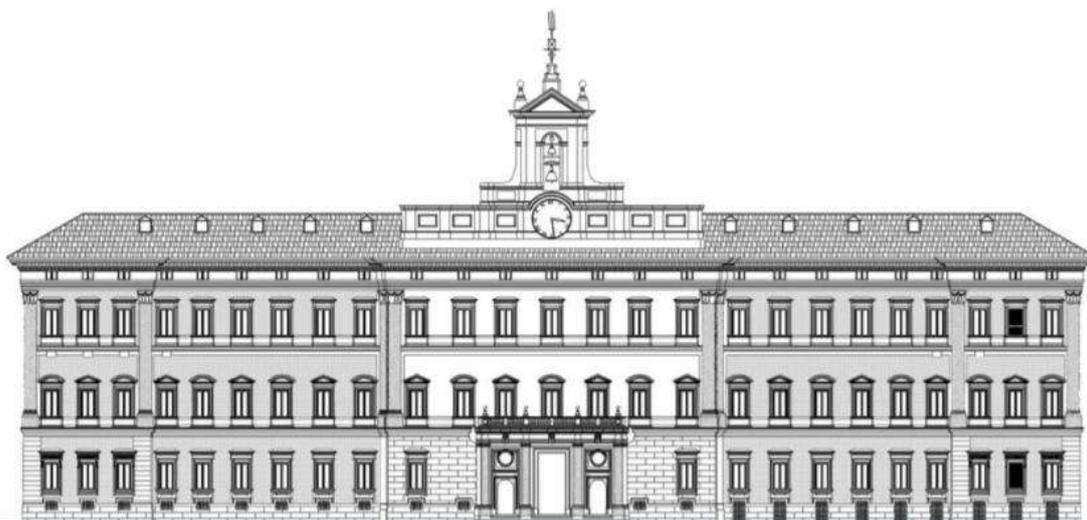
Atto⁹ Camera 687



Camera dei deputati

XVIII LEGISLATURA

Documentazione per l'esame di
Progetti di legge



Delega al Governo per riordinare e potenziare le
misure a sostegno dei figli a carico attraverso
l'assegno unico e la dote unica per i servizi

A.C. 687

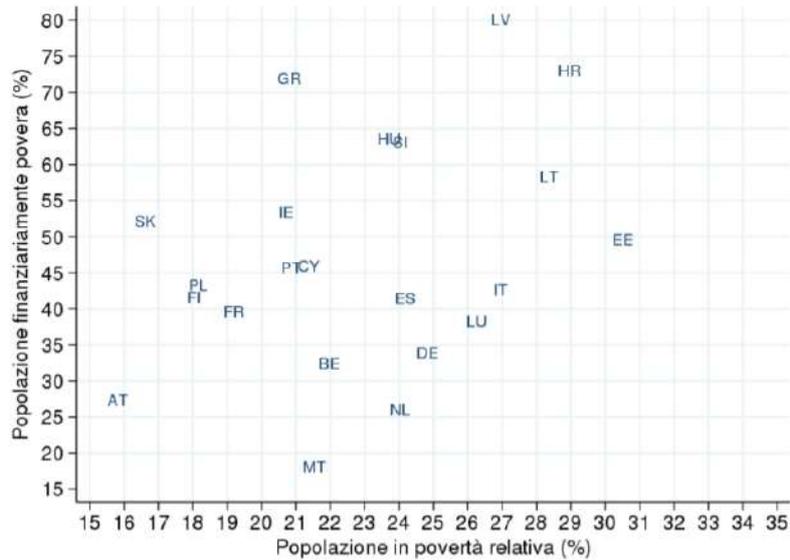
Schede di lettura

n. 173

⁹ **Proposta di legge:** DELRIO ed altri: "Delega al Governo per riordinare e potenziare le misure a sostegno dei figli a carico attraverso l'assegno unico e la dote unica per i servizi" (687). <https://documenti.camera.it/> La XII commissione sta lavorando su questo testo e sui testi a prima firma Gelmini (Atto Camera 2155) e Locatelli (Atto Camera 2249). Sulla notevole complessità delle misure a sostegno della famiglia e i fondi per le politiche sociali si veda qui l'indice a pagina 34.

Le condizioni finanziarie delle famiglie europee di fronte alla pandemia¹⁰

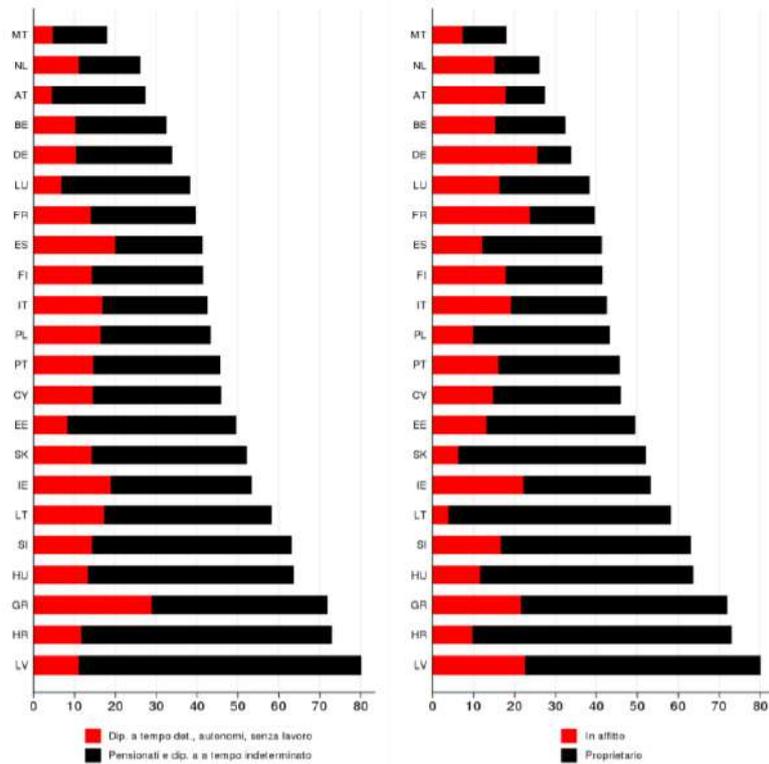
Figura 1: Povertà di reddito e povertà finanziaria
(valori percentuali; quote della popolazione residente)



Fonte: Elaborazioni su HFCS, UDB 3.0 (per la Spagna, UDB 2.4).

Note: Povertà relativa: reddito equivalente lordo inferiore al 60% di quello mediano; povertà finanziaria: attività finanziarie equivalenti inferiori a un quarto della soglia di povertà relativa.

Figura 2: Composizione della popolazione in povertà finanziaria.
(valori percentuali; quote della popolazione)



¹⁰ https://www.bancaditalia.it/media/notizie/2020/AssetBasedPovertyEU_Finale.pdf (2aprile 2020)

“**La figura 1** riporta, per ogni paese della UE, la quota di popolazione che vive in famiglie a rischio di povertà (reddito insufficiente) e quella in famiglie finanziariamente povere (ricchezza finanziaria insufficiente).

Le differenze tra paesi sono considerevoli. Mentre la quota di popolazione in povertà di reddito è compresa tra il 15 e il 30 per cento², l'incidenza della povertà finanziaria, sebbene correlata positivamente con quella del rischio di povertà, varia in misura molto più marcata, interessando tra il 15 e l'80 per cento delle popolazioni nazionali.

In Italia e in Spagna, i paesi europei al momento più colpiti dal contagio, poco più del 40 per cento della popolazione risulta finanziariamente povera; in Francia e in Germania, dove pure sono state adottate misure fortemente restrittive, sono finanziariamente povere circa il 40 e il 33 per cento della popolazione.

Le famiglie in povertà finanziaria secondo le metriche illustrate traggono però il loro reddito da fonti diversamente esposte alle misure di contenimento.

Ad esempio, i redditi da trasferimenti, come le pensioni, sono senz'altro isolati dalle ricadute occupazionali¹¹; per contro, i lavoratori autonomi sono presumibilmente più esposti di quelli alle dipendenze perché difficilmente hanno accesso a strumenti assicurativi contro la mancanza di lavoro; tra i lavoratori alle dipendenze è infine presumibile che quelli con contratti a termine faticino di più a raggiungere i requisiti minimi per l'accesso ai sussidi di disoccupazione. Allo stesso modo, è presumibile che nell'immediato, a parità di risorse economiche, le pressioni finanziarie siano maggiori per le famiglie che non possiedono l'abitazione di residenza.

La figura 2 pertanto scompone la quota di popolazione in povertà finanziaria in base a queste due dimensioni di vulnerabilità.

Nel riquadro di sinistra la quota di popolazione in famiglie finanziariamente povere è suddivisa in due categorie in base alla rischiosità del reddito del principale percettore (da un lato, pensionati e dipendenti a tempo indeterminato e, dall'altro, dipendenti a tempo determinato, lavoratori autonomi e non occupati); nel riquadro di destra è invece suddivisa in coloro che vivono in affitto e in chi possiede l'abitazione di residenza.

In Spagna un quinto della popolazione vive in famiglie finanziariamente povere il cui principale percettore trae il suo reddito da impieghi più a rischio (lavoro dipendente a tempo determinato, autonomo) o è prevalentemente senza lavoro; in Italia e in Francia tale quota è pari al 17 e al 14 per cento, e scende a un decimo in Germania. La diversa esposizione a rischi di reddito delle famiglie finanziariamente povere nei paesi europei al momento più colpiti dal contagio è però compensata dal diverso grado di vulnerabilità connesso con l'ottenimento di servizi abitativi.

In Germania e in Francia un quarto della popolazione è finanziariamente povero e vive in una casa in affitto; in Italia è in questa condizione poco meno di un quinto della popolazione e in Spagna poco più di un decimo.

Le famiglie appartenenti ai gruppi appena introdotti, pur caratterizzate per motivi diversi da maggiore e minore vulnerabilità, dispongono potenzialmente di molteplici fonti di reddito.

Ad esempio, se oltre al reddito da lavoro autonomo del maggior percettore la famiglia dispone di un reddito da lavoro dipendente a tempo indeterminato o da pensione, la caduta del reddito familiare potenzialmente derivante dalle ripercussioni delle misure di contenimento è minore di quella che essa registrerebbe se anche l'altro percettore derivasse reddito da lavoro autonomo.

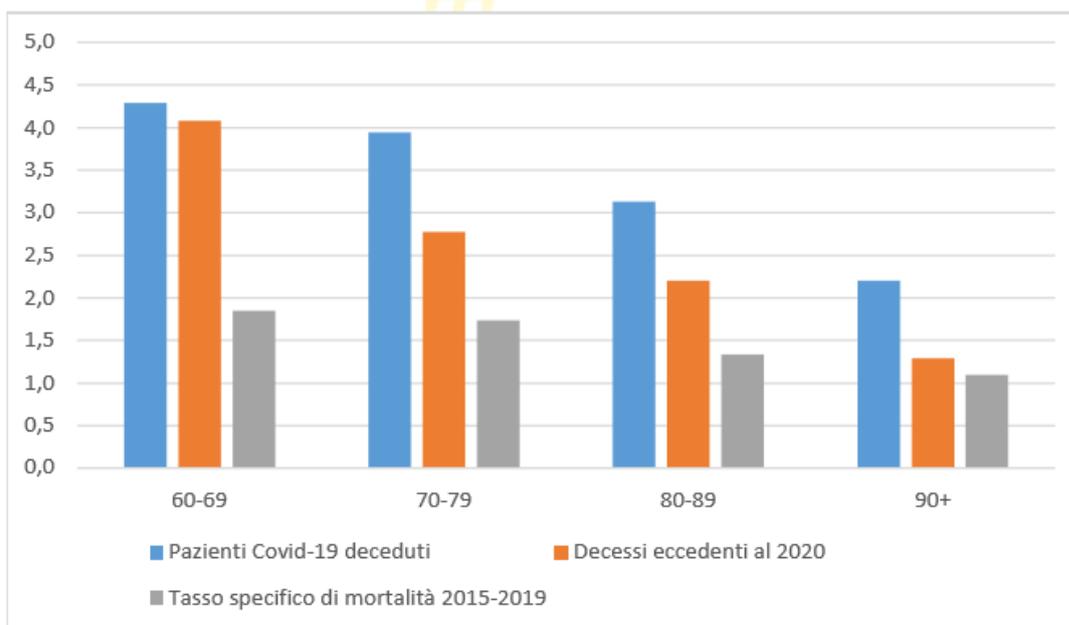
In Francia, Germania e Spagna oltre un decimo del reddito familiare delle famiglie finanziariamente povere il cui principale percettore ha un reddito non a rischio deriva da attività particolarmente esposte alle misure di contenimento (il 15 in Francia, il 13 in Germania, l'11 per cento in Spagna); in Italia la quota è pari a un ventesimo.

Allo stesso tempo, in Francia e in Germania il 90 e l'85 per cento del reddito familiare dei nuclei finanziariamente poveri il cui principale percettore è esposto alle ricadute delle misure di contenimento deriva da attività, sue o di altri membri, altrettanto esposte a tali ricadute; in Italia e in Spagna la quota è molto più bassa, pari al 70 e al 67 per cento, rispettivamente”.

¹¹ Sull'argomento: <http://www.consulentidellavoro.it/home/storico-articoli/12469-covid-19-bilanci-familiari-a-rischio-per-3-7-milioni-di-lavoratori> (Report del 17 aprile 2020).

La diversa¹² vulnerabilità degli italiani di fronte al Covid-19

Fig. 1. Rapporto tra il tasso di mortalità maschile e il tasso di mortalità femminile tra (1) i pazienti deceduti positivi a Covid-19 (in azzurro), (2) i decessi eccedenti nel 2020 rispetto al quinquennio 2015-2019 (in arancione), (3) la popolazione generale in periodi ordinari (in grigio); Italia, 21 febbraio - 28 marzo



Numero di comuni considerati nell'indicatore relativo ai decessi eccedenti nel 2020: 1.450, pari a una popolazione di 17 mln.

Tab. 3. Pazienti positivi Covid-19 deceduti per 100 mila abitanti e decessi tra il 21 febbraio e il 28 marzo 2020 eccedenti rispetto alla media dello stesso periodo 2015-2019 per 100 mila abitanti con le stesse caratteristiche

	Pazienti positivi Covid-19 deceduti			Decessi 2020 eccedenti rispetto a quinquennio 2015-2019		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
0-50	0,37	0,13	0,50	0,29	0,08	0,19
50-59	4,15	1,09	5,31	5,86	2,11	3,94
60-69	17,26	4,02	21,67	21,71	5,32	13,17
70-79	67,69	17,15	88,12	94,92	34,24	61,99
80-89	129,52	41,40	193,56	286,31	129,78	191,24
90+	130,42	59,09	290,45	586,45	454,67	490,29
Totale	16,29	6,49	23,14	30,27	21,95	26,00

Numero di comuni considerati nell'indicatore relativo ai decessi eccedenti nel 2020: 1.450, pari a una popolazione di 17 mln. Per il calcolo dei tassi, v. la nota 6.

¹² <https://www.cattaneo.org/> (11 aprile 2020).

Tab. 1. *Persone che vivono da sole per sesso ed età per 100 persone con le stesse caratteristiche; Italia, 2019*

	Uomini	Donne	Totale
Meno di 45 anni	32,8	14,0	22,1
45-64	37,2	25,7	30,6
65 anni e più	29,9	60,3	47,3

Fonte: dati.istat.it



Tab. 2. *Ospiti dei presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari, % di donne sul totale degli ospiti; Italia, 2016*

Territorio	Percentuale di donne	Totale Ospiti
Piemonte	73,6	41.172
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	70,4	985
Liguria	74,8	12.287
Lombardia	77,1	65.907
Trentino Alto Adige / Südtirol	72,0	9.265
Provincia Autonoma Bolzano / Bozen	70,7	4.184
Provincia Autonoma Trento	73,1	5.081
Veneto	75,9	33.382
Friuli-Venezia Giulia	73,8	10.257
Emilia-Romagna	72,3	26.784
Toscana	74,4	15.527
Umbria	73,6	3.107
Marche	75,4	9.452
Lazio	74,6	13.855
Abruzzo	71,1	4.416
Molise	66,8	1.254
Campania	70,3	5.459
Puglia	72,0	9.139
Basilicata	65,7	1.960
Calabria	67,2	3.699
Sicilia	67,8	11.657
Sardegna	68,9	5.705
Nord-ovest	75,6	120.350
Nord-est	74,0	79.688
Centro	74,6	41.941
Sud	70,1	25.927
Isole	68,1	17.362
Italia	74,1	285.268

Fonte: dati.istat.it

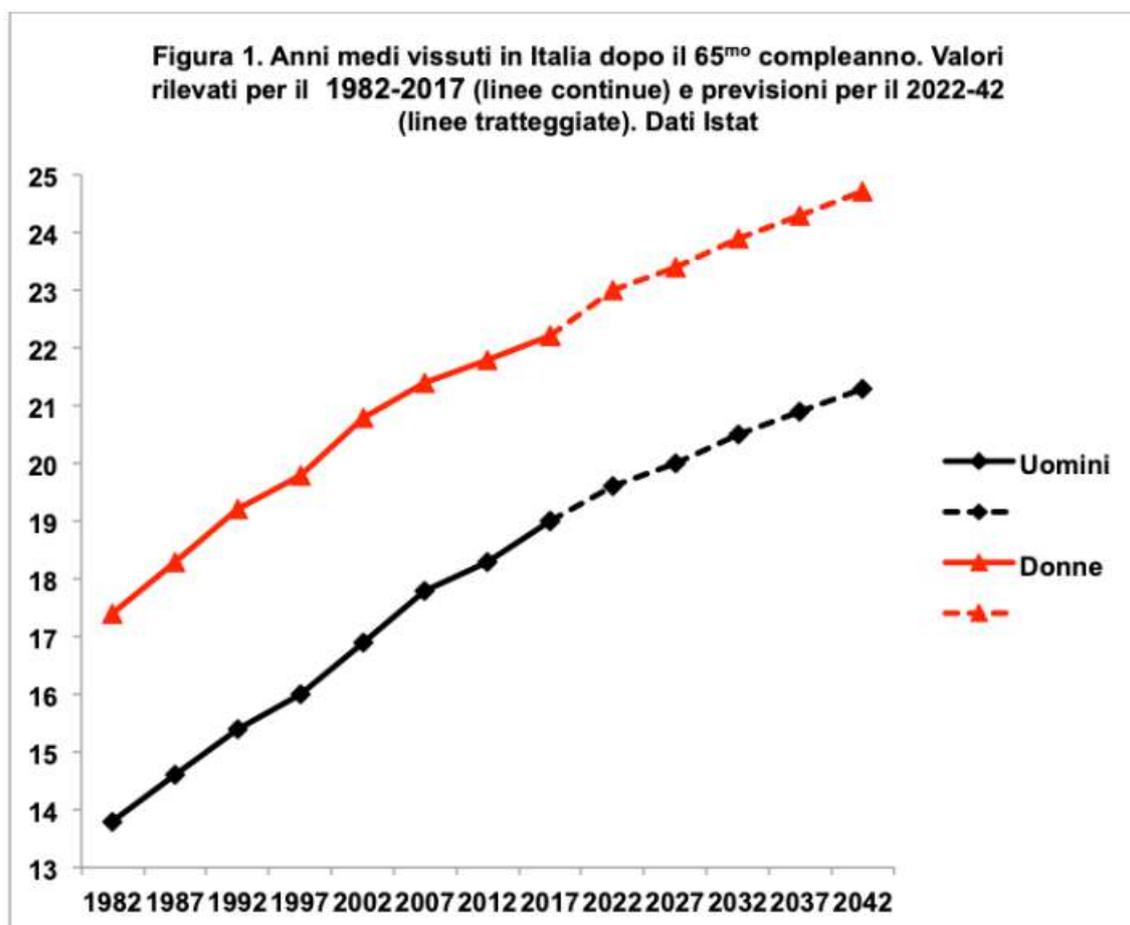


La tabella 2 mostra che le donne sono presenti tra gli ospiti con oltre 65 anni nelle residenze socioassistenziali e sociosanitarie per anziani in proporzione di gran lunga superiore a quella in cui sono presenti gli uomini.

Anche in questo caso, quindi, la probabilità di morire¹³ per Covid-19, come per qualsiasi altra causa, in una RSA anziché in ospedale è altrettanto verosimilmente più alta tra le donne che tra gli uomini”.

¹³ Su questo si veda il Report finale realizzato dall'Istituto Superiore di Sanità *Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie*, presentato il 17 giugno 2020. Si legge in <https://www.iss.it/>.

Non da soli. Le nuove famiglie¹⁴ degli anziani italiani. 2002 – 2042



Fonte: demo.istat.it.

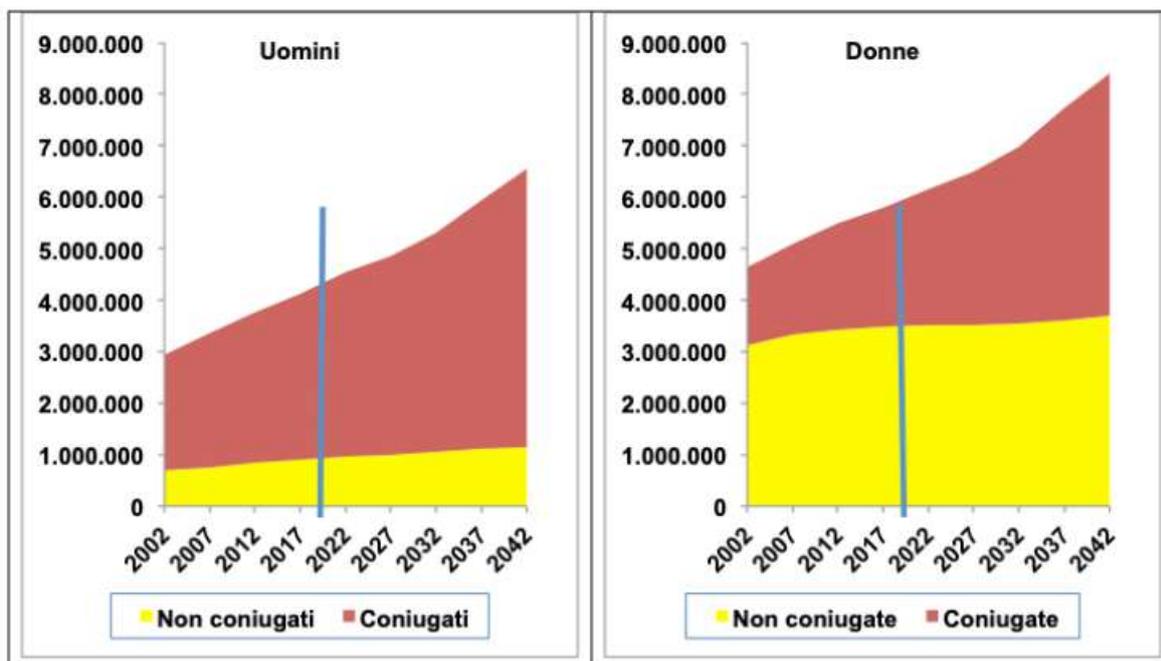
“ L’attesa di vita per un uomo italiano di 65 anni, inferiore a 14 anni nel 1982, passa a 19 anni nel 2017 e secondo l’Istat supererà i 21 anni nel 2042.

Per una donna italiana, l’attesa di vita a 65 anni superava i 17 anni nel 1982, i 22 anni nel 2017, mentre dovrebbe sfiorare i 25 anni nel 2042, con una età media alla morte di poco inferiore a 90 anni.

Questi dati testimoniano grandi vittorie contro le malattie, ma suscitano anche timori sulla tenuta del nostro sistema di *welfare*. In particolare, ci si chiede come sia possibile garantire a tutte queste persone un’adeguata assistenza sociale e sanitaria. È infatti ricorrente l’idea che l’invecchiamento della popolazione proceda di pari passo con l’incremento delle persone che vivono da sole, con tutto quello che ne consegue. Con questo intervento vogliamo mostrare che – fortunatamente – questo timore non è del tutto fondato.

¹⁴ <https://www.neodemos.info/>. Il testo – realizzato da Giampiero Dalla Zuanna e Chiara Gargiulo – è stato pubblicato il 17 aprile 2020.

Figura 3. Numero di coniugati e non (più) coniugati in Italia, effettivi (2002-2017) e previsti (2022-2042). Dati Istat



Fonti. Fra il 2002 e il 2017: demo.istat.it. Per gli anni successivi: nostre proiezioni.

Quasi tutto l'aumento di uomini e donne ultrasessantenni osservato fra 2027 e 2042 viene assorbito dall'incremento dei coniugati (+68%) e delle coniugate (+102%).

I non (più) coniugati aumenteranno moderatamente fra gli uomini, mentre resteranno costanti fra le donne. Mentre fra le donne l'incremento delle coniugate sarà simile nelle due classi di età 70-79 e 80+, fra gli uomini sarà assai più accentuato per gli ultraottantenni. Le donne non (più) coniugate di età 70-79 diminuiranno del 30%, mentre quelle ultraottantenni e gli uomini non (più) coniugati di entrambe le classi di età aumenteranno "solo" del 30%. (...)

Cambia la domanda di servizi: come aiutare le coppie di anziani?

La modifica della composizione per stato civile della popolazione di età 70+ suggerisce che il forte incremento del numero degli anziani si tradurrà solo parzialmente in un parallelo incremento degli anziani soli.

Saranno invece sempre più numerose le coppie di anziani che – ad età sempre più elevate – avranno il desiderio di restare nella loro abitazione. Questa ci sembra una buona notizia, che pone però nuove sfide di organizzazione del *welfare*, in particolare sul versante dell'assistenza domiciliare. Il fatto di poter prevedere – con ragionevole certezza – alcune tendenze demografiche dovrebbe indurre opportune modifiche.

L'assistenza domiciliare basata sul largo impiego di personale straniero residente in casa con gli anziani potrebbe espandersi, anche se – sempre più spesso, come vedremo su *Neodemos* – queste coppie anziane avranno solo uno o due figli, e di conseguenza la gestione delle persone di servizio potrà divenire più problematica. L'offerta pubblica di assistenza domiciliare potrebbe meglio integrare l'assistenza familiare privata, con servizi sia di tipo medico-infermieristico, sia più tipicamente assistenziali (come i pasti a domicilio). Inoltre, largo spazio potrebbe esserci anche per i servizi complementari erogati agli anziani da enti di terzo settore, ad esempio per l'accompagnamento a visite mediche, ma anche per la semplice compagnia".

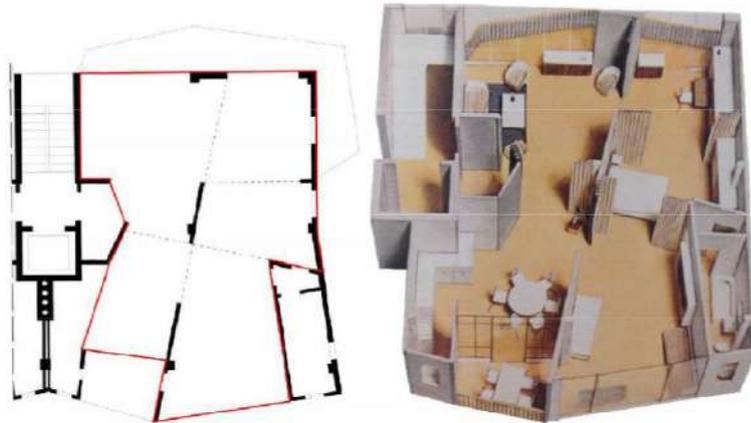
Pandemia e Green City: per una riflessione sul futuro del nostro abitare¹⁵

1. Come cambia l'alloggio e lo spazio residenziale?

Possiamo provare a compiere un secondo passaggio nell'immaginare come alcuni degli alloggi "post-pandemici" potrebbero mutare... Fermo restando il *surplus* di dotazioni e di "connettività" del punto precedente, per progettare un'*architettura in evoluzione* che sia capace di adattarsi alle nuove esigenze e ai futuri cambiamenti si può anche pensare ad una *architettura modulare*, soprattutto a fronte della difficoltà di implementare gli spazi.

Riguardo all'*alloggio modulare*, le parole chiave sono: *flessibilità, adattabilità, per uno spazio plurifunzionale "aperto"*, configurabile con la massima dinamicità e fluidità data da dispositivi quali, *in primis*, partizioni mobili, che potrebbero permettere in tempo reale il cambiamento delle configurazioni a seconda degli usi e delle funzioni, direttamente da parte dell'utente.

Il tema non è nuovo (basti ricordare, tra i tanti, gli studi per l'alloggio uniambientale di Gio Ponti), ma si potrebbe rivisitare in una nuova chiave. Seguono alcune immagini di suggestione, ma anche di confronto con testimonianze della realizzabilità di tali temi, anche in contesti di costo limitato, quali la riqualificazione di *social housing* e di edilizia residenziale pubblica...



Gio Ponti, alloggio uniambientale per quattro persone, 1956

1. Come cambia l'alloggio e lo spazio residenziale? → 2. Come cambia lo spazio intermedio?

C'è anche la possibilità di operare l'implementazione dell'alloggio **accorpando o separando uno o più moduli spaziali**, con operazioni solitamente ospitate **sull'involucro esterno dell'edificio**, con **tecnologie leggere**, a secco, prefabbricate e facilmente montabili e smontabili. L'obiettivo è di beneficiare della modifica spaziale (e tecnologica) **con costi contenuti**, anche cogliendo l'occasione per introdurre elementi che forniscano un contributo di **miglioramento bioclimatico** (ad esempio serre solari, logge bioclimatiche, buffer space, *wintergarden*, ecc.)

Con questo ci siamo decisamente spostati dall'interno dell'alloggio verso lo "spazio intermedio"...



Lo spazio intermedio della residenza: una finestra verso la città.
Artista: Ugo La Petra



Ofis arhitekti, **Honeycomb Apartments**. La caratteristica evidente dell'intervento è proprio la dotazione, per ogni unità, di un'estensione esterna costituita da uno spazio di loggia solare/buffer space, protetto dalla radiazione solare diretta e assicurante un buon livello di privacy. Ogni loggia è una struttura metallica indipendente e autoportante appesa al fronte, che fornisce uno spazio esterno, privato, completamente fruibile e integrato con l'alloggio

¹⁵ Sono alcune delle slide presentate da Fabrizio Tucci, coordinatore del Gruppo Internazionale degli Esperti del Green City Network, il 9 aprile 2020. Con altri materiali: <https://www.fondazioneviluppotosostenibile.org/>.

2. Come cambia lo spazio intermedio?

Sulla questione dello spazio intermedio un ruolo centrale è rivestito dal tema degli **atrii**, delle **chiostre**, degli **spazi connettivi**, luoghi collettivi, esterni agli alloggi ma interni all'edificio, utili non solo per le funzioni ospitate, ma anche per i fenomeni bioclimatici in grado di attuare per l'intero edificio

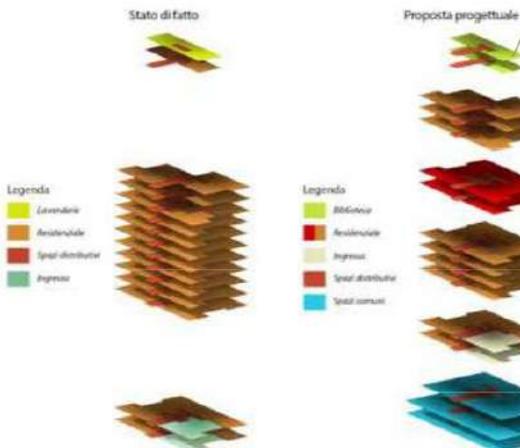


Sinistra: Thomas Herzog, Fabrizio Tucci, ERP a Lunghezza, Roma
Sopra: L.Cortesini, F. Tucci, A. Battisti, ERP a Monterotondo, Roma

2. Come cambia lo spazio intermedio?

In questo guardare all'intero edificio come spazio polifunzionale ed elemento-filtro tra l'alloggio e la città, possiamo anche pensare, oltre a una nuova concezione di spazi-atrio o di spazi-connettivo interni, anche a spazi intermedi interni ,ospitanti diverse e nuove funzioni.

Innanzitutto, l'inserimento ai piani più bassi di **nuovi servizi alla popolazione**, che magari prima erano lontani. Ma anche, nei piani in elevazione, la immissione di nuovi **spazi comuni**, **sempre interni all'edificio**, per assolvere ad alcune delle funzioni sopra ricordate quando gli alloggi non ce la fanno, anche pensando ad azioni di **elevazione in altezza** (quindi di **densificazione**, ma nel rispetto del "consumo di suolo zero"): immaginiamo così spazi flessibili, dotati di connessione, ad esempio utili per la didattica telematica di alcuni dei giovani utenti dell'edificio, o per forme di **smart working**, o per nuove modalità di condivisione dello spettacolo (cinema o teatro condominiale), o per attività di movimento fisico, sport, palestra, autoorganizzate e vissute alle dovute distanze ma insieme ad altri. Ma anche spazi per mini-artigianato locale, o per acquisti **online** cumulativi degli utenti del condominio, o per mini-market autogestiti, ecc...



2. Come cambia lo spazio intermedio?



Si possono rilanciare vita, usi, funzioni, attività in senso più "green" attraverso la valorizzazione degli spazi intermedi esterni: *terrazzi in quota, tetti-giardino praticabili, giardini condominiali o terrazzi condominiali adibiti a orti urbani, corti rigenerate e rinverdite...*

Sono i luoghi, oltretutto, dove è possibile operare una grossa spinta nella direzione dell'uso circolare e locale delle risorse: raccolta differenziata e riuso di scarti e rifiuti; recupero, depurazione e riuso della acque sia piovane che provenienti dagli edifici, energia da fonti rinnovabili prodotta, gestita e distribuita in loco...

2. Come cambia lo spazio intermedio? —> 3. Come cambia lo spazio urbano?

Anche in questo caso alcuni dei tanti esempi di casi realizzati in Europa, che pongono al centro i temi trattati, possono essere utili...



Il sistema degli spazi intermedi verdi e pedonali nell'Ecoquartiere "Hammarby" a prevalente Social Housing e mix funzionale, Stoccolma

2. Come cambia lo spazio intermedio? → 3. Come cambia lo spazio urbano?

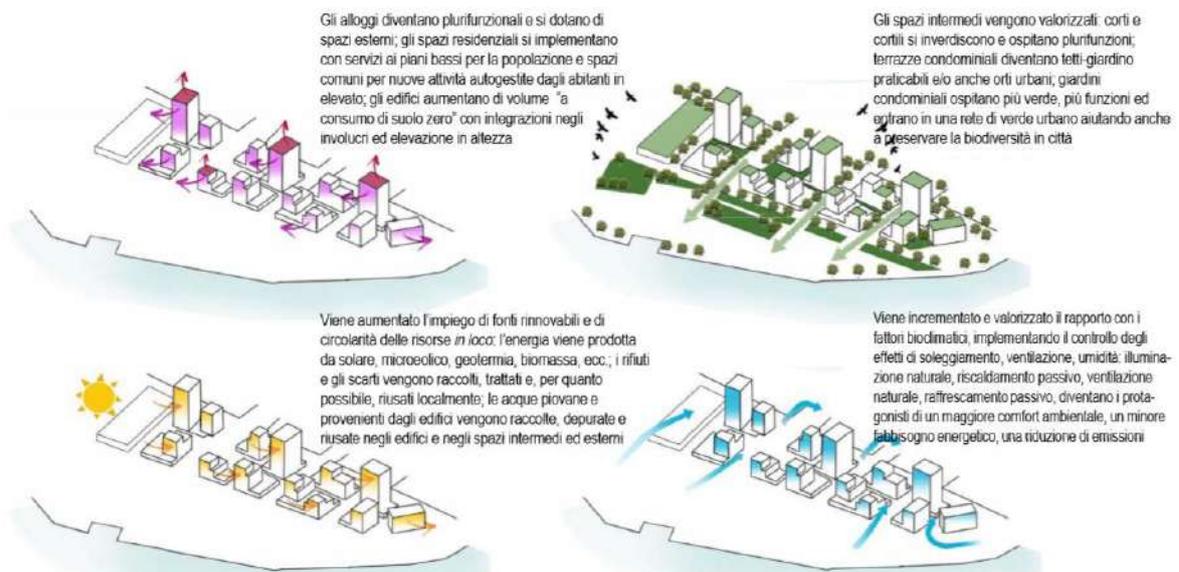


Il sistema degli spazi intermedi a corte, verdi e pedonali, nella "Smartseille" Ecocité Euroméditerranée ad alto mix funzionale, Marsiglia

E allora: come cambia lo spazio urbano in questo epocale "spostamento di pesi" imposto dalla Pandemia dalla città zonizzata al sistema alloggio - spazio intermedio - spazio plurifunzionale – quartiere "green"?

Lo "spostamento dei pesi" imposto dalla Pandemia sta assumendo inconsapevolmente il ruolo del più grande esperimento di cambiamento dei modi dell'abitare dell'era contemporanea sulle Città del Pianeta, facendole convergere verso i modelli di **mix funzionale**, **iper-vicinanza** e **multi-centralismo** (pilastri, peraltro, del **green city approach**).

Ciò, abbiamo visto, sta comportando e comporterà profondi mutamenti nei rapporti **spazio residenziale** (che diventa **plurifunzionale**)/**spazio intermedio**/spazio urbano... Vediamo di riassumere i caratteri principali di tale cambiamento:



Gli alloggi diventano plurifunzionali e si dotano di spazi esterni; gli spazi residenziali si implementano con servizi ai piani bassi per la popolazione e spazi comuni per nuove attività autogestite dagli abitanti in elevato; gli edifici aumentano di volume "a consumo di suolo zero" con integrazioni negli involucri ed elevazione in altezza.

Gli spazi intermedi vengono valorizzati: corti e cortili si inverdiscono e ospitano plurifunzioni; terrazze condominiali diventano tetti-giardino praticabili e/o anche orti urbani; giardini condominiali ospitano più verde, più funzioni ed entrano in una rete di verde urbano aiutando anche a preservare la biodiversità in città.

Viene aumentato l'impiego di fonti rinnovabili e di circolarità delle risorse in loco; l'energia viene prodotta da solare, microeolico, geotermia, biomassa, ecc.; i rifiuti e gli scarti vengono raccolti, trattati e, per quanto possibile, riutilizzati localmente; le acque piovane e provenienti dagli edifici vengono raccolte, depurate e riusate negli edifici e negli spazi intermedi ed esterni.

Viene incrementato e valorizzato il rapporto con i fattori bioclimatici, implementando il controllo degli effetti di soleggiamento, ventilazione, umidità; illuminazione naturale, riscaldamento passivo, ventilazione naturale, raffrescamento passivo, diventano i protagonisti di un maggiore comfort ambientale, un minore fabbisogno energetico, una riduzione di emissioni.

Spazi in casa e disponibilità di computer e per bambini e ragazzi¹⁶

UN TERZO DELLE FAMIGLIE NON HA COMPUTER O TABLET IN CASA

Nel periodo 2018-2019, il 33,8% delle famiglie non ha computer o tablet in casa, la quota scende al 14,3% tra le famiglie con almeno un minore. Solo per il 22,2% delle famiglie ogni componente ha a disposizione un pc o tablet.

FAMIGLIE PIÙ SVANTAGGIATE NEL MEZZOGIORNO

Nel Mezzogiorno il 41,6% delle famiglie è senza computer in casa (rispetto a una media di circa il 30% nelle altre aree del Paese) e solo il 14,1% ha a disposizione almeno un computer per ciascun componente.

POCO PIÙ DEL 10% DEI RAGAZZI DI 6-17 ANNI SENZA COMPUTER IN CASA

Il 12,3% dei ragazzi tra 6 e 17 anni non ha un computer o un tablet a casa, la quota raggiunge quasi un quinto nel Mezzogiorno (470 mila ragazzi). Solo il 6,1% vive in famiglie dove è disponibile almeno un computer per ogni componente.

BASSE COMPETENZE DIGITALI PER I 14-17ENNI

Nel 2019, tra gli adolescenti di 14-17 anni che hanno usato internet negli ultimi 3 mesi, due su 3 hanno competenze digitali basse o di base mentre meno di tre su 10 (pari a circa 700 mila ragazzi) si attestano su livelli alti.

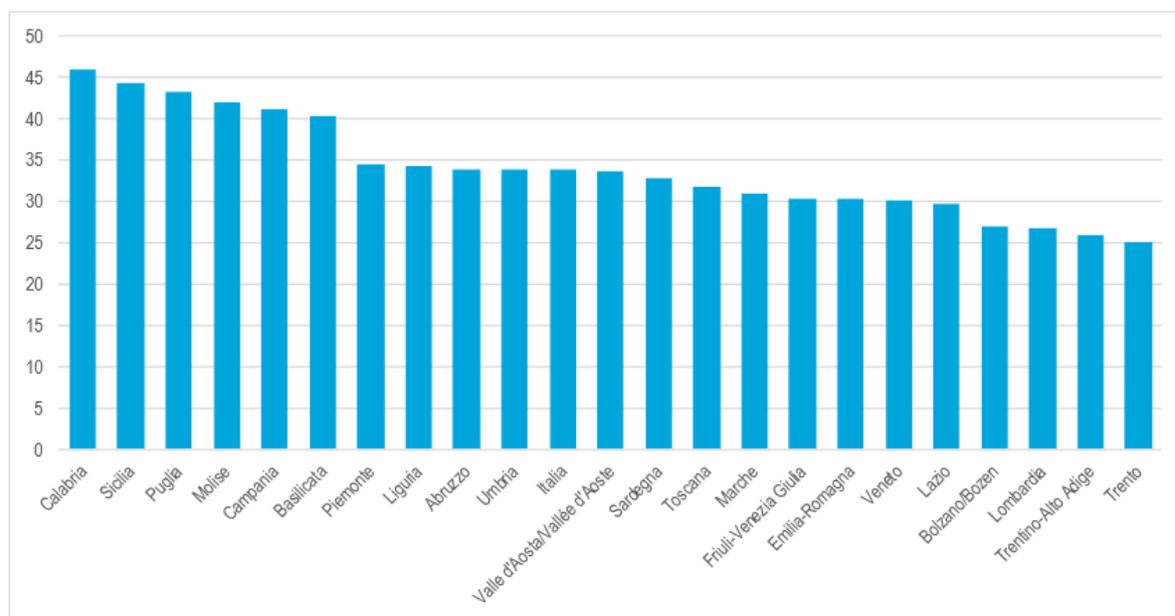
UN RAGAZZO SU 2 HA LETTO ALMENO UN LIBRO NELL'ANNO, IL SUD INDIETRO

Il 52,1% dei bambini e ragazzi di 6-17 anni, nell'ultimo anno ha letto almeno un libro nel tempo libero. L'abitudine alla lettura interessa oltre il 60% di bambini e ragazzi di 6-17 anni residenti al Nord e il 39,4% di quelli del Sud.

4 MINORI SU 10 VIVONO IN CONDIZIONI DI SOVRAFFOLLAMENTO ABITATIVO

Oltre un quarto delle persone vive in condizioni di sovraffollamento abitativo, la quota sale al 41,9% tra i minori.

FIGURA 1. PERCENTUALE DI FAMIGLIE CHE NON POSSIEDONO UN COMPUTER/TABLET IN CASA, PER REGIONE.
Media 2018-2019. Valori per 100 famiglie



Fonte: Istat, Indagine Aspetti della vita quotidiana

¹⁶ <https://www.istat.it/> (6 aprile 2020). Per approfondire si veda *Italia sotto sforzo. Diario della transizione 2020. La scuola e i suoi esclusi* (9 giugno 2020). Si legge in <https://www.censis.it/>.

PC E TABLET IN FAMIGLIA

Anni 2018/2019

senza

con

DOVE SONO

33,8% ITALIA

- 39,9% comuni fino a 2.000 abitanti
- 28,5% aree metropolitane

47,2% un dispositivo

18,6% due o più dispositivi

COME SONO

- 70,6% con soli anziani*
- 14,3% con almeno un minore
- 7,7% con almeno un laureato

*65 anni e più

STRUMENTAZIONE INFORMATICA ADEGUATA?

22,2% famiglie con un pc per componente

- 26,3% al Nord
- 14,1% nel Mezzogiorno



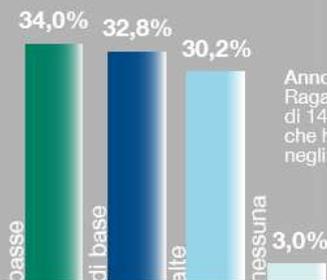
PER LA DIDATTICA A DISTANZA L'ACCESSO ALLA RETE NON BASTA...

FRA I MINORI IN ETÀ SCOLASTICA (6-17ANNI)

Strumentazione informatica inadeguata

- 12,3% senza PC o tablet in casa
- 57,0% devono condividere PC/Tablet
- 6,1% pc personale

Competenze informatiche insufficienti



Anno 2019
Ragazzi di 14-17 anni
che hanno usato Internet
negli ultimi 3 mesi



Seconde generazioni: identità e percorsi di integrazione


1 milione 316 mila minori di seconda generazione
13% DELLA POPOLAZIONE DI 0-17 ANNI

CITTADINANZA	nati in Italia		nati all'estero	
	stranieri nati in Italia da genitori stranieri		stranieri nati all'estero	
	777.940		263.237	
	naturalizzati nati in Italia da genitori stranieri		naturalizzati nati all'estero	
	213.374		61.944	

dati al 1 gennaio 2019

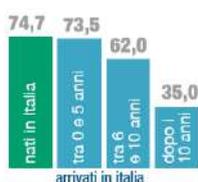
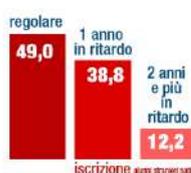
da grande farò...

Alunni della scuola secondaria di secondo grado

ragazze straniere		ragazze italiane
medico	1°	insegnante
insegnante	2°	medico
non so	3°	non so
commerciante	4°	psicologa/antropologa/criminologa
hostess	5°	avvocato/notaia giudice/magistrata
ragazzi stranieri		ragazzi italiani
carrozziere/meccanico/elettrauto	1°	ingegnere
operaio	2°	non so
calciatore	3°	militare
non so	4°	carrozziere/meccanico/elettrauto
ingegnere	5°	operaio

anno di riferimento 2015

COME SI SENTONO (%)

PENSANO IN ITALIANO (%)

SCUOLA: UN PERCORSO A OSTACOLI (%)

Ripetenze di anni scolastici

27,3% alunni stranieri
14,3% alunni italiani

BULLISMO

- 49,6%** ragazzi di seconda generazione che hanno subito almeno un episodio offensivo, non rispettoso e/o violento da parte di altri ragazzi nell'ultimo mese
- 42,4%** fra i coetanei italiani

AMICIZIE

- 7,9%** ragazzi di seconda generazione che non frequentano amici e/o amiche nel tempo libero
- 4,2%** fra i coetanei italiani



¹⁷ <https://www.istat.it/> (16 aprile 2020).



Aspetti di vita degli over 75

Condizioni di salute, vicinanza ai figli, disponibilità di spazi esterni all'abitazione, cani in casa

OLTRE 7 MILIONI GLI ANZIANI DI 75 ANNI E PIÙ

Sono 7.058.755 gli anziani con 75 anni e più che risiedono in Italia, l'11,7% del totale della popolazione. Il 60% è composto da donne.

ANZIANI SEMPRE PIU' IN COPPIA

Quasi la metà delle donne di 75 anni e più vive da sola, il 29% in coppia. Capovolta la situazione degli uomini, il 21,7% vive solo e il 68% in coppia. Tuttavia la distanza si è ridotta nel tempo.

4 ANZIANI SU 10 CON TRE O PIÙ MALATTIE CRONICHE

Le donne anziane stanno peggio degli uomini. Il 24,7% ha gravi limitazioni nelle attività quotidiane e il 48,1% ha tre o più malattie croniche (contro il 18% e il 33,7% degli uomini).

PIÙ DELLA METÀ DEGLI ANZIANI VIVE ENTRO UN KM DAI FIGLI

Tra le persone di 75 anni e più il 51% vive a una distanza di non oltre un Km dal figlio più vicino e il 20% ci vive insieme. L'8,9% non ha figli e vive solo e lo 0,9% ha figli lontani all'estero.

GIARDINO PRIVATO, TERRAZZO O BALCONE PER IL 90% DEGLI ANZIANI

Il 40,9% della popolazione di 75 anni e più vive in un'abitazione con giardino privato, il 79,8% dichiara di avere un terrazzo o un balcone. In totale il 90% degli anziani può contare su almeno uno spazio esterno.

UN CANE IN CASA PER UNA FAMIGLIA DI ANZIANI SU 10

Il 12,1% delle famiglie composte esclusivamente da persone di 75 anni e più ha uno o più cani (443 mila famiglie). La percentuale sale se in famiglia ci sono più anziani (15,5% contro 11% dei single).

¹⁸ <https://www.istat.it/> (27 aprile 2020).

PROTEZIONE SOCIALE IN ITALIA E IN EUROPA

Anno 2019

CHE COSA È LA SPESA IN PROTEZIONE SOCIALE

Sostegno alle famiglie, in denaro e in natura, per rischi, eventi o bisogni nella sfera di malattia/salute, invalidità, vecchiaia, superstiti, famiglia/figli, disoccupazione, alloggio e altra esclusione sociale

IL SISTEMA ITALIANO 496 miliardi di euro (costo annuale)

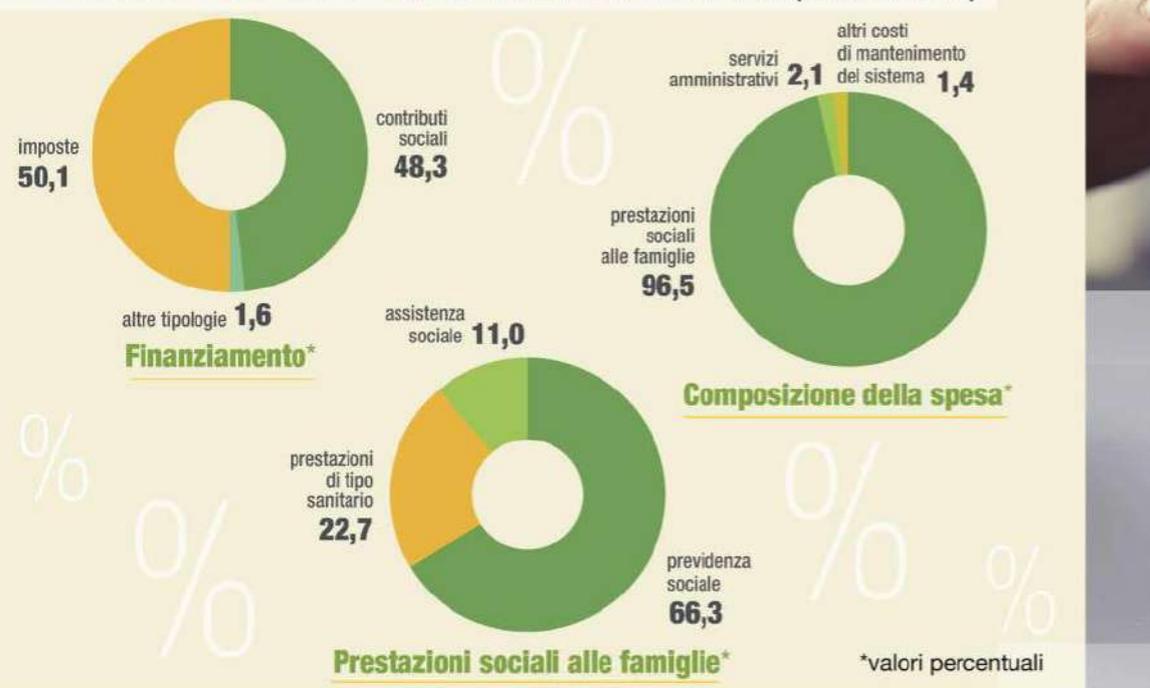
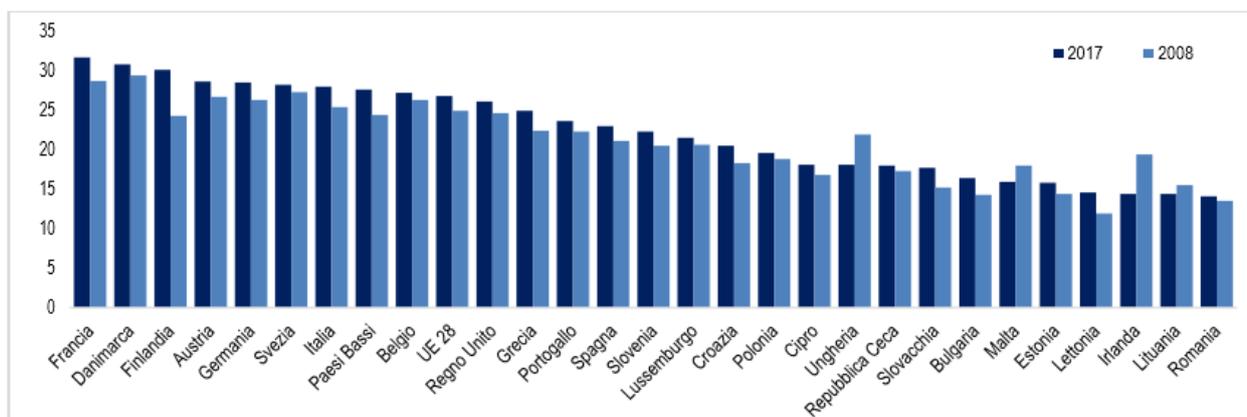


FIGURA 5. PRESTAZIONI SOCIALI EROGATE DAI 28 PAESI EUROPEI

Anni 2008 e 2017, spesa in rapporto al Pil a prezzi correnti



¹⁹ <https://www.istat.it/> (28 aprile 2020).



Le misure a sostegno della famiglia e i fondi per le politiche sociali

16 giugno 2020

1. Livelli essenziali delle prestazioni sociali.
2. Piani triennali per l'utilizzo delle risorse dei fondi statali dedicati alle politiche sociali.
3. Fondo nazionale per le politiche sociali.
4. La Carta acquisti ordinaria.
5. Fondo per le non autosufficienze.
6. Fondo per la disabilità e la non autosufficienza.
7. Fondo Dopo di noi - Disabili gravi privi di sostegno familiare.
8. Fondo per accessibilità e mobilità delle persone con disabilità.
9. Fondo inclusione delle persone sorde e con ipoacusia.
10. Fondo per il sostegno del ruolo di cura e di assistenza del caregiver familiare.
11. Fondo politiche per la famiglia.
12. Fondo nazionale per l'infanzia e l'adolescenza.
13. Fondo per l'assistenza dei bambini affetti da malattia oncologica.
14. Fondo nazionale politiche giovanili e Consiglio Nazionale dei Giovani.
15. Fondo per il sostegno e l'assistenza dei giovani fuori famiglia (Fondo care leavers).
16. Fondo assegno universale e servizi alla famiglia.
17. Premio alla nascita - Bonus mamma domani.
18. Bonus bebè - Assegno di natalità.
19. Buono per il pagamento di rette relative alla frequenza di asili nido.
20. Fondo di sostegno alla natalità - Accesso al credito.
21. Carta famiglia.
22. Conciliazione vita-lavoro e supporto alla genitorialità.
23. Indicatore della Situazione economica Equivalente (ISEE).
24. Welfare aziendale.

Il Green Deal Europeo²⁰

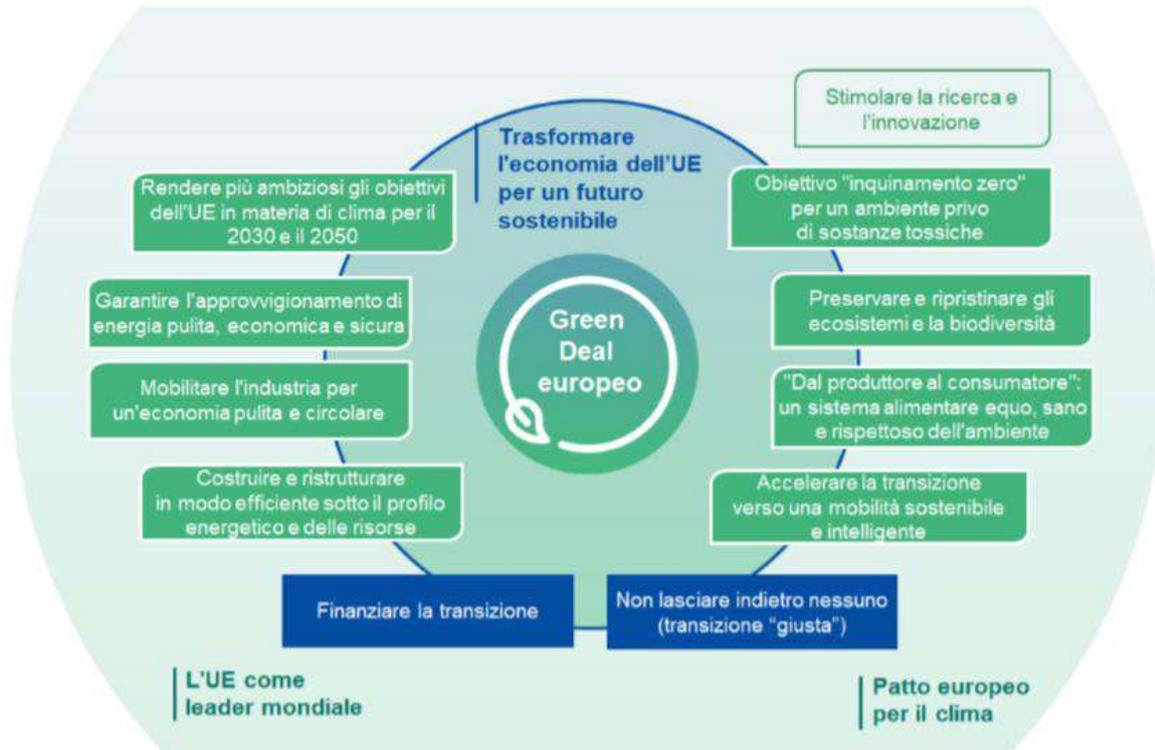


Figura 1: Il Green Deal europeo

L'UE intende:



Diventare climaticamente neutra entro il 2050



Proteggere vite umane, animali e piante riducendo l'inquinamento



Aiutare le imprese a diventare leader mondiali nel campo delle tecnologie e dei prodotti puliti



Contribuire a una transizione giusta e inclusiva

"Il Green Deal europeo è la nostra nuova strategia per la crescita. Ci consentirà di ridurre le emissioni e di creare posti di lavoro."

Ursula von der Leyen, presidente della Commissione europea



"Proponiamo una transizione verde e inclusiva che contribuirà a migliorare il benessere delle persone e a trasmettere un pianeta sano alle generazioni future."

Frans Timmermans, primo vicepresidente della Commissione europea

²⁰ https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/european-green-deal_it.

Uscire dalla pandemia con un nuovo Green Deal per l'Italia²¹

Manifesto

“La pandemia del nuovo coronavirus, che sta sconvolgendo abitudini e modi di vivere di miliardi di persone causando numerose vittime e ingenti danni economici, ha mostrato quanto possiamo essere vulnerabili, quanto bisogno abbiamo di essere più preparati e resilienti di fronte a simili rischi: in altre parole ci ha insegnato ad avere maggior cura del nostro futuro.

■ Tutto ciò è possibile solo a patto di avere un'adeguata consapevolezza, una visione condivisa, scelte chiare per un progetto di sviluppo all'altezza delle sfide della nostra epoca. Mentre rispondiamo all'emergenza, attuando le misure necessarie per rendere le nostre società, i nostri sistemi sanitari e la nostra economia più resilienti nei confronti delle pandemie, non dobbiamo lasciare crescere altre minacce per il nostro futuro: innanzitutto la grande crisi climatica, alimentata da un modello di economia lineare ad elevato consumo di energia fossile e spreco di risorse naturali.

■ Lo sforzo straordinario che ci è richiesto deve puntare su un progetto di sviluppo durevole, in grado di assicurare maggiore occupazione, un benessere più esteso ed equamente distribuito, che può essere basato solo su un'economia decarbonizzata e circolare.

■ Il Recovery Plan europeo che punta ad attivare consistenti finanziamenti comunitari con un ruolo più attivo della Banca Europea degli Investimenti, con un incremento del bilancio europeo, con nuovi strumenti finanziari comuni in grado di raccogliere anche risorse aggiuntive dal mercato: dovrebbe, nelle nuove e ben più gravi condizioni generate dalla pandemia, rifondare e rilanciare, con un nuovo Green Deal, l'ambizioso progetto europeo per un'economia avanzata, decarbonizzata e circolare.

Siamo convinti che un nuovo Green Deal sia la via da seguire per una più forte e duratura ripresa perché valorizza le migliori potenzialità dell'Italia:

- quelle legate alle produzioni di qualità, sempre più green, inscindibili dai cambiamenti verso la decarbonizzazione e la circolarità dei modelli di produzione, distribuzione e consumo;
- quelle in cui ha raggiunto livelli di eccellenza, come il riciclo dei rifiuti, pilastro dell'economia circolare, l'efficienza energetica e le fonti rinnovabili di energia strategiche nella transizione energetica verso un'economia climaticamente neutrale;
- quelle del nostro modello di agricoltura sostenibile, necessaria per la sicurezza alimentare, e delle altre attività della bioeconomia rigenerativa in grado rivitalizzare aree marginali e siti dismessi;
- quelle delle città, da rilanciare con un vasto programma di rigenerazione urbana in chiave green;
- quelle dell'importante capitale naturale, necessario per numerosi servizi ecosistemici e per il rilancio di diverse attività economiche come il turismo;
- quelle della transizione a basse emissioni e con carburanti alternativi verso la mobilità decarbonizzata, elettrica e condivisa;
- quelle dell'innovazione digitale, che può contribuire a migliorare il lavoro, lo studio e la cura della nostra salute riducendo la nostra impronta ecologica.

I pacchetti di stimolo all'economia non devono aumentare le emissioni di gas serra e gli impatti ambientali, trasferendo ulteriori costi sul nostro futuro.

Noi riteniamo che un nuovo Green Deal sia la via innovativa da percorrere per la rinascita dell'Italia”.

²¹  <https://www.fondazionevilupposostenibile.org/> (7 maggio 2020). 110 le firme iniziali, implementate poi in <http://greendealitalia.it/>.

Interrelazioni²² tra Green Deal e Agenda ONU 2030



²² Infografica a pagina 28 del Rapporto ISTAT SDGs 2020. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia, pubblicato il 14 maggio 2020.

DOSSIER CON DATI E TESTIMONIANZE

Numero 56 | Maggio 2020

 **Caritas
Italiana**
organismo pastorale della CEI



Sviluppo umano integrale al tempo del Coronavirus

Ipotesi di futuro a partire dalla *Laudato si'*



European Commission

THE EU BUDGET POWERING THE RECOVERY PLAN FOR EUROPE

#EUBudget #EUSolidarity #StrongerTogether

27 May 2020



"The recovery plan turns the immense challenge we face into an opportunity, not only by supporting the recovery but also by investing in our future: the European Green Deal and digitalisation will boost jobs and growth, the resilience of our societies and the health of our environment. This is Europe's moment. Our willingness to act must live up to the challenges we are all facing. With Next Generation EU we are providing an ambitious answer"

President Ursula von der Leyen

Misure presentate al Parlamento Europeo²³

Il maxi-piano Ue per la ripresa

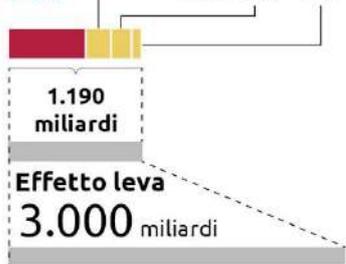
Next Generation Eu

750 miliardi



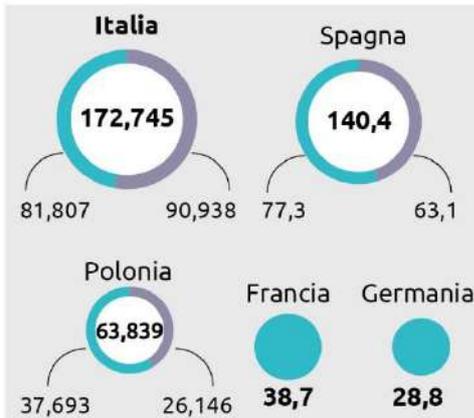
I numeri complessivi

Next Gen 750 Mes 240 Bei 200 Sure 100



La classifica degli aiuti

● Sovvenzioni ● Prestiti



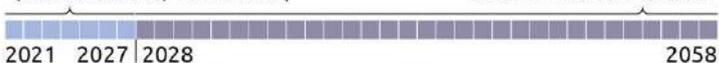
Come rimborsare il debito

- Web Tax
- Tasse sulle emissioni
- Tasse sulle multinazionali
- Tasse sulla plastica

Le date

Bilancio Ue (1.100 miliardi, +2% Pil Ue)

Rimborso trentennale del debito



ANSA

²³ Sessione plenaria del 27 maggio 2020. Tutti i testi in https://ec.europa.eu/info/index_it.

**Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica²⁴****LA RIDUZIONE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO E L'ASSISTENZA TERRITORIALE**

“Pur essendo un fenomeno comune agli altri Paesi europei, è indubbio che con la flessione registrata a 3,2 posti per 1000 abitanti, il nostro si pone ben al di sotto degli standard di Francia e Germania che hanno, rispettivamente 6 e 8 posti, accomunando la nostra condizione a quella di Spagna e Gran Bretagna con 3 e 2,5 posti per mille abitanti.

TAVOLA 12

I POSTI LETTO – I NUMERI NEI PRINCIPALI PAESI EUROPEI

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Germania	8,2	8,2	8,3	8,4	8,3	8,3	8,2	8,1	8,1	8,0
Spagna	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Francia	6,9	6,7	6,4	6,4	6,3	6,3	6,2	6,1	6,1	6,0
Gran Bretagna	3,3	3,3	2,9	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,6	2,5
Italia	3,8	3,7	3,6	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2

Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati OECD 2020

Il timore da più parti espresso è che il processo che ha portato alla riduzione della dotazione di posti letto sia stato troppo netto.

Che si sia, in altre parole, deospedalizzato troppo pur considerando che il fenomeno ha caratterizzato sostanzialmente tutti i sistemi sanitari dei paesi europei e va avanti da alcuni anni.

Diversi gli argomenti a cui è necessario guardare per comprendere le ragioni di un tale processo. Innanzitutto, da almeno un decennio l'obiettivo dei sistemi sanitari è stato quello di trovare una risposta più adeguata alle malattie più diffuse non trasmissibili (cancro, diabete e alcune malattie degli apparati respiratorio e cardiocircolatorio). Malattie che tendono a cronicizzarsi e per le quali si è considerato che il ricovero ospedaliero è spesso inappropriato al di fuori della fase acuta della malattia. La cura, per questi pazienti, richiede quindi meno ospedali e più strutture territoriali. L'obiettivo su cui ci si è mossi è stato, quindi, quello di contenere la quota di risorse destinate all'assistenza ospedaliera per destinarne maggiori alla territoriale. I risultati ottenuti finora sono stati solo parzialmente soddisfacenti. Tale esigenza tuttavia non è venuta meno.

Inoltre, come l'esperienza più recente sembra confermare, un effettivo potenziamento della assistenza territoriale rappresenta una priorità: tale rete costituisce una sorta di prima linea anche nella guerra alla pandemia.

Non investire adeguatamente sul territorio è destinato a ripercuotersi negativamente sugli ospedali, oltre a far gravare sugli stessi operatori²⁵ un onere inaccettabile in termini di vite umane.

Si dovrà comprendere, per orientare le scelte future, quanto una struttura territoriale messa nelle condizioni di fornire una assistenza adeguata e di intercettare i segnali epidemiologici con maggior rapidità avrebbero potuto contribuire ad un più efficace contenimento della diffusione della pandemia.

Una seconda ragione alla base della riduzione dei posti letto è legata alla chiusura dei piccoli ospedali. Con la fissazione di standard sempre più stringenti in termini di posti letto per abitanti si è voluto mettere le gestioni regionali (a cui è stata lasciata la possibilità di decidere quali reparti o ospedali chiudere) nelle condizioni di affrontare il problema dei piccoli ospedali, quelli che, specie sul fronte della attività chirurgica, operano spesso su volumi troppo contenuti per garantire adeguati livelli di qualità. Con il decreto 70/2015, che ha definito

²⁴ <https://www.corteconti.it/> Reso pubblico il 30 maggio 2020.

²⁵ Rapporto CENSIS FNOPI sulla sanità del futuro (5 giugno 2020). Si legge in <https://www.censis.it/>.

standard per disciplina basati su “bacini di utenza”, si è voluto aiutare la chiusura dei piccoli presidi che, come ha messo in rilievo il monitoraggio sugli esiti dell’attività ospedaliera (Programma nazionale esiti), spesso presentano rischi maggiori in termini di esiti finali delle cure.

Sono numerosi i risultati che pongono in evidenza come una riduzione dei volumi di attività abbia effetti negativi sulla mortalità per diverse tipologie di tumore, sugli esiti sfavorevoli legati al parto, sulle riammissioni per le artroplastiche.

Certo, la chiusura dei piccoli presidi crea problemi di accesso alle cure, specie nelle aree extraurbane, che dovevano essere controbilanciate da servizi territoriali più adeguati.

È evidente che il processo di riduzione dei posti letto trae impulso anche dalla necessità di riassorbire squilibri economici²⁶ e finanziari. Ogni posto letto rappresenta, ove non giustificato, un “centro di costo” di rilievo, su cui è difficile incidere. Come è stato sottolineato anche di recente, la dimensione dei costi ad essi associati è nel nostro Paese ancora superiore a quella di altri sistemi sanitari europei. La riduzione del numero secondo gli standard richiesti dal decreto ministeriale 70/2015 ha spinto, non senza inconvenienti, ad una riduzione della durata media delle degenze, oltre che ad un contenimento del tasso di ospedalizzazione per tipologie di interventi considerati inappropriati se portati avanti in ricovero.

Nonostante tale riduzione, il tasso di utilizzo dei posti letto, pari in media nazionale al 78 per cento, risulta molto diverso tra aree e con margini di recupero ancora ampi. Margini non solo complessivi e per Regioni, ma anche per disciplina. Naturalmente ciò non può significare che gli ospedali debbano operare sempre al limite della capacità produttiva. Come si è visto nel caso dell’epidemia Covid-19, ciò può esporre a notevoli rischi. Ma non va trascurato che il mantenimento di strutture poco utilizzate assorbe risorse che potrebbero essere dedicate a nuove esigenze”.

I POSTI LETTO LE PRINCIPALI VARIAZIONI PER DISCIPLINA TRA IL 2012 E IL 2018

	le discipline con le riduzioni maggiori									le discipline con gli incrementi maggiori			
	CHIRURGIA GENERALE	MEDICINA GENERALE	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	LUNGODEGENTI	OCULISTICA	PEDIATRIA	OTORINOLARINGOI ATRIA	ONCOLOGIA	DAY SURGERY	RECUPERO E RIABILITAZIONE	DAY HOSPITAL	TERAPIA INTENSIVA
Piemonte	-256	-207	-120	-125	-462	-69	-18	-53	-56	6	9	13	-18
Valle d'Aosta	11	-2	-3	10	16	-1	1	-4	5	8	77	7	0
Lombardia	-390	-242	-238	18	-96	-28	-65	-96	-77	108	18	7	65
P.A. Bolzano	-26	-51	-19	-7	44	-17	-6	-2	0	23	35	0	4
P.A. Trento	-39	4	-67	-13	-26	-27	-16	-23	8	8	79	0	11
Veneto	-206	-91	-119	-238	-191	-86	-99	-130	-92	278	83	-13	23
Friuli V.G	-147	-276	-115	-63	-41	-22	-8	-27	-18	0	9	0	19
Liguria	-129	-93	-52	-83	194	-37	-54	-7	-39	-21	65	-8	1
Emilia-Romagna	-333	-502	-176	-137	-408	-153	-53	-99	-205	18	-100	-36	-16
Toscana	-421	-389	-141	-95	-144	-56	-126	-55	-8	4	7	-2	41
Umbria	-66	-18	-32	41	70	-23	-22	-1	24	12	57	0	9
Marche	-177	-302	-93	2	-121	-56	-27	-37	2	16	57	14	-2
Lazio	-433	-232	-228	-287	-85	-127	8	-129	-113	336	-226	380	21
Abruzzo	-39	-44	-45	-40	-24	-43	-32	-5	-63	-6	-10	-1	-5
Molise	-13	-11	-8	-12	-13	-1	-2	-10	-8	-5	-21	0	1
Campania	-168	-191	-252	-54	343	-18	-58	-22	-32	0	114	-18	64
Puglia	-110	-333	-194	-90	-80	-48	-133	-52	-5	12	-67	-9	51
Basilicata	-67	-52	-21	-37	12	-12	2	6	6	0	-10	8	7
Calabria	-115	-467	-206	79	-107	-162	-47	-64	-9	57	261	46	24
Sicilia	-286	-223	-112	8	16	-40	-119	-35	-133	-6	221	-43	22
Sardegna	-144	-132	-101	-47	26	-12	-34	-5	9	25	-6	23	7
Totale	-3554	-3854	-2342	-1170	-1077	-1038	-908	-850	-804	873	652	368	329
Piano	-1164	-1501	-1045	-396	50	-439	-383	-317	-363	388	272	355	178
No Piano	-2390	-2353	-1297	-774	-1127	-599	-525	-533	-441	485	380	13	151

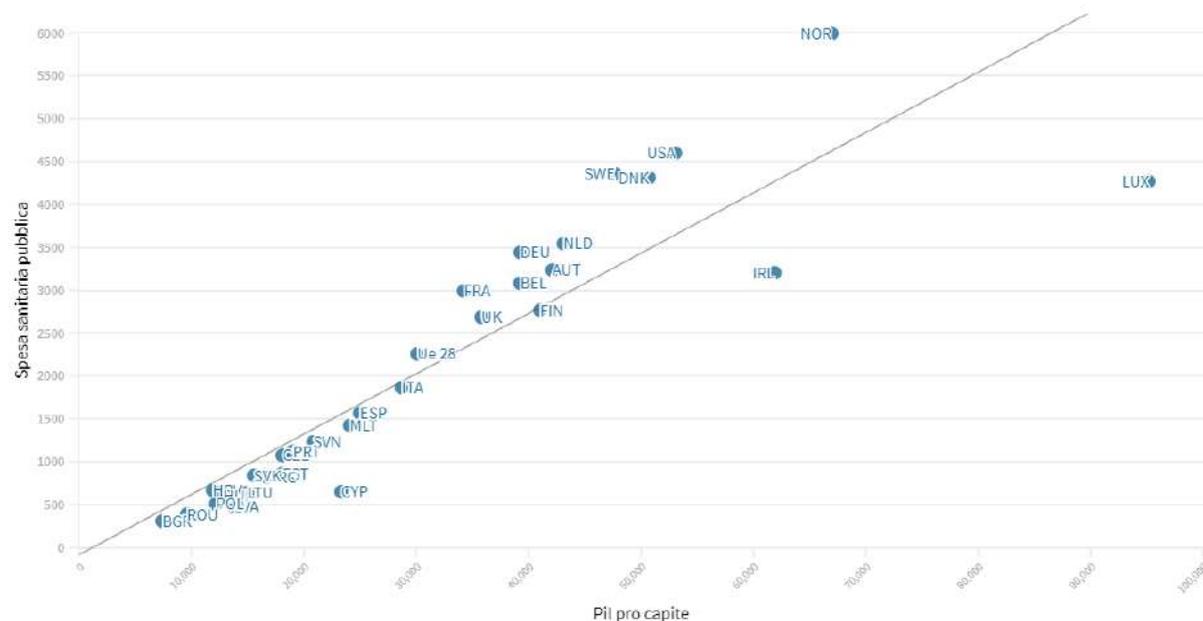
Fonte: elaborazione Corte dei conti su dati Ministero della salute

²⁶ Per approfondire rinvio ai 6 Dossier realizzati dagli uffici studi parlamentari tra 4 marzo e il 10 giugno 2020. Si leggono, nella sezione welfare, in <https://temi.camera.it/leg18/temi>.

Davvero l'Italia²⁷ spende poco per la sanità?

Spesa sanitaria e sviluppo economico

Spesa sanitaria pubblica e Pil pro capite nell'Unione Europea e negli Stati Uniti



Fonte: Elaborazioni di Vittorio Mapelli su dati Eurostat e U.S. Department of Health. • Nota: la spesa sanitaria pubblica comprende quella del Government e dei Social health insurance schemes. I dati olandesi includono la spesa per l'assicurazione sanitaria privata obbligatoria. I dati polacchi si riferiscono al 2016.

• A Flourish data visualisation

“Nel 2017 i 28 paesi dell’Ue avevano speso per la sanità, pubblica e privata, 1.511 miliardi di euro, per una popolazione di 513 milioni di abitanti, quando nello stesso anno gli Stati Uniti avevano speso ben 3.324 miliardi di dollari (2.943 miliardi di euro) per una popolazione di 325 milioni di abitanti (dati Eurostat e U.S. Department of Health). In termini pro capite, l’Ue aveva speso 2.947 euro e gli Stati Uniti tre volte tanto, 9.050 euro (10.224 dollari). In percentuale al Pil significa il 9,8 per cento in Europa contro il 17,1 per cento negli Usa. Nell’Ue la sanità pubblica incideva per l’85 per cento della spesa totale, mentre negli Usa per il 51 per cento, ma in valori pro capite la spesa sanitaria pubblica americana superava quella europea (4.600 contro 2.258 euro), collocandosi al secondo posto a livello mondiale – e questo per coprire solo il 34 per cento della popolazione (gli assistiti da Medicare, Medicaid, Chpi, Va).

L’Europa si conferma come la culla del welfare state e l’Italia, con il 74 per cento, si piazza sui valori più alti. Esiste tuttavia una forte variabilità nella spesa pro capite, che passa da un minimo di 303 euro in Bulgaria a un massimo di 4.357 in Svezia. I paesi del Nord Europa, più ricchi, presentano indici di prezzo dei beni e servizi sanitari più alti (Danimarca 1,39) di quelli dell’Est (Romania 0,48), per cui in termini di standard

²⁷ <https://www.lavoce.info/> Il testo completo di Vittorio Mapelli è stato pubblicato il 4 giugno 2020. Per una riflessione ulteriore rinvio alle pagine 485 – 489 del Rapporto Osservasalute per il 2019, presentato il 24 giugno 2020. Si legge in <https://www.osservatoriosullasalute.it/>.

di potere d'acquisto, le differenze di spesa si attutiscono: ad esempio, i 388 euro di spesa della Romania acquistano un paniere di beni e servizi che vale 809 euro, rispetto alla media europea di 2.258 euro.

La figura 1 mostra una relazione molto stretta ($R^2 = 0,8007$) tra livello di spesa pubblica pro-capite e Pil pro-capite (nominali).

L'Italia, con un reddito di 28.690 euro e una spesa di 1.864 euro figura come l'ultimo dei paesi più sviluppati o il primo di quelli meno sviluppati e si colloca in coincidenza quasi perfetta con il punto sulla retta interpolante. In termini di politiche significa che l'Italia spende una cifra compatibile con il suo attuale livello di sviluppo economico. Potrà avere una spesa sanitaria come la Francia e la Germania se e quando il suo Pil arriverà a 35 o 40 mila euro.

Il grafico suggerisce, inoltre, che nove paesi sopra la retta interpolante – i più ricchi – sono, da un lato, i più generosi nell'erogare i benefici (per esempio, spese per long-term care, prodotti omeopatici) ma, dall'altro, soffrono di un probabile eccesso di spesa, dovuto a molte cause: maggiore presenza di privato profit, elevato numero di addetti e di posti-letto ospedalieri, prezzi più alti dei farmaci e delle prestazioni sanitarie e forse anche minore efficienza produttiva dei servizi sanitari.

Rimane però un'ultima domanda fondamentale: i paesi che spendono più dell'Italia hanno anche migliori performance o migliori outcome (esiti) di salute? Spendere di più non significa, di per sé, ottenere migliori risultati.

L'Italia, infatti, dimostra migliori performance di molti paesi più ricchi, pur spendendo meno. È prima nell'Ue per mortalità prevenibile (151 decessi per 100 mila abitanti contro 215 della Germania, 184 della Francia, 211 del Regno Unito), in ottima posizione per mortalità evitabile nelle strutture sanitarie (93 decessi evitabili per 100 mila abitanti contro 116 della Germania e 117 del Regno Unito), per mortalità infantile (2,8 per 1000 nati vivi contro 3,4 in Germania, 3,7 in Francia, 3,8 nel Regno Unito e, in generale, per la [speranza di vita](#) (83,4 anni contro 82,7 per la Francia, 81,2 per il Regno Unito e 81 per la Germania). È prima nell'Ue per sopravvivenza a cinque anni dalla diagnosi in tutti i tipi di tumore (63 per cento [contro il 57 per cento dell'Ue](#)). Certo, ci sono anche zone d'ombra in Italia, ci sono il Nord e il Sud, la burocrazia, le liste d'attesa, la corruzione, gli sprechi, ma ciò che emerge da questi rapidi confronti è che a segnare un distacco con le performance di altri paesi è la globalità del nostro Servizio sanitario nazionale (è forse l'unico a includere la veterinaria e uno dei pochi a fare prevenzione) e la qualità delle risorse umane – professionalità, know-how, dedizione, scuola medica – piuttosto che il loro numero. In altri termini, è la capacità di “rendimento” del sistema, il suo saper trasformare i (pochi) soldi dei finanziamenti in risultati di salute.

La strada per il rilancio

Tutto bene dunque? Dopo il risanamento finanziario dell'ultimo decennio (2008-2018), il Sistema sanitario nazionale avrebbe necessità di maggiori finanziamenti e di risorse umane per un rilancio. La strada maestra è la crescita del Pil. Ma è un sentiero stretto e impervio, perché vi sono altri due “vincoli” di bilancio, che molti paesi dell'Ue non hanno: la maggiore spesa per interessi sul debito pubblico (3,9 per cento del Pil contro 1,9

della Francia e 1 della Germania) e per pensioni (15,8 per cento del Pil contro 14,9 della Francia e 11,9 della Germania). Se, per ipotesi, l'onere degli interessi fosse pari alla media europea, l'Italia potrebbe contare su 35 miliardi aggiuntivi per la sanità. Per incrementare i fondi al Ssn l'Italia ha di fronte a sé quattro possibili strade: i) rilanciare la crescita economica, ii) finanziare la spesa sanitaria in deficit o con l'aiuto del [Meccanismo europeo di stabilità](#), (iii) diminuire lo spread e l'onere degli interessi sul debito pubblico, (iv) ridurre l'enorme evasione fiscale. Quale sceglierà il governo?".

Tabella 1 - Spesa sanitaria pubblica e Pil pro capite. Unione Europea e Stati Uniti (2017, in euro pro capite correnti)

	Pil	Spesa sanitaria pubblica	% spesa sanitaria pubblica su totale spesa sanitaria	Spesa sanitaria pubblica in PPS	Indice prezzi sanitari (EU 28 =1)
Austria	42100	3235	74	2868	1.13
Belgio	39240	3082	77.2	2743	1.12
Bulgaria	7390	308	52.1	683	0.45
Croazia	11890	665	82.5	1054	0.63
Cipro	23320	651	42.6	714	0.91
Rep. Ceca	18100	1074	82.1	1721	0.62
Danimarca	50700	4314	84	3104	1.39
Estonia	18070	862	74.7	1166	0.74
Finlandia	41000	2768	74	2245	1.23
Francia	34220	2993	77.1	2795	1.07
Germania	39260	3443	77.2	3320	1.04
Grecia	16760	819	60.8	987	0.83
Irlanda	61870	3205	72.9	2483	1.29
Italia	28690	1864	73.9	1835	1.02
Ue 28	30070	2258	76.5	2258	1
Norvegia	66950	5995	85.5	3811	1.57
Stati Uniti	53044	4600	50.8	n.d.	n.d.

Fonte: Nostre elaborazioni su dati Eurostat e U.S. Department of Health.

- Nota: la spesa sanitaria pubblica comprende quella del Government e dei Social health insurance schemes. I dati olandesi includono la spesa per l'assicurazione sanitaria privata obbligatoria. I dati polacchi si riferiscono al 2016.

 lavoce.info



Per un pacchetto di investimenti a favore dello sviluppo sostenibile delle città e territori²⁸

“Le proposte che seguono si concentrano sulle **strutture sanitarie territoriali**, che ora sono presenti solo in alcune regioni e la cui estensione a tutto il territorio nazionale è la via più immediata per colmare le disuguaglianze territoriali nell’offerta dei servizi.

Case della Salute

Funzioni.

Si possono classificare in diverse tipologie, a bassa, media e alta complessità assistenziale, con un forte coordinamento e collaborazione tra enti (Aziende sanitarie, enti locali) e servizi con professionisti diversi (sanità pubblica, cure primarie, salute mentale e dipendenze patologiche, servizi specialistici e ospedalieri). Il livello di complessità assistenziale sarà determinato dalla presenza di programmi e percorsi assistenziali integrati, con équipe multiprofessionali e interdisciplinari. Le Case della Salute, con le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le Unità complesse di cura primaria (UCCP) di riferimento, rappresentano la garanzia dell’accesso e della presa in carico, nel rispetto della capillarità e della prossimità delle cure ai luoghi di vita delle persone.

Dimensione.

Casa della Salute ad alta complessità (HUB): da 5mila a 7mila mq. Quelle a bassa media complessità da mille a 3mila mq.

Area territoriale.

Almeno una Casa della Salute ogni 30mila abitanti, nei comuni e nei quartieri delle città. In ogni distretto di circa 100mila abitanti ce ne dovrebbe essere almeno una ad alta complessità.

Attrezzature minime.

Per supportare la fase diagnostica delle principali patologie croniche: elettrocardiografo, spirometro, ecografo, Point of care testing (POCT), Retinografo (nelle Case della Salute HUB).

Ospedali di Comunità

Funzioni.

Sono strutture intermedie territoriali finalizzate al raggiungimento di specifici obiettivi, sia assistenziali che riabilitativi, attraverso modelli intermedi tra la domiciliarità e l’ospedalizzazione, in moduli di 15-20 posti letto. Vi trovano collocazione particolari tipologie di pazienti che altrimenti prolungherebbero, senza alcuna utilità evidente, la durata del ricovero ospedaliero o che sarebbero ricoverati invece di essere trattati appropriatamente in un setting assistenziale meno intensivo.

Area territoriale.

Almeno un Ospedale di Comunità in ogni distretto di circa 100mila abitanti. Attrezzature minime. Defibrillatore, elettrocardiografo portatile, saturimetri, spirometro, ecografo.

Punti unici di accesso sociali e sanitari

Funzioni.

Sono lo snodo fondamentale per assicurare tempestività nella presa in carico e continuità tra i setting e gli interventi assistenziali. Sulla base delle segnalazioni ricevute, dal territorio o dall’ospedale, essi assicurano l’attivazione dei percorsi più appropriati in base alle condizioni del paziente, del contesto familiare e del tipo di

²⁸ <https://asvis.it/> Qui alcune pagine relative alla sanità. Testo pubblicato il 28 maggio 2020. Sull’argomento utile leggere il WP *Sanità di base e di emergenza*, pubblicato a giugno 2020. Disponibile: <https://inapp.org/it/Pubblicazioni>.

risposte e di risorse²⁹ disponibili localmente, sia di natura sanitaria che sociale³⁰. Le principali funzioni riguardano:

a) ricevere e decodificare le segnalazioni, provenienti dai servizi della rete o dagli utenti;

b) valutare il bisogno attraverso un approccio multidimensionale e differenziato secondo il livello di complessità del bisogno:

- valutazione di 1° livello (entro le 24 ore). Viene effettuata da almeno due professionisti tra l'infermiere, l'assistente sociale, il medico e il fisioterapista al fine di individuare precocemente la tipologia e la natura del bisogno;

- valutazione di 2° livello. Viene effettuata dall'Unità di valutazione multidimensionale, costituita dai professionisti con competenze funzionali e coerenti con la tipologia specifica del bisogno (anziano cronico, psichiatrico, gravi disabilità, cure palliative, minori, ecc.);

c) coordinare e facilitare l'integrazione tra le diverse professionalità operanti nei servizi territoriali, ospedalieri e del servizio sociale promuovendo il coinvolgimento del volontariato e garantendo la circolarità delle informazioni tra medici di medicina generale, assistenti sociali, medici specialisti, pediatri di libera scelta, infermieri, fisioterapisti e altre figure professionali;

d) verificare l'avvio del percorso personalizzato ed eventualmente osservare il suo proseguimento (stesura Piano assistenziale individualizzato - PA-, inserimento in Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali - PD-A, ricovero in Ospedale di comunità, ecc.).

L'organizzazione specifica può differenziarsi per le caratteristiche dei territori, ma devono essere rese disponibili competenze sanitarie e sociali integrate che permettano un primo e tempestivo inquadramento e un eventuale ulteriore approfondimento multiprofessionale.

Nelle realtà già attive sono prevalentemente presenti una figura infermieristica, un assistente sociale, un fisioterapista che ricevono direttamente le segnalazioni e, in stretta collaborazione con i dirigenti medici delle cure primarie e i medici di medicina generale, garantiscono costanti relazioni tra professionisti, enti, strutture e caregiver.

Area territoriale.

Dovrebbe essere prevista l'attivazione di un Punto di accesso sociale e sanitario per ogni distretto di circa 100mila abitanti, attivo 10/12 ore al giorno, dal lunedì al venerdì, e almeno 6 ore al sabato e nei giorni prefestivi.

Centrali operative distrettuali

Funzioni.

Devono essere costituite équipe integrate di livello trasversale e locale nei singoli territori a supporto della direzione delle Aziende sanitarie. Il coordinamento trasversale mantiene e alimenta i rapporti tra le centrali operative distrettuali garantendo la circolarità delle indicazioni e l'omogeneità delle soluzioni. Le centrali operative distrettuali svolgono una funzione di raccordo tra le diverse attività e servizi, coordinano e gestiscono l'attività clinico-assistenziale. Esse dovrebbero prevedere la presenza di un medico delle cure primarie, un coordinatore infermieristico dell'assistenza domiciliare, del Punto unico di accesso sociale e sanitario (PUASS), della sanità pubblica, della salute mentale, dei consultori e un rappresentante della medicina generale.

Tra le principali attività è prevista la presa in carico delle persone con patologie croniche, in condizioni di fragilità, colpite da epidemie come nel caso del Covid-19, che necessitano di mantenere la continuità dell'assistenza durante la quarantena, al fine di fornire a domicilio la migliore continuità possibile delle cure e dell'assistenza, in relazione alla condizione di base e all'eventuale infezione da virus.

²⁹  Sull'argomento si leggano le osservazioni di Leonardo Becchetti *Dopo-Covid, la rivoluzione delle reti. L'altro pilastro del welfare*, in *Avvenire* del 4 giugno 2020.

³⁰  Di singolare rilievo le considerazioni di Renato Balduzzi *L'integrazione sociosanitaria si fa a partire dalle comunità*, in *Avvenire* del 16 giugno 2020.

Per questa tipologia di pazienti occorre utilizzare anche sistemi di telemedicina per mantenere attivi servizi e attività a loro dedicati, modificandone le procedure al fine di ottenere anche a distanza la più ampia accessibilità e fruibilità di tali attività.

Tra cui:

- tele monitoraggio dei parametri necessari per verificare la presenza di sintomi legati al Covid-19 o gestire il decorso di una malattia cronica. I principali parametri da monitorare, attraverso medical device, sono la saturazione dell'ossigeno nel sangue, la temperatura corporea, la frequenza respiratoria, la frequenza cardiaca, ecc.;
- telesorveglianza attiva sull'aderenza alle cure e alle norme igieniche indicate per la prevenzione delle infezioni;
- videochiamate programmate con i pazienti e familiari.

Area territoriale.

Le Centrali operative vanno collocate nelle Case della Salute e nelle sedi dei distretti ove queste non sono presenti.

Hospice

Relativamente agli Hospice, va considerato che è opportuna una ricognizione in tutte le Regioni, con un percorso che definisca il fabbisogno anche in merito a patologie non-oncologiche e alla situazione definita in ogni singola Regione relativa alla rete delle cure palliative, anche in rapporto alle reti per la terapia del dolore, come indicato dalla normativa nazionale.

.La stima degli investimenti necessari per le Case della Salute a diversi gradi di complessità, per gli Ospedali di comunità e per gli Hospice è di circa 17 miliardi di euro. È basata sui costi di riferimento per l'edilizia della Direzione generale per la programmazione sanitaria del Ministero della Salute (Tavola 12) calcolando il fabbisogno territoriale senza tenere conto delle strutture esistenti e dei costi per le attrezzature sanitarie. Per arrivare alla valutazione esatta occorrerà naturalmente effettuare il censimento delle strutture esistenti, con una conseguente riduzione delle strutture necessarie con i relativi costi, aggiungendo i costi delle attrezzature”.

Tavola 12 - Dimensione e costi unitari per la realizzazione di Case della Salute, Ospedali di comunità e Hospice					
		Casa della Salute a bassa complessità (Spoke)	Casa della Salute ad alta complessità (Hub)	Ospedale di Comunità	Hospice
Fabbisogno per distretto di circa 100.000 abitanti		2	1	1	1 posto letto ogni 10.000 abitanti
Dimensionamento struttura	Minimo (in mq)	2.000	5.000	15 posti letto	
	Massimo (in mq)	3.000	7.500	20 posti letto	
Costo per singola struttura di NUOVA costruzione	Costo unitario	1.620 € al mq	1.620 € al mq	250.000 a posto letto	200.000 € a posto letto
	Costo per struttura con dimensionamento MINIMO (in euro)	3.240.000	8.100.000	3.750.000	
	Costo per struttura con dimensionamento MASSIMO (in euro)	4.860.000	12.150.000	5.000.000	
Costo per singola struttura RISTRUTTURATA	Costo unitario	1.400 € al mq	1.400 € al mq		
	Costo per struttura con dimensionamento MINIMO (in euro)	2.800.000	7.000.000		
	Costo per struttura con dimensionamento MASSIMO (in euro)	4.200.000	10.500.000		

DECRETO RILANCIO

*Le principali misure negli ambiti sanitario,
sociale e del Terzo settore*

A cura di: Luca Caterino, Andrea De Conno, Marzio Mori

Il gruppo di lavoro³¹ Federsanità – ANCI Toscana che ha lavorato alle attività di ricerca, redazione e revisione del testo è composto da: Marco Betti, Michelangelo Caiolfa, Caterina Campani, Gennaro Evangelista, Barbara Giachi, Chiara Mannucci, Simone Naldoni, Selma Rodrigues, Mauro Soli, Eleonora Valeri. Si ringrazia Nicolò Di Bernardo per le attività di revisione sulle diverse versioni del Decreto che si sono succedute e per il lavoro condotto sull'Allegato. Immagine di copertina di Freepik.

MAGGIO 2020 - Collana: testi A fronte – N. 1/20

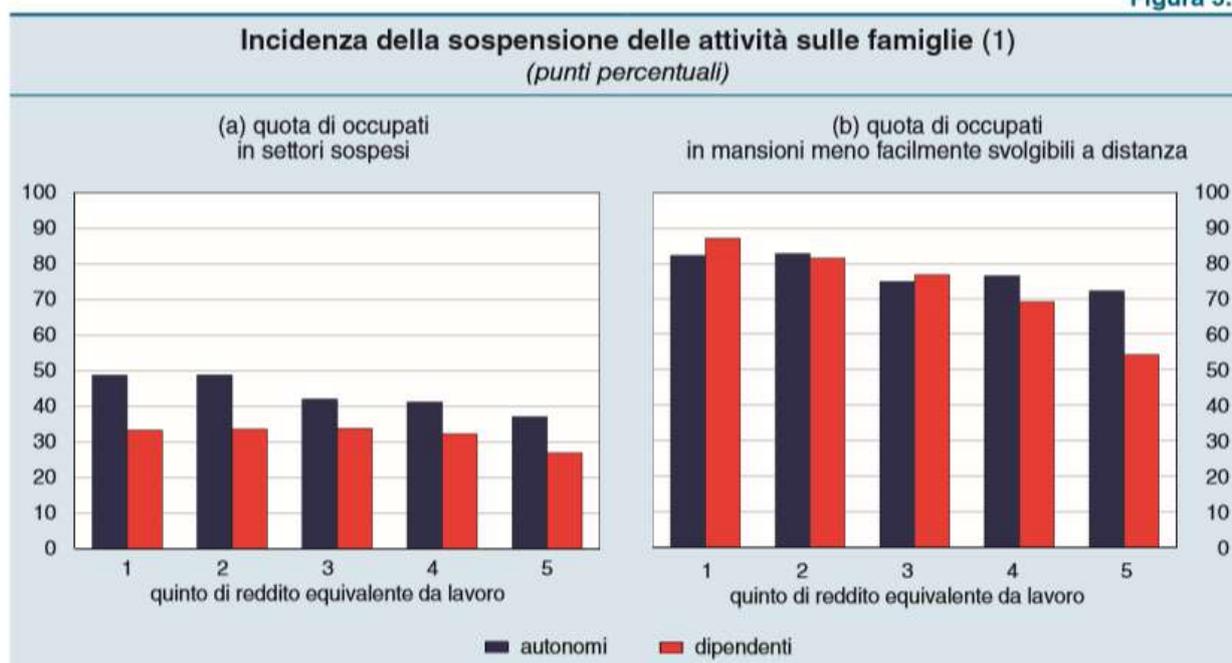
³¹  <https://welforum.it/wp-content/uploads/2020/05/Decreto-Rilancio-Guida-alla-lettura.pdf>.

Il reddito e la sua distribuzione

● Nel primo trimestre del 2020 il reddito disponibile ha risentito della flessione dei redditi da lavoro determinata dall'emergenza sanitaria. Secondo nostre valutazioni – coerenti con l'andamento atteso dell'attività economica nei diversi settori (cfr. il riquadro: *L'attività economica nel primo trimestre del 2020, in Bollettino economico, 2, 2020*) e basate su ipotesi circa la sensibilità al ciclo delle diverse tipologie di impiego – la diminuzione dovrebbe essere stata rilevante per i lavoratori dipendenti e ancora più marcata per gli autonomi, anche se con forti differenze che riflettono la diversa incidenza dei provvedimenti restrittivi sulle attività.

In generale, gli autonomi sono più concentrati nei settori interessati dai provvedimenti di sospensione adottati in marzo e che potrebbero risentire di una persistente debolezza della domanda nei mesi futuri (cfr. il riquadro: *Valutazioni e aspettative delle famiglie italiane nell'attuale fase di emergenza sanitaria*). La quota di occupati in settori oggetto di restrizioni, o impegnati in mansioni che possono meno facilmente essere svolte a distanza, sarebbe stata maggiore per i nuclei familiari con i livelli più bassi di reddito equivalente da lavoro (fig. 5.1).

Figura 5.1

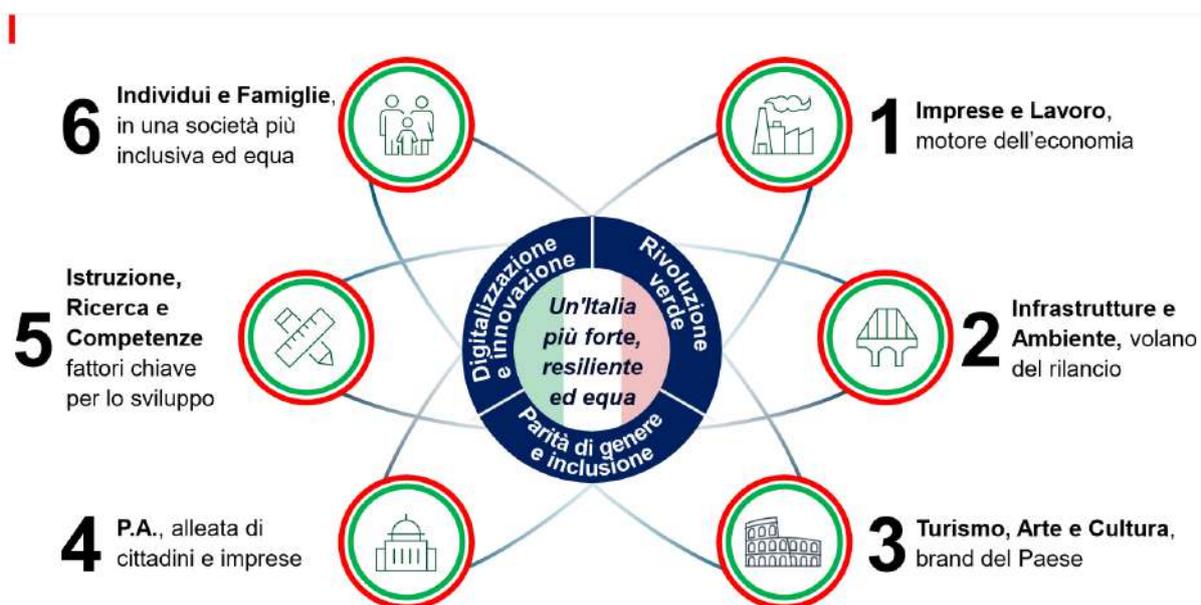


Fonte: elaborazioni su dati Istat, RFL, cfr. nella sezione *Note metodologiche* dell'Appendice la voce *Mercato del lavoro: Rilevazione sulle forze di lavoro*.

(1) Le elaborazioni sono effettuate sulle famiglie con capofamiglia di età inferiore ai 64 anni, in cui ci sia almeno un lavoratore e in cui non siano percepiti redditi da pensione. La distinzione tra dipendenti e autonomi è basata sul reddito prevalente nel nucleo familiare. La definizione dei lavoratori occupati in settori sospesi segue le disposizioni del DPCM dell'11 marzo 2020. Gli occupati in mansioni non facilmente svolgibili a distanza sono individuati secondo le definizioni elaborate in T. Barbieri, G. Basso e S. Scicchitano, *Italian workers at risk during the Covid-19 epidemic*, Banca d'Italia, *Questioni di economia e finanza*, di prossima pubblicazione.

■ Nel medio termine sussiste però il rischio che l'emergenza Covid-19 accentui le disuguaglianze, sia per la maggiore presenza di lavoratori a basso reddito nei settori con più elevato rischio di contagio e con minore possibilità di lavoro a distanza, sia perché gli ammortizzatori sociali offrono un sostegno di natura temporanea, a fronte di ripercussioni potenzialmente durature sulla capacità reddituale dei lavoratori più coinvolti". (cfr. il riquadro: *Gli effetti sui lavoratori di una caduta della domanda o di una riduzione del credito: l'evidenza dalla recessione del 2008-09 del capitolo 8*).

³² Presentata il 29 maggio 2020. Tutti i materiali in <https://www.bancaditalia.it/>.



Scheda 88

88 | Presidi di Welfare di prossimità

Azioni specifiche

“I presidii sono **strutture comunali multiservizio di incontro, orientamento e intervento rivolti a individui, famiglie, anziani, gruppi di pari**. I professionisti che vi operano (psicologi, assistenti sociali, educatori professionali, career counselors) saranno formati per offrire **soluzioni di welfare peculiari a bisogni personalizzati**. I presidii saranno realizzati nei Comuni con più di 50.000 abitanti o presso Comuni consorziati, nell’ambito normativo disegnato dalla legge 328/2000 (legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), con il coinvolgimento di ANCI, Ministero Lavoro e Previdenza Sociale, Ministero Salute, Forum Terzo Settore e Ordini Professionali.

Principali funzioni:

a. Presa in carico multidisciplinare sulle situazioni di disagio e/o svantaggio. – Prevenzione di fenomeni di devianza sociale, dispersione scolastica, dipendenza, violenza di genere, tramite individuazione dei target e attivazione di interventi ad hoc in particolare nelle periferie urbane. – Interventi per giovani e adolescenti, di sostegno all'utilizzo positivo del tempo e al riconoscimento delle proprie potenzialità, anche attraverso la chiave ludico educativa. – Sostegno sulle situazioni transitorie di crisi e difficoltà (lutto, separazione, licenziamento), di transizione (neogenitori, trasferimento, pensionamento...), di conflitto (es. vicinato). – Orientamento ai servizi pubblici e del privato sociale, formali e informali, presenti sul territorio. – Coinvolgimento delle realtà pubbliche e del terzo settore del territorio (Servizi sociali e educativi dei Comuni, agenzie di tutela della salute, attori del privato sociale, Banche del Tempo).

b. La Cabina di regia Benessere Italia avrà il compito di fornire dati, analisi e statistiche utili a monitorare l’andamento dei fenomeni trattati ed informare la progettazione/evoluzione dei modelli di intervento”.

³³ Pubblicate l’ 8 giugno 2020. Sono in <http://www.governo.it/> Sull’argomento utile anche vedere quanto proposto dal Fondo Monetario Internazionale <https://intelligence.weforum.org/> (9 giugno 2020)

Nidi e servizi educativi per l'infanzia³⁴



NIDI E SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA

STATO DELL'ARTE, CRITICITÀ E SVILUPPI
DEL SISTEMA EDUCATIVO INTEGRATO 0-6

GIUGNO 2020



**Dipartimento
per le politiche della famiglia**

Presidenza del Consiglio dei Ministri

³⁴  <https://www.istat.it/> (10 giugno 2020). Si veda anche di ISTAT *Noi Italia 2020*, pubblicato il 25 giugno 2020.



Relazione annuale sulle convalide delle dimissioni e risoluzioni consensuali delle lavoratrici madri e dei lavoratori padri³⁵

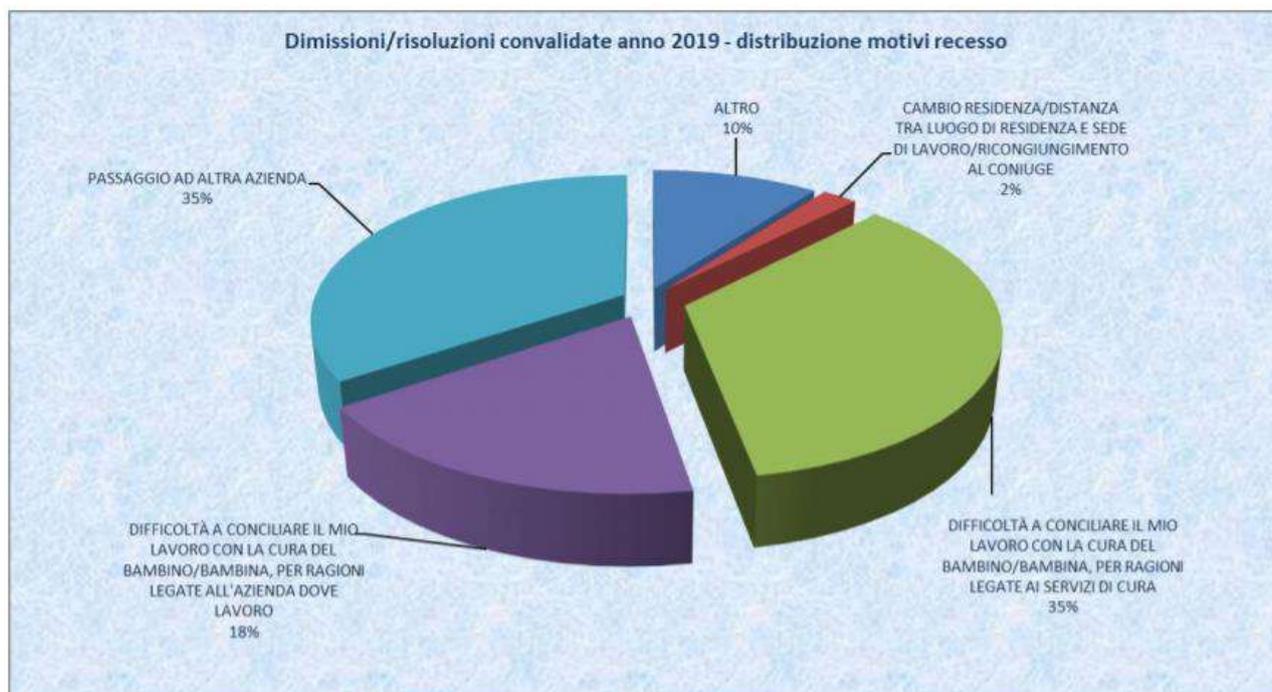


Grafico 9. Dimissioni/risoluzioni convalidate anno 2019 – distribuzione motivi recesso

“Come per gli anni precedenti, le convalide hanno per la maggior parte - il 60% circa del totale - interessato lavoratrici e lavoratori con un solo figlio o in attesa del primo.

Fra le motivazioni delle dimissioni/risoluzioni consensuali adottate da lavoratrici e lavoratori (in sede di colloquio con il personale addetto al rilascio del provvedimento di convalida, volto a accertare la genuinità del consenso) la più ricorrente è rimasta la difficoltà di conciliare l'occupazione lavorativa con le esigenze di cura della prole, registrata in 20.730 casi (20.212 nel 2018), in percentuale pari a circa il 35% del totale, sostanzialmente in linea con quella dell'anno precedente (36%).

Tale motivazione si è sostanziata, in particolare, in: – assenza di parenti di supporto in 15.505 casi (15.385 nel 2018), pari a circa il 27% del totale, percentuale coincidente con quella dell'anno precedente; – elevata incidenza dei costi di assistenza al neonato (es. asilo nido o baby sitter) in 4.260 casi (3.907 nel 2018) pari a circa il 7% del totale, dato corrispondente a quello del 2018; – mancato accoglimento al nido in 965 casi (920 nel 2018), pari a circa il 2% del totale, percentuale identica a quella rilevata nel 2018.

Le causali relative all'azienda in cui la lavoratrice o il lavoratore prestano la loro attività sono risultate pari a 10.856 (10.155 nel 2018), con confermata prevalenza (6.713 casi, a fronte dei 6.317 del 2018) di quella concernente l'organizzazione e le condizioni di lavoro, particolarmente gravose o difficilmente compatibili con la cura della prole. Le restanti motivazioni hanno invece riguardato: – cambiamento della sede di lavoro: 294 (260 nel 2018); – distanza dal luogo di lavoro: 1.821 (1.727 nel 2018); – ragioni concernenti l'orario di lavoro: 1.920 (1.733 nel precedente anno), di cui: • 1.120 (989 nel 2018) per mancata modifica degli orari lavorativi; • 800 (744 nel 2018) per mancata concessione del part time; – modifica delle mansioni svolte: 108 (118 nel 2018). Ancora in crescita è risultato il dato relativo alle dimissioni/risoluzioni consensuali per passaggio ad altra azienda, pari a 20.467 (a fronte delle 18.683 del 2018) equivalenti a circa il 35% del totale delle motivazioni (33% nel 2018)”.

³⁵ Relazione per l'anno 2019, presentata il 24 giugno 2020. Si legge in <https://www.ispettorato.gov.it/>.



Misure per il sostegno e la valorizzazione della famiglia³⁶

“Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per le pari opportunità e la famiglia Elena Bonetti e del Ministro del lavoro e delle politiche sociali Nunzia Catalfo, ha approvato un **disegno di legge** che delega il Governo a adottare misure per il sostegno e la valorizzazione della famiglia.

Il testo delinea la cornice normativa e le scadenze temporali entro le quali il Governo sarà chiamato ad approvare i decreti legislativi di attuazione della delega, con l’obiettivo di:

- ① sostenere la genitorialità e la funzione sociale e educativa delle famiglie;
- ② contrastare la denatalità;
- ③ valorizzare la crescita armoniosa delle bambine, dei bambini e dei giovani;
- ④ favorire la conciliazione della vita familiare con il lavoro, in particolare quello femminile.

Nell’esercizio delle deleghe previste, il Governo dovrà attenersi ai seguenti principi e criteri direttivi:

- assicurare l’applicazione universale di benefici economici ai nuclei familiari con figlie e figli, secondo criteri di progressività basati sull’applicazione di indicatori della situazione economica equivalente (ISEE), tenendo anche conto del numero delle figlie o dei figli a carico;
- promuovere la parità di genere all’interno dei nuclei familiari, favorendo l’occupazione femminile, in particolare nelle regioni del Mezzogiorno, anche attraverso la predisposizione di modelli di lavoro volti ad armonizzare i tempi familiari di lavoro e incentivare il lavoro del secondo percettore di reddito;
- affermare il valore sociale di attività educative e di apprendimento, anche non formale, dei figli, attraverso il riconoscimento di agevolazioni fiscali, esenzioni, deduzioni dall’imponibile o detrazioni dall’imposta sul reddito delle spese sostenute dalle famiglie o attraverso la messa a disposizione di un credito o di una somma di denaro vincolata allo scopo;
- prevedere l’introduzione di misure organizzative, di comunicazione e semplificazione che favoriscano l’accesso delle famiglie ai servizi offerti e la individuazione degli stessi.

Le **principali scadenze temporali** previste per l’adozione dei singoli provvedimenti attuativi sono:

- **entro dodici mesi** dall’entrata in vigore della legge di delega un decreto legislativo istitutivo dell’assegno universale recante il riordino e la semplificazione delle misure di sostegno economico per le figlie e i figli a carico, nonché uno o più decreti legislativi per la istituzione e il riordino delle misure di sostegno all’educazione delle figlie e dei figli;
- **entro ventiquattro mesi** dall’entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi di potenziamento, riordino, armonizzazione e rafforzamento della disciplina inerente ai congedi parentali, gli incentivi al lavoro femminile, le misure di sostegno alle famiglie per la formazione delle figlie e dei figli e per il conseguimento dell’autonomia finanziaria.

➔ Per riflettere sull’argomento rivedere qui anche le pagine 18,19/20, 34, 49/50 e 53.

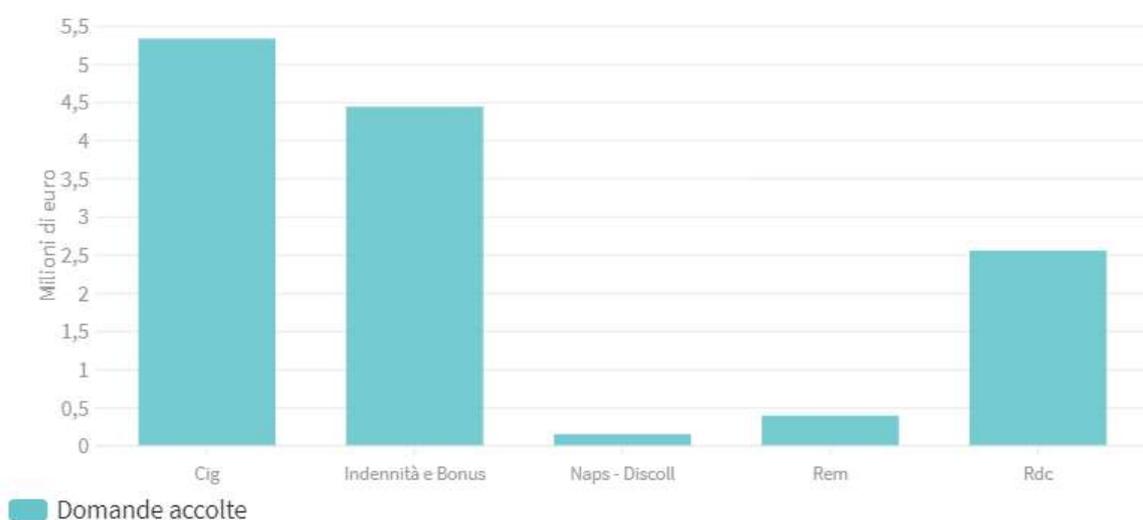
³⁶ Ordine del giorno della riunione dell’ 11 giugno 2020 e comunicato stampa <http://www.governo.it/>.

Due crisi, due welfare³⁷

“Gli anni Duemila hanno visto, a distanza di poco più di dieci anni, il succedersi di due grandi crisi economiche. La prima è la crisi finanziaria 2008-2009, di lunga durata, interna al modello di produzione; la seconda è sanitaria, del 2020, dovuta a fattori esterni e con effetti immediati. Il nostro paese ha reagito in entrambe le occasioni con politiche di aumento della spesa pubblica, anche per garantire sostegno al reddito dei lavoratori. (...)

Nella crisi sanitaria di oggi, il quadro degli interventi è più articolato. Accanto alle misure di cassa integrazione sono stati introdotti interventi universalistici, sia contingenti alla crisi sia strutturali (indennità, bonus, fondo di ultima istanza, reddito di emergenza, reddito di cittadinanza) e azioni, sostanzialmente molto residuali, collegate al concetto della flexsecurity (Naspi (grafico 2).

Grafico 2 - Misure di sostegno al reddito dei lavoratori presenti nella crisi sanitaria 2020 (prestazioni effettivamente erogate)



Fonte: Inps • Per la cassa integrazione dati al 19.06.2020, per le indennità e bonus dati al 19.06.2020, per Naspi - Dis-Coll dati maggio 2020, per il Rem dati al 19.06.2020, per l'Rdc dati annuali. 

(...) Nel 2020, per milioni di lavoratori autonomi e a termine sono previsti interventi di allocazione pubblica generalizzata di reddito che non c'erano nel 2008-2009 e che possono aver limitato l'esigenza di ricercare un immediato reddito sostitutivo nei settori occupazionali attivi. Tali misure non limitano la caduta occupazionale: la diminuzione congiunturale dell'occupazione — 497 mila unità in meno rispetto ad aprile 2019 — è infatti riferibile unicamente ai lavoratori contingenti (-480 mila) e autonomi (-192 mila), mentre per i permanenti, destinatari della cassa, si registra un + 175 mila). Hanno però garantito strumenti più immediati di regime reddituale sostitutivo rispetto alla cassa integrazione.

L'analisi dei welfare emergenziali nelle due crisi ci porta, così, a un'ultima considerazione: la necessità di riorganizzare e semplificare il sistema degli ammortizzatori sociali. Lo si può fare attraverso l'armonizzazione e la razionalizzazione degli strumenti di protezione in costanza di rapporto di lavoro con quelli trasversali e universalistici. Tenendo in considerazione che, allora come oggi, le forme contrattuali contingenti appaiono più vulnerabili agli shock economici generalizzati".

³⁷  Testo di Massimo De Minicis pubblicato il 22 giugno 2020. Si legge in <https://www.lavoce.info/>.



XIII Conferenza Il welfare state di fronte alle sfide globali³⁸

SESSIONI³⁹

- 1 – **Homesharing: between policy and individual political activism** (Matteo Bassoli, Francesca Campomori).
- 2 – **Il social work nei Servizi per la tutela dei minori: tra orientamenti partecipativi e necessità di protezione** (Elena Cabiati, Valentina Calcaterra, Maria Luisa Raineri).
- 3 – **Contrastare la povertà o governare i poveri? Welfare, controllo sociale, disciplinamento** (Sandro Busso, Antonella Meo).
- 5 – **Dal Rei al Reddito di Cittadinanza: L'evoluzione delle politiche contro la povertà in Italia** (Cristiano Gori, Alessandro Martelli).
- 6 – **Le sfide dell'invecchiamento: riflessioni teoriche e 'buone pratiche', fra pressioni funzionali e inerzia istituzionale** (Carla Facchini, Ilaria Madama, Franca Maino, Federico Razetti).
- 7 – **Digitalizzazione, algoritmi, automazione. Fine del lavoro o incremento della produttività?** (Massimo De Minicis, Nicola Lettieri).
- 8 – **La valutazione di impatto delle politiche pubbliche** (Davide Azzolini, Loris Vergolini).
- 9 – **Work and Welfare in the Digital Era: policies, actors, institutions** (David Natali, Igor Guardiancich, Tullia Galanti).
- 10 – **Co-produzione di servizi e politiche innovative nella rigenerazione urbana e nei servizi socio-sanitari/long-term care** (Silvia Cervia, Guido Giarelli, Claudia Faraone, Giovanna Muzzi, Maria Chiara Tosi, Paola Maria Torrioni, Anastasia Guarna, Donatella Salemi).
- 11 – **Meridione: legalità, formazione e nuove politiche di intervento** (Giuseppina Cersosimo, Carmine Clemente).
- 12 – **The social crisis of the European Union: challenges, conflicts, reactions and new policy initiatives towards the European Social Union** (Marcello Natili, Patrik Vesan; Keynote speaker: David Natali).
- 13 – **Le dimensioni cognitive, organizzative ed etiche della valutazione** (Dora Gambardella, Mita Marra).
- 14 – **Lavoro sessuale, prostituzione e tratta di esseri umani: politiche e intervento sociale** (Giulia Garofalo Geymonat, Giulia Selmi).
- 15 – **Social Investment in Post-Crisis Southern Europe: Political Viability, Multi-level Governance and Socioeconomic Challenges** (Anton Hemerijck, Stefano Ronchi, Gemma Scalise).
- 16 – **Ibridazione dei regimi di welfare: verso un Modello Sociale Europeo?** (Giovanni Bertin, Giuseppe Moro).
- 17 – **Le politiche di integrazione dei giovani figli di immigrati: quali pratiche e quali sfide?** (Eleonora Vlach, Debora Mantovani).
- 18 – **A contextualization of poverty in a multidimensional perspective.**

³⁸ <https://www.espanet-italia.net/tema-della-conferenza-2020/> Conferenza on line 17 – 20 settembre 2020.

³⁹ Rilevante: al titolo di ogni sessione è abbinata una significativa serie di indicazioni bibliografiche e/o sitografiche.

- 19 – **Lezioni dalla sanità? Il Servizio Sanitario Nazionale dal decentramento al regionalismo differenziato** (Stefano Neri, Guido Giarelli).
- 20 – **La programmazione zonale di fronte alla sfida degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (SDGs)** (Gabriele Tomei, Francesca Pia Scardigno).
- 21 – **Welfare partecipativo: saperi dell’esperienza e reframing delle politiche sociali** (Vincenza Pellegrino, Giulia Rodeschini).
- 23 – **Strategie in contesto: dal Social Investment alla Social Innovation nel welfare territoriale in Italia** (Barbara Da Roit, Maurizio Busacca).
- 24 – **Intrecci tra riforma del sistema sportivo e welfare: soggetti, pratiche e istituzioni delle politiche sociali basate sullo sport** (Francesco Pirone).
- 25 – **Istruzione, occupazioni e stratificazione sociale nei diversi assetti territoriali di mercati e welfare** (Gianluca Argentin, Patrizia Falzetti, Emmanuele Pavolini).
- 26 – **Innovazione sotto pressione? Il caotico sviluppo delle politiche attive del lavoro per migranti e rifugiati in Italia** (Gaia Testore, Leila Giannetto).
- 27 – **Misure di contrasto alla povertà e di attivazione alla luce delle esperienze fatte finora: percorsi di inserimento, dinamiche di vita quotidiana delle persone beneficiarie e ruolo del servizio sociale** (Ignazia Bartholini, Urban Nothdurfter, Andrea Bilotti).
- 28 – **Ruolo e ambiti di intervento del servizio sociale davanti alle trasformazioni globali** (Elisa Matutini).
- 29 – **Vita indipendente e inclusione sociale delle persone con disabilità: le politiche sociali tra sfide e opportunità** (Mara Tognetti, Marco Terraneo).
- 30 – **Sfide globali, amministrazioni locali: innovazioni possibili per il welfare territoriale** (Paolo Rossi, David Benassi).
- 31 – **La prospettiva anti-oppressiva nel sistema socio-sanitario italiano** (Elena Allegri, Barbara Rosina, Mara Sanfelici, Luana Boaglio, Alberto De Michelis).
- 32 – **Politiche di genere e work-life balance: sinergie, strategie e innovazioni di welfare** (Isabella Crespi, Elena Macchioni).
- 33 – **La residenza e la sua rilevanza per le politiche sociali** (Enrico Gargiulo).
- 34 – **La costruzione del reddito e della condizione di autonomia dei giovani, fra segmentazione del lavoro e ricerca di futuro** (Alessandro Chiozza, Luca Mattei, Benedetta Torchia).
- 35 – **Il disagio abitativo e l’approccio della multidimensionalità: consistenza, strategie e interventi** (Francesca Bergamante, Tiziana Canal, Marco Marucci, Matteo D’Emilione).
- 36 – **Social rights and the European Welfare State: on the relationship between individual and public responsibilities** (Elena Granaglia, Gianluca Busilacchi).
- 37 – **Il welfare di fronte alla crisi demografica. Il ruolo dell’immigrazione e delle politiche per la natalità e le famiglie con figli** (Letizia Ravagli, Nicola Sciclone).
- 38 – **Un nuovo professionalismo nel welfare? Coesistenza di diverse logiche istituzionali e strategie di “navigazione” nelle pratiche professionali** (Willem Tousijn e Laura Cataldi)

