# TENDENZE DEMOGRAFICHE E TRASFORMAZIONI SOCIALI

## NUOVE SFIDE PER IL SISTEMA DI WELFARE

CAPITOLO 4

# QUADRO D'INSIEME

Il sistema di welfare italiano si trova a fronteggiare numerosi elementi di criticità, anche in conseguenza della crisi economica che ha attraversato il nostro Paese. In un contesto di riduzione dei fondi destinati alle politiche sociali, da un lato, e di crescenti condizioni di disagio economico delle famiglie, dall'altro, si dipanano gli effetti delle trasformazioni demografiche e sociali, caratterizzate dall'accelerazione del processo di invecchiamento della popolazione e da mutamenti della struttura delle famiglie che riducono gli aiuti informali scambiati, a causa delle modificazioni delle reti.

**Si vive sempre più a lungo ma resta bassa la propensione ad avere figli**. Nel 2012 la speranza di vita alla nascita è giunta a 79,6 anni per gli uomini e a 84,4 anni per le donne (rispettivamente superiore di 2,1 anni e 1,3 anni alla media europea del 2012). Allo stesso tempo il nostro Paese è caratterizzato dal persistere di livelli molto bassi di fecondità, in media 1,42 figli per donna nel 2012 (media Ue28 1,58).

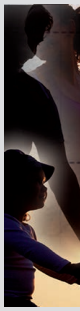
**Si accentua l'invecchiamento della popolazione**. La vita media in continuo aumento, da un lato, e il regime di persistente bassa fecondità, dall'altro, ci hanno fatto conquistare a più riprese il primato di Paese con il più alto indice di vecchiaia del mondo: al 1° gennaio 2013 nella popolazione residente si contano 151,4 persone di 65 anni e oltre ogni 100 giovani con meno di 15 anni. Tra i Paesi europei ci supera solo la Germania (158), mentre la media Ue28 è pari 116,6 (Tavola 4.1). Questa misura rappresenta il "debito demografico" contratto da un paese nei confronti delle generazioni future, soprattutto in termini di previdenza, spesa sanitaria e assistenza. Trent'anni di tale evoluzione demografica ci consegnano un paese profondamente trasformato nella sua struttura e nelle sue dinamiche sociali e demografiche. Alle sfide che la globalizzazione e le crisi finanziarie impongono ai sistemi paese, l'Italia si presenta con una struttura per età fortemente squilibrata, in termini di rapporto tra popolazione

**Tavola 4.1 Principali indicatori della dinamica demografica per Ue28, alcuni paesi europei e ripartizione geografica - Anno 2012**

| | Speranza di vita alla nascita | | Tasso di fecondità totale | Indice di vecchiaia (a) | Saldo migratorio con l'estero | Stranieri (per cento residenti) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Maschi | Femmine | | | | |
| Ue28 | 77,5 | 83.1 | 1,58 | 116,6 | - | - |
| Germania | 78,6 | 83,3 | 1,38 | 158,0 | 2,9 | 9,1 |
| Francia | 78,7 | 85,4 | 2,00 | 96,7 | 0,6 | 6,0 |
| Regno Unito | 79,1 | 82,8 | 1,92 | 97,7 | 2,8 | 7,6 |
| Spagna | 79,5 | 85,5 | 1,32 | 115,8 | 3,0 | 11,2 |
| Nord-ovest | 79,8 | 84,7 | 1,48 | 164,4 | 4,7 | 9,7 |
| Nord-est | 80,1 | 85,1 | 1,47 | 157,3 | 4,0 | 10,1 |
| Centro | 79,7 | 84,4 | 1,42 | 166,4 | 6,5 | 9,1 |
| Mezzogiorno | 79,0 | 83,7 | 1,34 | 131,1 | 2,4 | 3,0 |
| **Italia** | **79,6** | **84,4** | **1,42** | **151,4** | **4,1** | **7,4** |

Fonte: Eurostat; Istat, Tavole di mortalità; Iscritti in anagrafe per nascita; Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile; Iscrizioni e cancellazioni all'anagrafe per trasferimento di residenza; Movimento e calcolo della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza
(a) Anno 2013.





in età attiva e non, e con una dinamica demografica che non potrà che aggravare il processo di invecchiamento, a meno di politiche sociali in grado di mutare in profondità i comportamenti individuali e familiari.
Le previsioni demografiche consentono di apprezzare come si modificherà la struttura per età della popolazione nei prossimi 30 anni (Figura 4.1). Si può osservare l'inasprirsi del processo di invecchiamento, soprattutto nel Mezzogiorno, dove dal 2011 al 2041 la proporzione di ultrasessantacinquenni per 100 giovani con meno di 15 anni risulterà più che raddoppiata passando da 123 a 278. Nello stesso periodo al Centro-Nord l'indice di vecchiaia aumenterà di oltre una volta e mezza, da 159 a 242. La lettura della piramide consente di cogliere gli effetti delle dinamiche che alimentano e depauperano la popolazione. In particolare la base più ristretta rispetto alla parte centrale, è dovuta all'effetto della denatalità che erode la consistenza quantitativa delle nuove generazioni. La crescente longevità produce al contrario una espansione del vertice.
Il "rigonfiamento", in corrispondenza della popolazione in età attiva e nel 2041 degli ultrasessantacinquenni, è, come noto, dovuto alle generazioni del "baby-boom", o più in generale ai nati tra gli anni '60 (circa un milione annuo) e la seconda metà degli anni '70. Da allora le nascite hanno registrato una continua diminuzione fino alle 526 mila unità del 1995, anno in cui si è raggiunto anche il livello più basso della fecondità: 1,19 figli per donna.
Le nascite sono successivamente aumentate fino al massimo relativo di 576 mila e 700 nel 2008, mentre il massimo della fecondità si è osservato nel 2010 (1,46 figli per donna). Questa fase di aumento della fecondità è da attribuire largamente ai comportamenti riproduttivi dei cittadini stranieri ed è ravvisabile solo nelle regioni del Nord e del Centro del Paese, dove la loro presenza è più stabile e radicata.[1] Al contrario nelle regioni del Mezzogiorno si osserva un processo di continua diminuzione del numero medio di figli per donna (Figura 4.2) che le ha portate a raggiungere livelli più bassi delle regioni del Centro-Nord dal 2006 (par. 4.1 **Il dualismo demografico**).

pagina 160



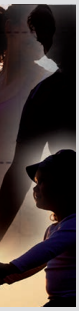
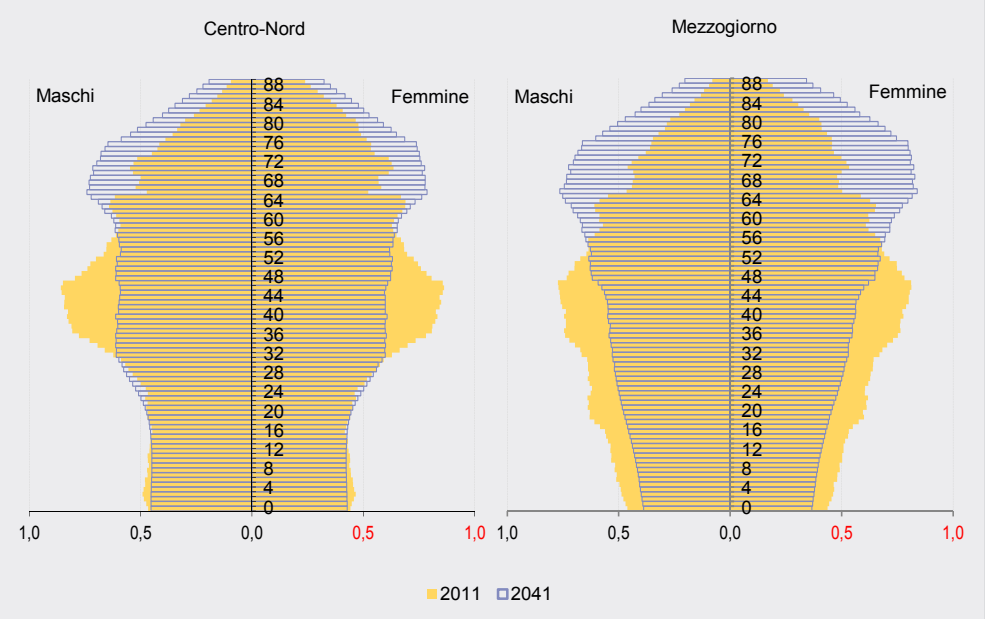


**Figura 4.1 Piramidi delle età a confronto. Centro-Nord e Mezzogiorno - Anni 2011 e 2041**
(a) (valori percentuali)




Fonte: Istat, Censimento popolazione e abitazioni; Previsioni demografiche
(a) Previsioni demografiche (Anni 2011-2065) - dati pre-Censimento 2011 di fonte anagrafica. Scenario centrale.

**Dal 2008, con l'avvio della crisi economica si inverte il trend di crescita della natalità e della fecondità in atto dal 1995**: nel 2013 si stima che saranno iscritti in anagrafe per nascita poco meno di 515 mila bambini, circa 64 mila in meno in cinque anni e inferiori di 12 mila unità al minimo storico delle nascite del 1995. Questa nuova fase di denatalità non può non accelerare ulteriormente il processo di invecchiamento in atto.

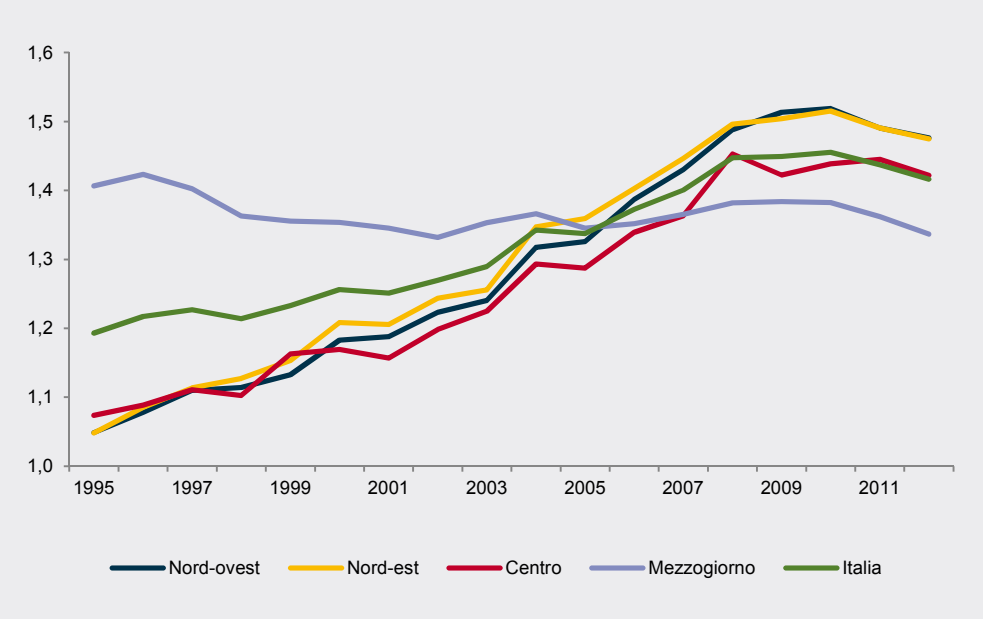
**Va segnalato che il calo della natalità negli ultimi 5 anni è ravvisabile in quasi tutti i paesi europei**, seppur con ritmi e intensità diverse, e viene messo in relazione con la crisi economica[2] anche se non è possibile stabilire con certezza un legame causale. Nel nostro Paese gli effetti della sfavorevole congiuntura economica sulla natalità vanno a sommarsi a quelli "strutturali" dovuti alle importanti modificazioni della popolazione femminile in età feconda (da 15 a 49 anni).

**Le donne italiane in età feconda sono sempre meno numerose, fanno meno figli e sempre più tardi**. Per le residenti di cittadinanza italiana, si sta realizzando l'uscita dall'esperienza riproduttiva delle "baby-boomers", le donne nate tra la metà degli anni '60 e la metà degli anni '70, molto più numerose delle generazioni più giovani che stanno via via entrando nel pieno della vita riproduttiva. Considerando le donne attualmente in età feconda, quelle fino a 30 anni (ovvero le nate dal 1998 al 1983) sono poco più della metà delle donne con oltre 30 anni (le nate dal 1982 al 1964). Meno donne in età feconda significa tendenzialmente meno nascite. A questo effetto struttura, che sarà particolarmente pronunciato almeno per i prossimi 10-15 anni, si aggiunge la posticipazione e la tendenza alla diminuzione della fecondità delle successive coorti di donne italiane (par. 4.1 **Il dualismo demografico**). Le coorti più giovani quindi oltre ad essere molto meno numerose fanno meno figli e sempre più tardi.

a pagina 160

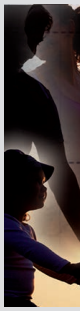
**Le donne straniere "invecchiano" e la loro fecondità è in calo**. La popolazione femminile straniera in età feconda sta rapidamente "invecchiando": la quota di donne straniere in età 35-49 anni, rispetto al totale delle donne straniere in età feconda

**Figura 4.2 Numero medio di figli per donna per ripartizione geografica di residenza della madre - Anni 1995-2012**




Fonte: Istat, Tavole di fecondità regionale





(15-49 anni), è aumentata di 6 punti percentuali dal 2005 al 2013 passando dal 41 al 47 per cento. Questo effetto è una conseguenza delle dinamiche dell'immigrazione nell'ultimo decennio. Le grandi regolarizzazioni[3] del 2002 hanno dato origine nel corso del 2003-2004 alla concessione di circa 650 mila permessi di soggiorno. Questi si sono in gran parte tradotti in un "boom" di iscrizioni in anagrafe dall'estero facendo raddoppiare, rispetto al biennio precedente, il saldo migratorio degli anni 2003-2004 (in totale oltre 1 milione 100 mila unità).

Le *boomers*, che hanno fatto il loro ingresso o sono "emerse" in seguito alle regolarizzazioni, hanno nei dieci anni successivi realizzato buona parte dei loro progetti riproduttivi nel nostro Paese, contribuendo in modo importante all'aumento della fecondità di periodo. Pur mantenendosi su livelli di fecondità decisamente più elevati di quelli delle donne italiane (rispettivamente 2,37 e 1,29 figli per donna nel 2012), il numero medio di figli per donna delle cittadine straniere è anch'esso in rapida diminuzione e il loro contributo alla fecondità complessiva della popolazione si va progressivamente riducendo (Figura 4.3).

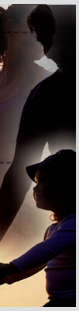
Diverso è il caso delle donne immigrate che hanno un progetto migratorio prevalentemente per motivi di lavoro. La fecondità realizzata in Italia da queste donne è generalmente bassa. È il caso ad esempio delle donne ucraine, moldave, filippine, peruviane ed ecuadoriane, che hanno alti tassi di occupazione, prevalentemente nei servizi alle famiglie (Figura 4.4)

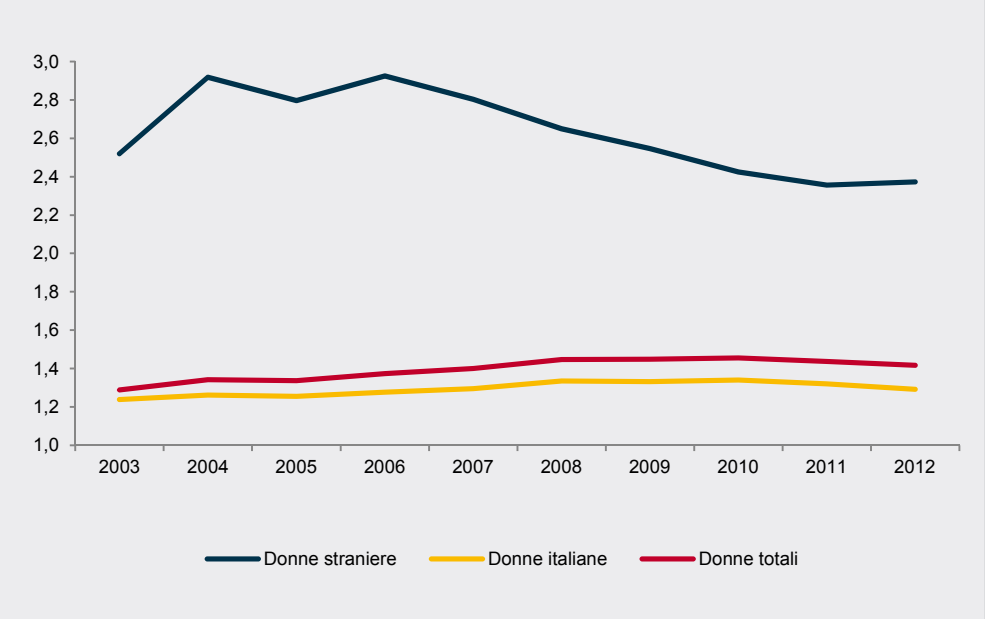
**Sono diminuiti di oltre 76 mila in 5 anni i nati da entrambi i genitori italiani, mentre quelli con almeno un genitore straniero, hanno continuato ad aumentare fino al 2012**, superando le 100 mila unità[4] pari a un quinto dei nati della popolazione residente, seppure a un ritmo di crescita sempre più contenuto (Figura 4.5); per il 2013 ci si attende per la prima volta una diminuzione anche dei nati stranieri.

**La dinamica migratoria si è però attenuata con la crisi, pur restando, come avviene da oltre un ventennio, positiva**. Gli ingressi di cittadini stranieri hanno

**Figura 4.3 Numero medio di figli per donna per cittadinanza della madre - Anni 2003-2012**



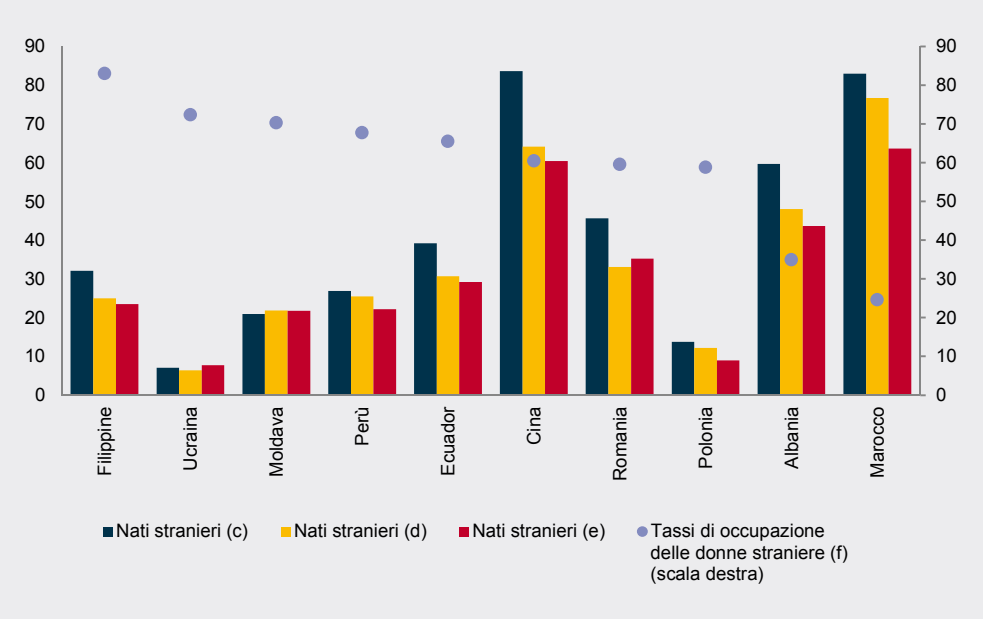





Fonte: Istat, Iscritti in anagrafe per nascita

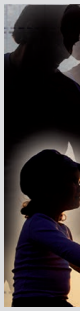
anche in parte rallentato il ritmo di invecchiamento della popolazione residente, sia direttamente grazie al giovane profilo per età degli immigrati sia indirettamente grazie al contributo dei cittadini stranieri alla fecondità. Questo è vero soprattutto al Nord e al Centro dove risultano iscritti in anagrafe al 1° gennaio 2013 quasi 10 cittadini stranieri ogni 100 residenti a fronte del 3 per cento del Mezzogiorno (7,4 per cento a livello medio nazionale). Negli ultimi anni, tuttavia, il fenomeno si è andato riducendo. Nel 2012 gli iscritti dall'estero sono stati 351 mila, in diminuzione rispetto al periodo pre-crisi (527 mila unità nel 2007), con un calo del 33,5 per cento e le emigrazioni sono più che raddoppiate, da quasi 51 mila nel 2007 a oltre 106 mila nel 2012. In confronto all'anno precedente le iscrizioni dall'estero si riducono del 9,1 per cento mentre le emigrazioni verso l'estero aumentano del 28,8 per cento. Il saldo migratorio netto con l'estero, pari a 245 mila unità, registra il valore più basso dal 2007 (Figura 4.6).
L'Italia continua ad attrarre comunque numerosi cittadini stranieri dall'estero. Nel 2012, dei 351 mila iscritti dall'estero, 321 mila sono cittadini stranieri. Sebbene in calo rispetto agli anni precedenti, il dato mostra che l'Italia è ancora meta, nonostante la crisi, di consistenti flussi migratori dall'estero. La comunità straniera più rappresentata tra gli immigrati è quella rumena che conta quasi 82 mila iscrizioni, seguono quelle cinese (oltre 20 mila), marocchina (quasi 20 mila) e albanese (14 mila). Il numero di cittadini stranieri che lasciano l'Italia è in aumento rispetto all'anno precedente: circa 38 mila emigrazioni per l'estero su complessive 106 mila registrate nel 2012 riguardano cittadini stranieri (+17,9 per cento).
**Sono sempre più numerosi gli italiani che si trasferiscono all'estero: aumentano gli espatri e calano i rientri**. Nel 2012 gli italiani di rientro dall'estero sono circa 29 mila, 2 mila in meno rispetto all'anno precedente, al contrario è marcato l'incremento dei connazionali che decidono di trasferirsi in un Paese estero. Il numero di emigrati italiani è pari a 68 mila unità, il più alto degli ultimi dieci anni, ed è cresciuto del 35,8 per cento rispetto al 2011.

**Figura 4.4 Nati stranieri per mille donne dello stesso paese di cittadinanza e tassi di occupazione delle donne straniere per alcuni paesi di cittadinanza** (a) (b) **- Anni 2004, 2008, 2012 e Media 2008-2013**




Fonte: Istat, Iscritti in anagrafe per nascita; Movimento e calcolo annuale della popolazione straniera residente e struttura per cittadinanza; Censimento generale della popolazione e delle abitazioni
(a) I nati stranieri per singola cittadinanza sono stati rapportati alla popolazione media femminile della stessa cittadinanza e poi moltiplicati per mille. (b) I tassi di occupazione si riferiscono alle donne straniere tra 15 e 64 anni. (c) Per mille donne straniere - Anno 2004. (d) Per mille donne straniere - Anno 2008. (e) Per mille donne straniere - Anno 2012. (f) Media 2008-2013.





**Prosegue l'aumento del numero di famiglie e diminuisce la loro dimensione**. Dal 2006 al 2013 si osserva un incremento del 7,6 per cento del numero totale di famiglie, cresciute da 23 milioni e 216 mila (in media 2006-2007) a 24 milioni e 979 mila (in media 2012-2013). Contemporaneamente prosegue la diminuzione del numero medio di componenti per famiglia da 4 (1951), a 2,6 (2001), a 2,4 (2011), con punte massime, oggi, in Campania (2,8) e minime in Liguria (2,1).

**Alcune famiglie, tuttavia, si ricompattano**. Un fenomeno emergente – in controtendenza rispetto ai processi di semplificazione della struttura familiare in atto da alcuni decenni – è proprio la crescita tra il 2006-2007 e il 2012-2013 delle famiglie con due o più nuclei, che raggiungono nel 2012-2013 l'1,5 per cento delle famiglie italiane (370 mila famiglie). Le persone che vivono in famiglie con più nuclei (3,0 per cento della popolazione di 15 anni e più) sono aumentate di 438 mila unità nell'ultimo quinquennio arrivando a 1 milione e 567 mila persone di 15 anni e più. La ricompattazione delle famiglie si va realizzando con il rientro dei figli nei nuclei genitoriali dopo separazioni, divorzi, emancipazioni non riuscite o con la coabitazione con parenti (a loro volta costituenti nucleo, per coppia o filiazione). Nelle famiglie con più nuclei aumentano infatti le persone celibi e nubili, i coniugati coabitanti, i separati e i divorziati. Si tratta generalmente di persone giovani (fino a 34 anni di età), più spesso di donne. Potrebbe trattarsi di una strategia di riorganizzazione messa in atto dalle famiglie, con l'obiettivo di fronteggiare la crescente fragilità dei percorsi di emancipazione dei suoi membri e assicurare la sostenibilità economica in risposta alle attuali difficoltà (par. 4.4 **Il contributo dei pensionati al reddito delle famiglie**).Tra queste vanno menzionate le difficoltà del mercato immobiliare delle abitazioni: le convenzioni notarili per trasferimento di unità immobiliari ad uso abitazione sono in effetti crollate dalle 941.766 del 2003, alle 843.466 del 2008 (-10,4 per cento) alle 544.392 del 2013 (-42,2 per cento dal 2003). Nello stesso arco temporale, anche le concessioni di ipoteca per mutui, finanziamenti ed altre obbligazioni concesse da banche e soggetti diversi dalle banche sono state caratterizzate da un trend negativo, con una variazione percentuale tendenziale del -48,1 per cento tra il 2003 e il 2013.

pagina 180



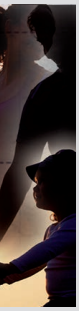
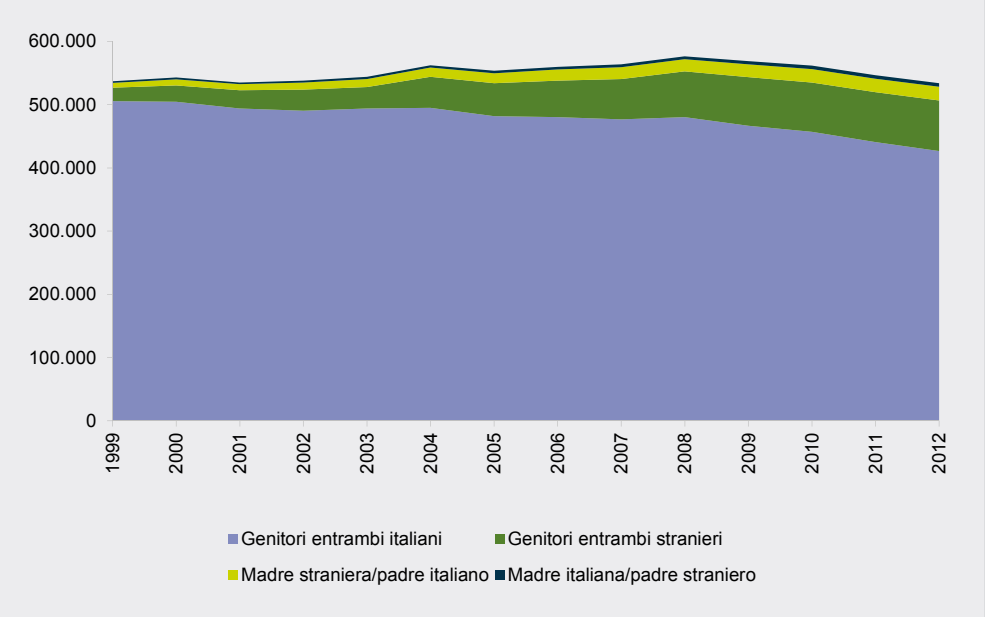


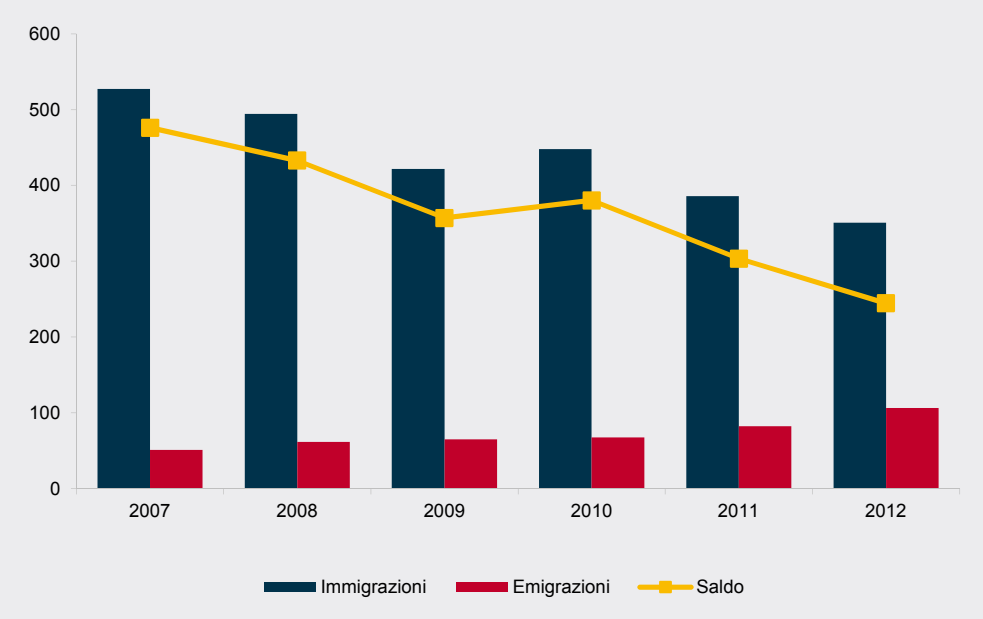
**Figura 4.5 Nati per tipologia di coppia** (a) **- Anni 1999-2012**
(valori assoluti)




Fonte: Istat, Iscritti in anagrafe per nascita
(a) Vengono considerati nel totale solo i dati per cui è disponibile l'informazione sulla cittadinanza dei genitori.

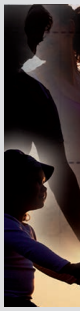
**Le coppie con figli sono sempre meno numerose**: sono circa 8 milioni e 600 mila (circa 320 mila in meno rispetto al 2006-2007) e rappresentano appena il 34,6 per cento del totale delle famiglie (media 2012-2013) e circa la metà delle famiglie con un nucleo senza membri aggregati. In particolare, a seguito della contrazione della nuzialità e della fecondità, sono le coppie coniugate con figli a diminuire più rapidamente nello stesso periodo dal 37,3 al 32,6 per cento. La forma familiare più tradizionale, dunque, che, ancora 20 anni or sono (1993-1994) era maggioritaria, rappresenta oggi meno di una famiglia su 3.
Invece, le coppie senza figli, in linea con la tendenza già osservata da diversi anni, sono in aumento: sul totale delle famiglie composte da un nucleo, passano dal 28,7 al 29,3 per cento (pari a 4 milioni e 852 mila famiglie, con un incremento di 165 mila).
**Le famiglie unipersonali sono cresciute del 23,1 per cento tra il 2006-2007 e il 2012-2013:** hanno superato i 7,5 milioni, arrivando a rappresentare il 30,2 per cento delle famiglie italiane. Il 48,7 per cento delle persone che vivono sole sono anziani di 65 anni e più (l'11,1 per cento delle persone sole ha più di 85 anni). Il divario di genere è importante: in virtù della più alta aspettativa di vita – specialmente nelle coorti oggi già invecchiate – fra le donne, la percentuale di persone sole ascrivibile alle fasce di popolazione anziana (65 anni e più) raggiunge il 62,5, mentre fra gli uomini è del 30,0. La crescita delle famiglie unipersonali si deve anche all'aumento dei single non vedovi (4,4 milioni nel 2012-2013 un milione in più rispetto al 2006-2007).
Le famiglie di monogenitori non vedovi superano quota 1,5 milioni, con un aumento del 47 per cento rispetto al 2006-2007 e con una numerosità pari a 3,7 milioni di persone. La maggioranza di queste famiglie è costituita da madre con figli (83,7 per cento).
**La rete di parentela si modifica e sarà sempre meno in grado di fornire aiuti**.
Nel nostro Paese le reti di aiuto informale svolgono un ruolo molto importante nel sostenere gli individui nei momenti della vita caratterizzati da maggiore vulnerabilità: i giovani che non hanno un lavoro, le madri lavoratrici con figli piccoli, gli anziani non

**Figura 4.6 Immigrazioni, emigrazioni e saldo migratorio con l'estero - Anni 2007-2012**
(valori in migliaia)




Fonte: Istat, Iscrizioni e cancellazioni all'anagrafe per trasferimento di residenza





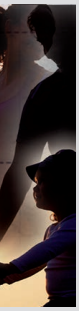
autosufficienti, le persone disabili. Negli ultimi decenni, tuttavia, è aumentata in misura considerevole la quota di popolazione anziana e quella dei grandi anziani. Questo ha comportato, da un lato, grazie anche alle migliori condizioni di vita raggiunte da questa fascia di popolazione, un incremento della quota di anziani che si attiva all'interno delle reti di aiuto informale; dall'altro, ha determinato la crescita di nuovi bisogni da parte dei grandi anziani ultraottantenni. Inoltre, è cresciuta la presenza delle donne nel mercato del lavoro, anche se il carico di lavoro di cura continua a essere particolarmente elevato e le politiche di conciliazione dei tempi di vita non hanno ancora realizzato la necessaria flessibilità organizzativa caratteristica di molti altri paesi europei. Infine, si è ridotto il numero di componenti della famiglia a causa della diminuzione delle nascite, ma anche per effetto dell'instabilità coniugale.

**La rete di parentela si modifica diventando sempre più "stretta e lunga"**.

Il complesso intreccio di queste trasformazioni ha generato, in particolare, una crescente difficoltà da parte delle donne – il pilastro delle reti di aiuto – a sostenere il carico di un lavoro di cura che interessa fasi della vita sempre più dilatate. Il mutuo sostegno tra le generazioni di madri e di figlie è diventato sempre meno agevole, comportando strategie di progressivo adattamento della rete informale all'emergere di nuovi bisogni, una diminuzione dell'impegno medio dei *care giver* in termini di ore dedicate al lavoro di cura, una maggiore condivisione dell'aiuto con altre persone.

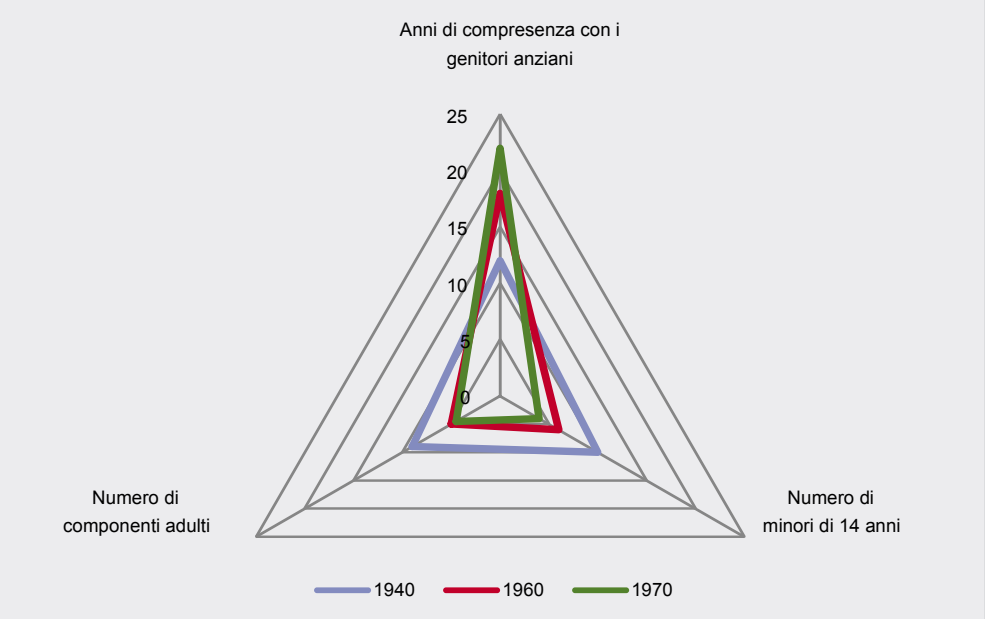
L'impatto dei mutamenti sociodemografici sulle reti di parentela può essere meglio compreso confrontando tre generazioni di donne rappresentative di coorti che hanno vissuto momenti cruciali della nostra storia: quelle nate nel 1940 (attualmente settantaquattrenni, che hanno trascorso infanzia e adolescenza durante la guerra e nel secondo dopoguerra), quelle nate nel 1960 (attualmente cinquantaquattrenni, rappresentative delle generazioni del baby-boom), e quelle nate nel 1970 (le attuali quarantaquattrenni che si avviano verso la conclusione della loro storia riproduttiva). Le biografie di queste tre generazioni di donne vengono confrontate all'età di quaranta anni, momento in cui la maggior parte di loro è madre di almeno un bambino di età inferiore ai 14 anni. Il numero complessivo di figli e il calendario delle nascite ascrivibili a ciascuna di queste generazioni mette in evidenza comportamenti riproduttivi assai diversi: a 40 anni, le donne nate nel 1970 hanno avuto in media 1,4 figli, quelle nate nel 1960 ne hanno avuto 1,7, quelle del 1940 quasi 2. Il numero di figli, dunque, si riduce, mentre l'età al primo figlio si sposta in avanti: le donne del 1970 diventano madri per la prima volta alla soglia dei 30 anni, tre anni più tardi delle donne nate nel 1960 e cinque di più di quelle nate nel 1940. Aumenta anche la quota di quelle che non hanno figli: secondo le stime più recenti, alla fine del percorso riproduttivo, a non aver avuto figli sarà circa il 20 per cento delle donne nate nel 1970, contro una percentuale del 13 per cento per le generazioni del 1960 e del 1940. Un maggior numero di donne delle generazioni più recenti, quindi, una volta divenute anziane, non avrà figli che potranno prendersi cura di loro. Non meno rilevanti sono le differenze che si osservano rispetto alle persone su cui queste generazioni possono contare per ricevere aiuto o cui fornire sostegno nei momenti di difficoltà. Sempre intorno ai 40 anni, le donne del 1970, più o meno come quelle del 1960, possono condividere il carico di cura da dedicare ai figli e ai familiari più anziani con altre cinque persone, tra marito, fratelli/sorelle e cognati/e, un numero molto più basso di quello delle donne nate nel 1940 che invece potevano fare affidamento su altri nove individui. Inoltre, mentre nella parentela della generazione del 1970 si possono contare almeno tre nonni e quattro nipoti, nella rete delle donne del 1960, a fronte di uno stesso numero di nonni, i nipoti sono sei. La situazione cambia ancor più drasticamente per le donne del 1940: in questo caso i nipoti sono dieci, ma solo una nonna è ancora in





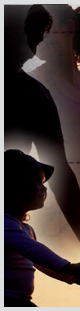
vita nel momento in cui questa generazione compie 40 anni (Figura 4.7).
Sebbene per le generazioni più recenti un numero più elevato di nonni può potenzialmente occuparsi di un numero sempre più esiguo di nipoti, tale situazione strutturale non corrisponde necessariamente a una maggiore condivisione dei carichi familiari. A causa del progressivo invecchiamento demografico, infatti, il carico di individui bisognosi di cura all'interno della rete di parentela non si riduce nella stessa proporzione con cui diminuisce il numero medio di figli, cosicché, quando le donne nate nel 1970 hanno raggiunto l'età di 40 anni, possono aspettarsi di condividere altri 22 anni della loro vita con almeno un genitore anziano, quattro anni in più rispetto a quelle nate nel 1960 e dieci anni in più rispetto alle donne del 1940. In altri termini, almeno tra le generazioni del 1960 e del 1970, la differenza non si osserva tanto nel numero di persone che potrebbero essere coinvolte attivamente nelle reti, quanto piuttosto nel numero di anni che vedono la presenza nelle reti di parentela di più persone potenzialmente bisognose di aiuto. Se poi si considera che circa il 62 per cento delle quarantenni nate nel 1970 ha un'occupazione, contro il 50 per cento delle donne della stessa età nate nel 1960 e circa il 30 per cento delle nate nel 1940, è evidente come il carico di lavoro familiare sulle donne (che da decenni i dati sui bilanci di tempo continuano a mostrare in lenta diminuzione) diventi sempre più difficile da sostenere.
Le politiche di conciliazione dei tempi di vita e il sostegno pubblico alle famiglie con persone che hanno limitazioni dell'autonomia personale costituiscono, dunque, un nodo cruciale in una società caratterizzata da queste tendenze. In particolare, la maggiore presenza di anziani di età sempre più avanzata, benché possa rappresentare una risorsa per la cura dei bambini, espone soprattutto le donne a un impegno di cura gravoso e sempre più prolungato nel tempo, che può mettere a repentaglio percorsi lavorativi e scelte di vita, riflettendosi negativamente sul benessere individuale e familiare.
La trasformazione rispetto al passato è dunque di notevole portata e sarà sempre più rilevante in futuro, anche considerando l'innalzamento dell'età pensionabile. Il

**Figura 4.7 Rete di parentela delle 40enni per anni di compresenza con i genitori anziani, numero di minori di 14 anni, numero di componenti adulti - Generazioni 1940, 1960 e 1970**




Fonte: Istat, Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile; Tavole di fecondità regionale; Tavole di mortalità della popolazione italiana per regione





ruolo ricoperto oggi dalle nonne sarà sempre più difficile da sostenere, mettendo definitivamente in crisi un modello di welfare che fa affidamento sull'aiuto vicendevole tra generazioni di madri e di figlie, e sul lavoro non retribuito fornito soprattutto dalle donne. Le nonne saranno sempre più schiacciate tra, il lavoro retribuito che durerà sempre più a lungo, la cura dei nipoti, il carico di lavoro all'interno della propria famiglia e l'assistenza dei genitori anziani, in molti casi non autosufficienti.

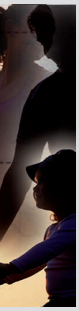
Le condizioni di salute e la disabilità sono sicuramente due criticità che contribuiscono a complicare il quadro sino ad ora descritto, infatti l'incremento costante degli anziani aumenta la fascia di popolazione più esposta a problemi di salute di natura cronico-degenerativa.

**Nel 2012 aumentano le persone che dichiarano di stare male o molto male**, la loro quota sul totale della popolazione si attesta al 7,7 per cento, circa un punto percentuale in più rispetto al 2005. Questa componente soggettiva della salute mostra delle differenze di genere: le donne che dichiarano di stare male o molto male sono complessivamente il 9,4 per cento contro il 5,8 per cento degli uomini, senza differenze rispetto al 2005.

**La popolazione straniera percepisce una migliore condizione di salute rispetto a quella italiana**, infatti il tasso standardizzato di coloro che si dichiarano in buone condizioni di salute si attesta all'87,5 per cento, contro l'83,5 per cento degli italiani. Dal confronto di genere, a parità di età, tra i cittadini stranieri si evidenziano valori di salute percepita più elevati tra gli uomini rispetto alle donne. Nel complesso, considerando i tassi standardizzati per età, gli uomini stranieri che si percepiscono in buona salute sono l'88,8 per cento contro l'86,4 per cento delle donne straniere (nella popolazione italiana i valori sono rispettivamente pari a 85,3 e 81,8 per cento).

**Oltre la metà della popolazione ultrasettantacinquenne soffre di patologie croniche gravi**. Nella classe di età 65-69 anni e 75 e oltre, le donne che soffrono di almeno una cronicità grave rappresentano, rispettivamente, il 28 e il 51 per cento. Il diabete, i tumori, l'Alzheimer e le demenze senili sono le patologie che mostrano una dinamica in evidente crescita rispetto al passato. Gli uomini soffrono di almeno una cronicità grave nel 36 per cento dei casi, nella classe di età 65-69, e nel 57 per cento, tra quelli ultrasettantacinquenni (Tavola 4.2).





**Aumentano le persone che soffrono di almeno una patologia cronica grave**, infatti nel 2012 sono il 14,8 per cento della popolazione, con un aumento di 1,5 punti percentuali rispetto al 2005. In generale, non si tratta di un peggioramento delle condizioni di salute, ma di un incremento della popolazione anziana esposta al rischio di ammalarsi, infatti, il tasso depurato dall'effetto dovuto all'incremento del contingente delle persone anziane resta stabile (14,6 per cento nel 2005 contro 14,9 nel 2012) con differenze di genere a sfavore degli uomini (16,0 per cento contro il 13,9 per le donne).

**La cronicità grave aumenta, ma non con la stessa intensità sul territorio**, nella classe di età 75 anni e più, gli incrementi maggiori si osservano nel Centro e nel Mezzogiorno, rispettivamente di 4,5 e 4 punti percentuali; nella classe di età 70-74 anni l'aumento è stato di 5,3 punti percentuali nel Nord-est e di 2,6 nel Mezzogiorno. Gli incrementi osservati acuiscono la distanza del Mezzogiorno dal resto del Paese, infatti nel 2005 la prevalenza di cronicità grave era pari al 53,7 e al 41,1 per cento nelle due classi di età più anziane, entrambe circa quattro punti percentuali in più rispetto alle altre ripartizioni. Nella classe di età 65-69 gli andamenti sono contrastanti: la prevalenza si registra in aumento di 2,5 punti percentuali nel Nord-est, sostanzialmente stabile al Centro e nel Mezzogiorno, in diminuzione nel Nord-ovest (-2,1 punti percentuali).

**Con l'invecchiamento della popolazione aumenta la disabilità**, intesa come una condizione della persona legata a quel ventaglio di attività di vita che subiscono serie

restrizioni a causa di limitazioni funzionali (menomazioni fisiche o sensoriali legate alla vista, all'udito e alla parola). Si tratta di limitazioni che insorgono con il peggioramento delle condizioni di salute e riducono la mobilità degli anziani o le loro capacità sensoriali (vista e udito in particolare). Questi problemi espongono gli anziani al rischio di marginalità sociale, laddove le politiche sociali non intervengono con adeguate strategie di aiuto e assistenza, che permettano loro di continuare a vivere in maniera autonoma e a partecipare attivamente alla vita sociale. Nel 2012 la quota di anziani di 75 anni e oltre con problemi di limitazioni funzionali è pari al 33,6 per cento, scende all'8,9 nella classe di età 70-74 e al 5,7 per quelli di età compresa tra i 65 e i 69 anni. Sono le donne le più colpite da questo problema, con tassi superiori in tutte le classi di età anziane: il 39,8 per cento per quelle sopra 75 anni contro il 23,8 degli uomini. Lo svantaggio delle donne per questa dimensione della salute è da imputare alla maggiore prevalenza di patologie, non letali ma invalidanti, come osteoporosi, artrosi e artriti.

Le evidenze appena riferite prospettano per il futuro un aumento della pressione sul Sistema sanitario nazionale, dovuto all'incremento di persone bisognose di cure e assistenza. Proiettando, infatti, il rischio di soffrire di almeno una patologia cronica grave sulla struttura per età della popolazione prevista per i prossimi venti anni,[5] ci si attende una prevalenza di cronici gravi superiore al 20 per cento nel 2024, oltre il 22 per cento per il 2034,[6] attualmente tale quota è al 15 per cento.

**Continua ad essere rilevante il problema delle disuguaglianze sociali nella salute**. Gli indicatori di cronicità e di sopravvivenza hanno, infatti, già messo in evidenza importanti divari di genere (par. 4.2 **Il Sistema sanitario nazionale: un difficile equilibrio tra efficienza e qualità**), e a questi si aggiungono quelli di natura economica. In particolare, le persone over65 con risorse economiche scarse o insufficienti, che dichiarano di stare male o molto male, sono nel 2012 il 30,2 per cento (28,6 per cento nel 2005) contro il 14,8 per cento di chi dichiara risorse ottime o adeguate (16,5 per cento nel 2005). In particolare, sono gli anziani del Sud il gruppo di popolazione più vulnerabile.

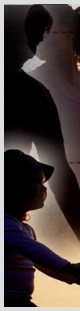
a pagina 168

**Tavola 4.2 Persone con almeno una malattia cronica grave o con tre o più malattie croniche per sesso e classe di età - Media Settembre-Dicembre 2005 e Anno 2012** (per 100 persone)

| CLASSI DI ETÀ | Almeno una malattia cronica grave (a) | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2005 | | | 2012 (b) | | |
| | Maschi | Femmine | Totale | Maschi | Femmine | Totale |
| 0-13 | 1,4 | 0,8 | 1,1 | 1,1 | 1,4 | 1,2 |
| 14-24 | 1,8 | 2,0 | 1,9 | 1,9 | 2,3 | 2,1 |
| 25-34 | 2,4 | 2,7 | 2,5 | 2,6 | 3,4 | 3,0 |
| 35-44 | 4,4 | 3,8 | 4,1 | 4,5 | 4,9 | 4,7 |
| 45-54 | 10,2 | 8,7 | 9,4 | 10,1 | 9,2 | 9,6 |
| 55-64 | 24,2 | 18,7 | 21,4 | 23,6 | 18,8 | 21,2 |
| 65-69 | 35,6 | 28,8 | 32,0 | 35,8 | 28,1 | 31,7 |
| 70-74 | 41,2 | 34,2 | 37,3 | 43,1 | 34,4 | 38,5 |
| 75 e più | 55,1 | 47,3 | 50,2 | 57,0 | 51,1 | 53,3 |
| **Totale** | **13,3** | **13,3** | **13,3** | **14,6** | **15,0** | **14,8** |
| **Totale standardizzato** | **15,9** | **13,2** | **14,6** | **16,0** | **13,9** | **14,9** |

Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai Servizi sanitari
(a) Malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; ictus; emorragia cerebrale; bronchite cronica; enfisema; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo; alzheimer; demenze. (b) Dati provvisori.





pagina 173

**Peggiorano le condizioni economiche delle famiglie**. L'intensità e la persistenza della crisi economica, insieme al progressivo indebolimento dell'efficacia dei sistemi di protezione sociale, hanno allargato l'area della povertà e della deprivazione materiale, estendendosi anche a gruppi di popolazione in precedenza meno interessati da condizioni di disagio economico. Le difficoltà delle famiglie emergono in maniera evidente: alla diminuzione del reddito disponibile e della ricchezza si accompagna una importante perdita del potere d'acquisto e un calo significativo della spesa per consumi (par. 4.3 **La situazione economica delle famiglie**).

**La spesa per consumi è sempre meno sostenuta dal ricorso ai risparmi**. Molte famiglie che fino al 2011 avevano utilizzato i risparmi accumulati o avevano risparmiato meno per mantenere i propri standard di consumo (la propensione al risparmio è scesa dal 15,5 per cento del 2007 al 12 per cento del 2011), nel 2012, nonostante l'ulteriore diminuzione della propensione al risparmio (pari all'11,5 per cento) e il crescente ricorso all'indebitamento hanno ridotto i propri livelli di consumo (nel 2012, le famiglie indebitate superano la quota del 7 per cento).

**Negli anni di crisi si osserva anche un aumento della disuguaglianza nella distribuzione del reddito**. Il rapporto tra il reddito posseduto dal 20 per cento più ricco della popolazione e il 20 per cento più povero, nel 2011, mostra il valore più elevato degli ultimi anni, pari a 5,6 (cioè il 20 per cento più ricco fruisce di un ammontare di reddito di 5,6 volte superiore a quello del 20 per cento più povero). Il valore dell'indicatore si mantiene su un livello superiore alla media europea (5) anche nel 2012 (5,5) ed è inferiore a quelli di Spagna, Grecia e Portogallo.

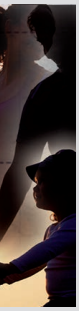
**In aumento la povertà e la deprivazione**. Il rischio di povertà,[7] più elevato della media dell'Unione europea anche negli anni pre-crisi, ha raggiunto il valore massimo nel 2010, mantenendosi stabile nel biennio successivo su valori prossimi al 19,5 per cento delle famiglie. Il peggioramento ha riguardato, oltre al Centro-Nord, le famiglie con minori, monoreddito, operaie, di lavoratori in proprio o con persone in cerca di lavoro. Anche l'indicatore di povertà assoluta,[8] stabile fino al 2011, nel 2012 mostra un aumento di ben 2,3 punti percentuali, attestandosi all'8 per cento delle famiglie. Tale aumento si accompagna anche all'aumento della grave deprivazione:[9] dal 6,9 per cento sul totale delle famiglie del 2010, all'11,1 per cento del 2011 al 14,5 per cento del 2012. Particolarmente grave la condizione delle famiglie numerose o monoreddito, quella degli anziani soli, dei monogenitori e delle famiglie con tre o più minori.

**Anche il rischio di persistenza in povertà[10] è nel 2012 tra i più alti in Europa (13,1 per cento contro 9,7 per cento) ed è aumentato rispetto al 2011 (dell'11,8 per cento)**. I dati sulle transizioni e sulla persistenza in povertà evidenziano come tale condizione sia ormai divenuta strutturale. La fase economica recessiva non ha modificato la composizione e i profili delle famiglie maggiormente esposte al rischio di povertà permanente, che continuano ad essere quelle residenti nel Mezzogiorno, che vivono in affitto, con figli minori, disoccupati o in cui il principale percettore di reddito ha bassi livelli professionali e di istruzione.

**I trasferimenti sociali sono una parte significativa, soprattutto tra i poveri, del reddito disponibile**. Nel 2012, quasi il 38 per cento delle famiglie ha ricevuto trasferimenti sociali, per un ammontare pari a circa il 12 per cento del reddito familiare disponibile. Al netto di tali trasferimenti il rischio di povertà sarebbe di cinque punti percentuali superiore a quello osservato (24,4 per cento contro 19,4 per cento). Il rischio di povertà persistente dal 13,1 per cento salirebbe al 17,8 per cento.

**Le famiglie hanno maggiori difficoltà nel sostenere spese per beni e servizi necessari**. Negli anni della crisi è aumentata la percentuale di quanti dichiarano di





arrivare a fine mese con difficoltà (da valori intorno a 15 per cento al 19,1 per cento nel 2013), di non avere i soldi per sostenere spese per cure mediche (da valori inferiori all'11 per cento, la quota raggiunge il 13,3 per cento nel 2013) o per i trasporti (da valori prossimi al 9 per cento all'11,5 per cento).

**Gran parte delle famiglie ha un solo percettore di reddito**. La fase di crisi economica ha mutato la struttura del reddito delle famiglie: nel 2011, il 45,1 per cento ha al suo interno un solo percettore di reddito (erano il 42,4 per cento nel 2007), il 41,2 per cento ne ha due e il 12,8 per cento tre o più. Avere un solo percettore di reddito si associa frequentemente a bassi livelli di reddito familiare che sono più spesso rappresentati da trasferimenti pensionistici percepiti da donne in famiglie unipersonali.

**I redditi da pensione sono più bassi nel Mezzogiorno e per le donne**. I pensionati che percepiscono meno di 1000 euro al mese (il 42,6 per cento del totale) sono 7 milioni (tra questi 2 milioni e 205 mila percepiscono meno di 500 euro), assorbendo circa il 18,3 per cento del totale del reddito pensionistico. Sono circa 800 mila le persone con redditi pensionistici dai 3000 euro in su (circa 12 mila percepiscono 10.000 euro o più), assorbendo il 17,5 per cento del totale del reddito pensionistico. L'importo medio delle pensioni delle donne è pari a 8.964 euro, mentre quello degli uomini sale a 14.728 euro (par. 4.4 **Il contributo dei pensionati al reddito delle famiglie**).

pagina 180

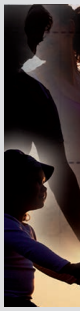
**I redditi da pensione hanno mantenuto gran parte del proprio potere d'acquisto e assunto un ruolo più importante nel determinare la condizione economica degli altri componenti della famiglia**. Grazie all'adeguamento delle pensioni al costo della vita, le famiglie con pensionati, in molti casi, vedono migliorare la posizione relativa nella distribuzione dei redditi. Tra il 2007 e il 2012, i pensionati del primo quinto di reddito da pensione (fino a 7.184 euro annui) hanno conosciuto una variazione positiva del proprio reddito pari al 14,3 per cento e quelli del secondo (fino a 11.650 euro) del 14,1 per cento. Incrementi più contenuti si sono registrati per i redditi dei pensionati del terzo e del quarto quinto (fino a 16.744 e a 23.589 euro), rispettivamente, pari all'11,6 per cento e al 9,5 per cento, per attestarsi al 9 per cento tra quelli dell'ultimo quinto (con redditi pensionistici superiori a 23.589 euro). Diminuisce la quota di pensionati che vive nelle famiglie del primo quinto della distribuzione del reddito familiare (dal 18,6 per cento al 15,8 per cento), miglioramento più marcato per le pensionate, nel Nord e nel Mezzogiorno.

Il sistema di welfare italiano adotta misure dirette alle fasce di popolazione più svantaggiate a causa di problemi di salute, disagio economico e sociale, o che si trovano in una condizione di fragilità come gli anziani. Per tali finalità, il sistema di protezione sociale italiano, destina, tradizionalmente, la maggior parte delle risorse ai trasferimenti monetari di tipo pensionistico seguiti dalla spesa per la sanità, mentre quote molto residuali e più basse dei paesi europei, vengono destinate alle funzioni dedicate al sostegno delle famiglie, alla disoccupazione e al contrasto delle condizioni di povertà e dell'esclusione sociale.

In ambito europeo, le scelte allocative sono diversificate nei diversi paesi,[11] molto influenzate dagli assetti di welfare che caratterizzano i differenti contesti, dalle diverse normative e dalla struttura di popolazione.

**L'Italia è settima tra i 28 Paesi Ue per la spesa per la protezione sociale**, come si evince dal confronto con gli altri Paesi europei nel 2011,[12] anno nel quale la spesa destinata alla protezione sociale assorbe nei paesi della Ue28 il 29,0 per cento del prodotto interno lordo (Pil), registrando un incremento di oltre due punti percentuali rispetto al 2008 (26,7 per cento). L'Italia, paese ben noto per la specificità del sistema di welfare rispetto al contesto europeo, nel 2011, destina per questa funzione il 29,7 per cento del Pil, valore al di sopra della media europea, collocandosi al settimo posto tra i paesi della Ue28





(Tavola 4.3). Il nostro Paese registra, nel quadriennio 2008-2011, un incremento della quota di spesa destinata alla protezione sociale pari a due punti percentuali. La Danimarca e la Francia, paesi storicamente noti per il sistema avanzato di protezione sociale, registrano nel 2011 la percentuale più alta di risorse destinate alla protezione sociale (rispettivamente 34,2 per cento e 33,6 per cento del Pil), con un incremento sul Pil, negli anni 2008-2011, di 3,5 punti percentuali per la Danimarca e 2,3 punti percentuali per la Francia. I paesi europei che hanno aderito all'Unione europea a partire dal 2004 presentano le percentuali più basse di risorse dedicate alla protezione sociale, tuttavia nel quadriennio preso in considerazione sperimentano incrementi consistenti.

Nel 2011, la spesa sociale nell'Ue28, in termini pro capite, ammonta a 7.260 spa,[13] registrando un incremento dell'8,7 per cento a partire dal 2008. L'Italia, con una spesa che si attesta a 7.486 spa, valore di poco superiore alla media, si colloca in undicesima posizione nella graduatoria dei paesi europei, con un incremento del 6,2 per cento rispetto al 2008. Nel panorama europeo, Lussemburgo e Paesi Bassi evidenziano i valori di spesa pro capite più alti, in sensibile aumento rispetto al 2008 (+3,2 per cento per Lussemburgo e +6,4 per cento nel caso dei Paesi Bassi). Valori pro capite più contenuti (di poco superiore ai 2 mila spa) si osservano per i paesi dell'est Europa, in particolare per Romania e Bulgaria, per le quali, tuttavia, si registra un consistente incremento a partire dal 2008 (+19,3 per Romania e +26,9 per Bulgaria) (Tavola 4.4).

**L'Italia è invece uno dei paesi che destinano la quota più elevata alla previdenza**, tale evidenza emerge dal confronto europeo della spesa per la protezione sociale distinta per rischi, eventi e bisogni. Dagli indicatori risulta, infatti, nel 2011, oltre il 52 per cento delle risorse è destinato alla voce di spesa che si riferisce sia ai trasferimenti monetari (pensioni o assegni di cura) a favore di persone anziane che manifestano necessità di assistenza continua di tipo non sanitario, sia alle prestazioni in natura (spese per strutture residenziali, per i servizi di assistenza familiare o per servizi di supporto per favorire le attività sociali delle persone anziane). Nella media Ue28, la quota destinata



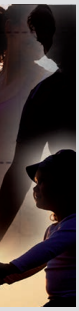


**Tavola 4.3 Spesa per la protezione sociale nei paesi dell'Unione europea rispetto al Pil - Anni 2008-2011** (valori percentuali)

| PAESI | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|---|---|---|---|
| **Italia** | **27,7** | **29,9** | **29,9** (a) | **29,7** (a) |
| Austria | 28,5 | 30,7 | 30,6 | 29,5 |
| Belgio | 28,3 | 30,6 | 30,1 | 30,4 |
| Bulgaria | 15,5 | 17,2 | 18,1 | 17,7 |
| Cipro | 19,5 | 21,1 | 22,1 | 22,6 |
| Croazia | 18,7 | 20,8 | 21,0 | 20,6 |
| Danimarca | 30,7 | 34,7 | 34,3 | 34,2 |
| Estonia | 14,9 | 19,0 | 18,0 | 16,1 |
| Finlandia | 26,2 | 30,4 | 30,6 | 30,0 |
| Francia | 31,3 | 33,6 | 33,8 | 33,6 (a) |
| Germania | 28,0 | 31,5 | 30,6 | 29,4 (a) |
| Grecia | 26,2 | 28,0 | 29,1 | 30,2 |
| Irlanda | 21,5 | 26,5 | 28,5 | 29,6 (a) |
| Lettonia | 12,7 | 16,9 | 17,8 | 15,1 (a) |
| Lituania | 16,1 | 21,2 | 19,1 | 17,0 (a) |
| Lussemburgo | 21,4 | 24,3 | 23,1 | 22,5 |
| Malta | 18,1 | 19,6 | 19,4 | 18,9 |
| Paesi Bassi | 28,5 | 31,6 | 32,1 | 32,3 (a) |
| Polonia | 18,6 | 19,2 | 19,2 | 19,2 |
| Portogallo | 24,3 | 26,8 | 26,8 | 26,5 (a) |
| Regno Unito | 25,8 | 28,6 | 27,4 | 27,3 |
| Repubblica Ceca | 18,0 | 20,3 | 20,2 | 20,4 |
| Romania | 14,3 | 17,1 | 17,6 | 16,3 |
| Slovacchia | 16,1 | 18,8 | 18,7 | 18,2 (a) |
| Slovenia | 21,4 | 24,2 | 25,0 | 25,0 (a) |
| Spagna | 22,2 | 25,4 (a) | 25,8 (a) | 26,1 (a) |
| Svezia | 29,5 | 32,0 | 30,4 | 29,6 (a) |
| Ungheria | 22,9 | 24,3 | 23,1 | 23,0 |
| **Ue28** | **26,7** | **29,6** (a) | **29,3** (a) | **29,0** (a) |

Fonte: Eurostat, Sespros database
(a) Valori provvisori.

a tale funzione non raggiuge il 40,0 per cento. Un'altra voce di spesa che risulta fortemente legata alla previdenza è quella delle pensioni erogate ai familiari superstiti che, mediamente, in Europa si attesta al 5,9 per cento della spesa per la protezione sociale nel 2011. L'Italia si caratterizza altresì per la quota, tra le più alte, dei benefici sociali destinata ai superstiti (9,2 per cento), collocandosi in quarta posizione tra i paesi europei. Tale voce di spesa risulta particolarmente elevata anche per Croazia (10,2 per cento) e Polonia (10,2), pressoché nulla nel Regno Unito (0,5 per cento).

**Alla funzione di spesa destinata alla salute il nostro Paese alloca il 24,9 per cento delle risorse, collocandosi tra le ultime posizioni nel contesto europeo**. L'Irlanda è, invece, il paese che destina la quota più alta di spesa della protezione sociale alla sanità con il 45,0 per cento.

**L'Italia occupa la penultima posizione tra i paesi europei anche per le risorse dedicate alle famiglie**, per le quali lo stanziamento, che si mantiene sostanzialmente stabile dal 2008, ammonta al 4,8 per cento della spesa, sotto forma di benefici finalizzati al sostegno del reddito a tutela della maternità e paternità, di assegni familiari e di altri trasferimenti erogati a supporto di alcune tipologie familiari, asili nido, strutture residenziali per le famiglie con minori, assistenza domiciliare per famiglie numerose. La percentuale maggiore per tale funzione è allocata da Lussemburgo (16,5 per cento), mentre nei Paesi Bassi si registra la percentuale più bassa (4,0 per cento).

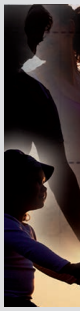
La spesa destinata nel nostro Paese alle persone con disabilità è pari al 5,8 per cento della spesa per la protezione sociale; si tratta di pensioni di invalidità, contributi per favorire l'inserimento lavorativo, servizi finalizzati all'assistenza e all'integrazione sociale e strutture residenziali. L'impegno economico per questa funzione ci colloca tra i paesi europei con le percentuali più basse di spesa destinate alla disabilità, per la quale l'Europa alloca il 7,7 per cento della spesa per la protezione sociale. Tra i 28 paesi europei spicca la Croazia (17,2 per cento); all'opposto troviamo Malta, con una percentuale pari al 4,1 per cento.

**Tavola 4.4 Spesa sociale per funzione in standard di potere d'acquisto** (spa) **nei paesi dell'Unione europea - Anno 2011** (valori pro capite e valori percentuali)

| PAESI | Spesa pro capite | Funzioni | | | | | | | | Totale spesa sociale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Malattia salute | Disabilità | Vecchiaia | Superstiti | Famiglia maternità infanzia | Disoccu-pazione | Abita-zione | Altre tipologie di esclusione sociale | |
| **Italia** (a) | **7.486** | **24,9** | **5,8** | **52,1** | **9,2** | **4,8** | **2,9** | **0,1** | **0,3** | **100** |
| Austria | 9.556 | 25,2 | 7,6 | 44,0 | 6,6 | 9,9 | 5,3 | 0,3 | 1,2 | 100 |
| Belgio | 8.952 | 28,8 | 7,5 | 32,7 | 7,2 | 7,8 | 12,8 | 0,8 | 2,6 | 100 |
| Bulgaria | 2.134 | 26,0 | 7,9 | 45,2 | 5,1 | 11,0 | 3,5 | 0,1 | 1,4 | 100 |
| Cipro | 5.277 | 22,7 | 3,4 | 42,4 | 5,8 | 9,0 | 5,4 | 4,3 | 7,1 | 100 |
| Croazia | 3.094 | 33,9 | 17,2 | 27,9 | 10,2 | 8,0 | 2,4 | 0,2 | 0,3 | 100 |
| Danimarca | 10.078 | 21,0 | 12,4 | 43,4 | 0,0 | 12,5 | 5,5 | 2,2 | 3,1 | 100 |
| Estonia | 2.807 | 28,0 | 11,5 | 43,4 | 0,6 | 12,4 | 3,0 | 0,3 | 0,9 | 100 |
| Finlandia | 8.549 | 25,5 | 11,9 | 36,9 | 3,1 | 11,2 | 7,0 | 1,8 | 2,6 | 100 |
| Francia (a) | 9.326 | 28,5 | 6,2 | 39,5 | 6,0 | 8,2 | 6,6 | 2,6 | 2,4 | 100 |
| Germania (a) | 9.295 | 33,3 | 7,9 | 33,2 | 7,2 | 11,1 | 4,7 | 2,2 | 0,5 | 100 |
| Grecia | 6.172 | 25,9 | 4,9 | 44,0 | 8,1 | 6,2 | 7,4 | 1,3 | 2,3 | 100 |
| Irlanda (a) | 8.639 | 45,0 | 4,4 | 19,7 | 3,8 | 12,0 | 11,5 | 1,5 | 2,0 | 100 |
| Lettonia (a) | 2.278 | 21,3 | 8,7 | 53,2 | 1,7 | 7,6 | 4,8 | 1,0 | 1,7 | 100 |
| Lituania (a) | 2.957 | 27,8 | 9,6 | 41,1 | 3,1 | 10,4 | 3,4 | 0,0 | 4,7 | 100 |
| Lussemburgo | 13.275 | 25,4 | 11,7 | 28,5 | 8,9 | 16,5 | 5,3 | 1,3 | 2,4 | 100 |
| Malta | 4.010 | 29,3 | 4,1 | 45,3 | 9,4 | 6,4 | 2,8 | 1,0 | 1,7 | 100 |
| Paesi Bassi (a) | 10.377 | 35,7 | 7,8 | 35,4 | 4,0 | 4,0 | 4,8 | 1,3 | 7,1 | 100 |
| Polonia | 3.384 | 23,1 | 8,9 | 47,9 | 10,2 | 7,2 | 1,5 | 0,3 | 0,8 | 100 |
| Portogallo (a) | 4.985 | 25,1 | 8,3 | 47,8 | 7,4 | 4,9 | 5,5 | 0,0 | 1,2 | 100 |
| Regno Unito | 6.975 | 31,7 | 9,1 | 43,1 | 0,5 | 6,4 | 2,6 | 5,8 | 0,8 | 100 |
| Repubblica Ceca | 4.275 | 31,9 | 7,6 | 45,1 | 3,8 | 5,9 | 3,6 | 0,7 | 1,4 | 100 |
| Romania | 2.066 | 25,1 | 9,0 | 49,1 | 4,6 | 8,9 | 1,6 | 0,1 | 1,5 | 100 |
| Slovacchia (a) | 3.583 | 30,5 | 8,9 | 38,3 | 5,2 | 9,9 | 4,8 | - | 2,4 | 100 |
| Slovenia (a) | 5.231 | 31,6 | 6,9 | 40,1 | 7,0 | 8,9 | 3,3 | 0,0 | 2,3 | 100 |
| Spagna (a) | 6.031 | 27,4 | 7,1 | 34,9 | 8,9 | 5,4 | 14,6 | 0,9 | 0,8 | 100 |
| Svezia (a) | 9.119 | 25,7 | 13,0 | 41,2 | 1,6 | 10,7 | 4,0 | 1,5 | 2,4 | 100 |
| Ungheria | 4.064 | 27,8 | 7,5 | 40,7 | 5,6 | 12,5 | 3,7 | 1,8 | 0,5 | 100 |
| **Ue28** (a) | **7.260** | **29,4** | **7,7** | **39,9** | **5,9** | **8,0** | **5,6** | **2,1** | **1,6** | **100** |

Fonte: Eurostat, Sespros database
(a) Valori provvisori.





Per le politiche di sostegno al reddito in caso di disoccupazione o per le politiche attive finalizzate alla formazione per il reinserimento nel mercato del lavoro, l'Italia si posiziona al quart'ultimo posto tra i paesi della Ue28, con una quota di spesa pari al 2,9 per cento. Il paese che in percentuale spende maggiormente per questa funzione è la Spagna con il 14,6 per cento, anche a causa del tasso di disoccupazione, sia maschile che femminile, sperimentato nel 2011.

**Nel 2011 l'Italia ha impegnato lo 0,3 per cento della spesa per la protezione sociale per le politiche di contrasto alla povertà e all'esclusione sociale**, quota che ci relega tra le ultime posizioni nella graduatoria europea, dove spiccano i Paesi Bassi e Cipro, che riservano a tale funzione quote pari al 7,1 per cento della spesa totale.

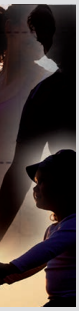
Quote residuali delle risorse per la protezione sociale sono assorbite anche dalla spesa per le abitazioni, per le quali l'Italia destina a tale voce solo lo 0,1 per cento della spesa totale. Nella media Ue28 per questa funzione viene allocato il 2,1 per cento, nel Regno Unito addirittura il 5,8 per cento della spesa per la protezione sociale.

Le tre voci principali della spesa sociale, evidenziano per la previdenza una crescita contenuta, per la sanità e l'assistenza un chiaro rallentamento; tale dinamica è l'effetto di numerosi interventi, sia strutturali come nel caso delle pensioni, sia congiunturali nel caso di sanità e assistenza.

**Nel 2012 la spesa complessiva per prestazioni pensionistiche, pari a circa 271 miliardi di euro, è aumentata dell'1,8 per cento rispetto all'anno precedente**, mentre la sua incidenza sul Pil è cresciuta di 0,45 punti percentuali (dal 16,83 per cento del 2011 al 17,28 per cento del 2012). Le pensioni di vecchiaia assorbono il 71,8 per cento della spesa pensionistica totale, quelle ai superstiti il 14,7 per cento, quelle di invalidità il 4,0 per cento; le pensioni assistenziali pesano per il 7,9 per cento e le indennitarie per l'1,7 per cento. L'importo medio annuo delle pensioni è pari a 11.482 euro, 253 euro in più rispetto al 2011 (+2,3 per cento). Considerato nel suo complesso e nel breve periodo, il fenomeno pensionistico si caratterizza per un sostanziale stabilità. La prestazione pensionistica è infatti continuativa, e legata di solito ad un passato contributivo del beneficiario sedimentato nel tempo, oltreché ad una normativa, che pur in continua evoluzione è destinata a dispiegare i suoi effetti nel medio-lungo periodo. Tra il 2002 ed il 2012 il numero dei pensionati è rimasto sostanzialmente stabile, passando dai 16,3 milioni del 2002 ai 16,6 milioni del 2012 (+1,5 per cento), con un lieve calo dell'incidenza sulla popolazione residente (dal 28,7 per cento di inizio periodo al 27,8 per cento di fine periodo) e di quella sugli occupati (dal 73,5 per cento del 2002 al 72,5 per cento del 2012). Nel 2012 l'analisi dei redditi pensionistici evidenzia come oltre 7 milioni di pensionati (il 42,6 per cento del totale) abbiano percepito meno di 1.000 euro al mese (Tavola 4.5). Il 38,7 per cento dei titolari di trattamenti pensionistici ha invece ricevuto tra i mille ed i duemila euro al mese, il 13,2 per cento tra i duemila ed i tremila euro al mese; il restante 5,4 per cento importi mensili superiori ai tremila euro.

**La spesa sanitaria pubblica è in diminuzione di circa l'1 per cento nel 2012 rispetto al 2011** e dell'1,5 per cento in confronto al 2010. Il rallentamento è più evidente se si analizza il periodo 2008-2012 nel quale l'incremento medio annuo è stato di mezzo punto percentuale, mentre dal 2001 al 2007 è stato del 5,2 per cento. Al trend della spesa pubblica si associa, almeno fino al 2011, un aumento di quella privata a carico delle famiglie; in particolare, dal 2001 al 2007 è aumentata mediamente del 2,8 per cento, dal 2008 al 2011 dell'1,9 per cento. Nel 2012 la spesa sanitaria privata si attesta a 27 miliardi di euro, circa il 20 per cento della spesa totale, con una leggera diminuzione rispetto al 2011, segno che le famiglie, di fronte ad un ridimensionamento





della spesa pubblica, cominciano ad avere difficoltà a far fronte con risorse proprie alle spese per la salute. L'analisi dei volumi di attività evidenzia che nel periodo pre-crisi la spesa pubblica a prezzi costanti è cresciuta in media del 2,7 per cento, quella privata dell'1,9; dal 2008 al 2011 il valore della produzione pubblica è rimasto invariato, mentre quello del settore privato è cresciuto dell'1,7 per cento. Questi dati confermano che ci sia stato un rallentamento delle prestazioni a carico del settore pubblico compensate da quello privato a carico dei cittadini.

L'andamento della spesa sanitaria pubblica osservato nel corso degli anni è la conseguenza diretta di un processo finalizzato al recupero di efficienza economica, particolare attenzione è stata posta al controllo del deficit di bilancio. I risultati tangibili di questo costante impegno si riscontrano nei dati di bilancio, infatti sono sempre più numerose le Asl in pareggio e quelle con deficit sotto il 5 per cento.

**I Comuni svolgono un ruolo centrale nella gestione della rete di interventi e servizi sociali sul territorio** che vengono destinati al sostegno alle famiglie per i bisogni connessi alla crescita dei figli, all'assistenza agli anziani e alle persone con disabilità, o al contrasto del disagio legato alla povertà e all'emarginazione (par. 4.5 Spesa sociale dei Comuni).

a pagina 183

Nel 2011, le risorse destinate dai Comuni alle politiche di welfare ammontano a circa 7 miliardi 27 milioni di euro, al netto della compartecipazione alla spesa da parte degli utenti e del Sistema Sanitario Nazionale.

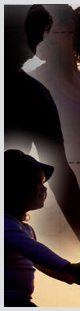
**Nel 2011, per la prima volta dal 2003, la spesa sociale risulta in diminuzione rispetto all'anno precedente**. Le risorse destinate dai Comuni alle politiche di welfare territoriale ammontano, infatti, a circa 7 miliardi 27 milioni di euro, al netto della compartecipazione alla spesa da parte degli utenti e del Sistema Sanitario Nazionale, con una diminuzione dell'1 per cento rispetto al 2010. In termini pro capite la spesa sociale dei Comuni ammonta a 115,7 euro per abitante nel 2011, contro i 117,8 dell'anno precedente.

**Tavola 4.5 Pensionati per classe di importo mensile dei redditi pensionistici - Anno 2012**
(valori in euro, assoluti e percentuali)

| CLASSE DI IMPORTO MENSILE | Numero | % | Importo complessivo | |
|---|---|---|---|---|
| | | | Milioni di euro | % |
| Fino a 499,99 | 2.205.147 | 13,3 | 7.558 | 2,8 |
| 500,00-999,99 | 4.870.131 | 29,3 | 41.894 | 15,5 |
| 1.000,00-1.499,99 | 3.745.022 | 22,6 | 55.921 | 20,7 |
| 1.500,00-1.999,99 | 2.671.428 | 16,1 | 55.100 | 20,4 |
| 2.000,00-2.999,99 | 2.197.975 | 13,2 | 62.916 | 23,2 |
| 3.000,00-4.999,99 | 693.275 | 4,2 | 30.396 | 11,2 |
| 5.000,00-9.999,99 | 199.231 | 1,2 | 15.128 | 5,6 |
| 10.000 e più | 11.683 | 0,1 | 1.807 | 0,7 |
| **Totale** | **16.593.892** | **100,0** | **270.720** | **100,0** |

Fonte: Istat, Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I trattamenti pensionistici

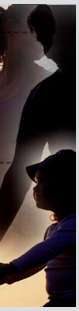




Il dato di spesa del 2011 rappresenta, dunque un'inversione di tendenza; infatti, nel periodo compreso fra il 2003 e il 2009 si osserva che il tasso di incremento medio annuo è stato del 6 per cento, mentre nel 2010 si era registrato un incremento molto lieve (0,7 per cento, con valori negativi in diverse regioni, principalmente del Centro e del Sud Italia). In diminuzione molte voci di spesa sociale, in particolare quella rivolta agli anziani, alla povertà e disagio e per l'integrazione al reddito familiare.
**Disparità territoriali di rilievo si osservano anche rispetto alla disponibilità di servizi pubblici erogati ai cittadini**, infatti i servizi e le prestazioni sociali erogati dai comuni nel campo dell'assistenza variano notevolmente per regione e per classe demografica del comune di residenza. La distribuzione disomogenea sul territorio dei più importanti servizi alle famiglie, come gli asili nido, l'assistenza sociale ai disabili e agli anziani non autosufficienti, appare ancora evidente, nonostante gli interventi volti al riequilibrio delle disparità territoriali finanziati nell'ambito delle politiche di coesione.
**Nell'ambito dell'assistenza sociale e della sanità, il settore del non profit svolge un ruolo crescente sul piano del welfare, tuttavia alcune evidenze segnalano delle potenziali fragilità**. In particolare, l'eterogeneità della distribuzione territoriale evidenzia una carenza nel Mezzogiorno, l'eterogeneità nella dimensione delle istituzioni, misurata in termini di numero di dipendenti, rivela una realtà parcellizzata con una elevata frequenza di piccole unità, soprattutto nel Mezzogiorno. Dal punto di vista delle risorse, le istituzioni nei due settori sono fortemente dipendenti da finanziamenti pubblici. Quindi in periodo di contrazione della spesa pubblica, come quello attuale, la sopravvivenza di molte realtà del non profit potrebbe essere a rischio (par. 4.6 **Il ruolo del non profit nel settore della sanità e dell'assistenza sociale**).

a pagina 189



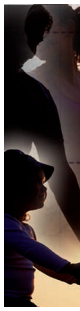


[1] Istat. 2013. Anno 2012. Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. *Statistiche Report*, 27 novembre 2013 http://www.istat.it/it/archivio/104818
[2] Gian Paolo Lanzieri (2013). Towards a "Baby recession in Europe. Differential fertility trends during the economic crisis". Eurostat, Statistics in focus 13/2013.
[3] Leggi 189 e 222 del 2002, cosiddette "Bossi-Fini".
[4] Istat. 2013. Anno 2012. Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti. *Statistiche Report*, 27 novembre 2013 http://www.istat.it/it/archivio/104818
[5] Istat, Previsioni demografiche (Anni 2011-2065) - dati pre-Censimento 2011 di fonte anagrafica. Scenario centrale. Con lo scenario centrale viene fornito un set di stime puntuali costruite in base alle recenti tendenze demografiche.
[6] La stima della prevalenza è stata fatta ipotizzando che la dinamica della cronicità e gli altri fattori che la possono influenzare, come per esempio le risorse a disposizione del settore e lo sviluppo dell'innovazione scientifica e tecnologica, mantenga lo stesso trend osservato tra il 2005 e il 2012.
[7] Il rischio di povertà è definito come la percentuale di individui in famiglie con un reddito disponibile equivalente al di sotto della soglia di povertà monetaria, a sua volta identificata come il 60% della mediana della distribuzione di riferimento. La fonte statistica di riferimento è la componente trasversale dell'indagine EuSilc.
[8] Indicatore di povertà assoluta: rapporto tra il numero di famiglie con spesa media mensile per consumi pari o al di sotto della soglia di povertà assoluta e il totale delle famiglie residenti. La soglia di povertà assoluta rappresenta la spesa minima necessaria per acquisire i beni e servizi inseriti nel paniere di povertà assoluta. La soglia di povertà assoluta varia, per costruzione, in base alla dimensione della famiglia, alla sua composizione per età, alla ripartizione geografica e alla dimensione del comune di residenza. Il paniere di povertà assoluta rappresenta l'insieme dei beni e servizi che, nel contesto italiano, vengono considerati essenziali per una determinata famiglia a conseguire uno standard di vita minimamente accettabile.
[9] Si veda nel Glossario la voce "Deprivazione materiale grave".
[10] Il rischio di persistenza in povertà è definito come la percentuale di individui a rischio di povertà nell'anno corrente e almeno due degli anni precedenti.
[11] Il sistema di classificazione europeo relativo alle statistiche integrate della protezione sociale (Sespros) consente di analizzare le differenze tra i paesi in una prospettiva di funzione di spesa.
[12] Ultimo anno disponibile per i confronti europei.
[13] Spesa sociale per funzione in standard di potere d'acquisto.

# APPROFONDIMENTI E ANALISI

La severa fase recessiva ha portato a focalizzare l'attenzione generale sulle emergenze economiche del Paese, tuttavia una lettura prospettica in chiave demografica mette in luce che le emergenze sociali non sono da meno e richiedono interventi che non possono essere più rimandati. Il connotarsi del dualismo territoriale come "strutturale" anche dal punto di vista demografico e sociale avrà delle conseguenze sulle prospettive di sviluppo e sostenibilità del sistema Paese destinate ad a incidere non solo sugli aspetti economici, ma anche sugli ambiti familiari e individuali, accentuando in senso negativo la stessa percezione del futuro delle nuove generazioni e penalizzando la loro progettualità.
Il sistema di welfare italiano è noto per essere tra i meno efficaci a livello europeo per il contrasto alle disuguaglianze. Nonostante alcune importanti riforme abbiano ridotto la quota di spesa relativa alle pensioni, esso continua a destinare risorse molto scarse a tutela degli altri principali rischi sociali. Le politiche nel corso degli anni hanno, infatti, destinato quote residuali di spesa alle funzioni dedicate al sostegno delle famiglie alla conciliazione dei tempi di vita, alla disoccupazione, al contrasto delle condizioni di povertà e all'esclusione sociale, lasciando in gran parte irrisolti i principali problemi che affliggono i soggetti più fragili della nostra società. Il risultato di tali scelte allocative fa sì che l'attuale sistema di welfare stenta a contrastare il disagio e il rischio di povertà che le famiglie italiane sperimentano. Il sedimentarsi di tali scelte e la critica fase economica recessiva hanno contribuito a consolidare una situazione difficile per un'ampia fetta di popolazione. Pertanto, nell'ambito di un approfondimento tematico si mette in luce che i trasferimenti economici per il sostegno al reddito delle famiglie sono meno efficaci di quelli erogati nella maggior parte dei Paesi europei e non proporzionati al livello di povertà. A questo ultimo riguardo, le analisi evidenziano che i soggetti a rischio e i meccanismi di transizione dalla condizione di povertà sono ormai una caratteristica strutturale della società italiana.
Di fronte alle difficoltà del Sistema, è sempre all'interno delle famiglie che si trovano le risorse per fronteggiare le difficoltà economiche. Le analisi svolte mettono in luce come siano i pensionati, una categoria spesso ritenuta fragile, a rappresentare frequentemente una risorsa economica all'interno delle famiglie, anche perché le pensioni sono tra i pochi redditi ad aver tenuto all'urto della crisi mantenendo sostanzialmente il potere d'acquisto.
Le risorse economiche messe a disposizione dal sistema di welfare manifestano un persistente gradiente Nord-Sud che vede le regioni del Mezzogiorno godere di minori fondi e servizi per l'assistenza sociale. Un'analisi specifica testimonia che gli stessi squilibri si riscontrano anche rispetto alle condizioni di salute della popolazione, per le quali il fattore territoriale si aggiunge ai divari socio-demografici nel determinare condizioni di evidente svantaggio della popolazione del Mezzogiorno, a prescindere dallo status sociale. Inoltre, l'analisi mette in luce segnali preoccupanti dai quali si comincia a intravedere un arretramento del settore pubblico ed evidenti difficoltà delle famiglie a far fronte, con risorse proprie, alle necessità di cura e assistenza.
I dati del 9° Censimento generale dell'industria e dei servizi e del Censimento delle istituzioni non profit evidenziano che nel settore della sanità e dell'assistenza sociale, tra il 2001 e il 2011, si assiste ad un forte arretramento, in termine di addetti, del settore pubblico, più che bilanciato da un incremento dell'offerta da parte di quello privato e del non profit. Le istituzioni del non profit mostrano un incremento sostanziale nel periodo intercensuario e costituiscono una realtà molto variegata, sia in termini di settori di attività coperti, sia in termini di risorse umane e finanziarie a disposizione. Nel settore dell'Assistenza sociale il non profit costituisce un'importante realtà che si affianca ai servizi forniti dalle Amministrazioni pubbliche.

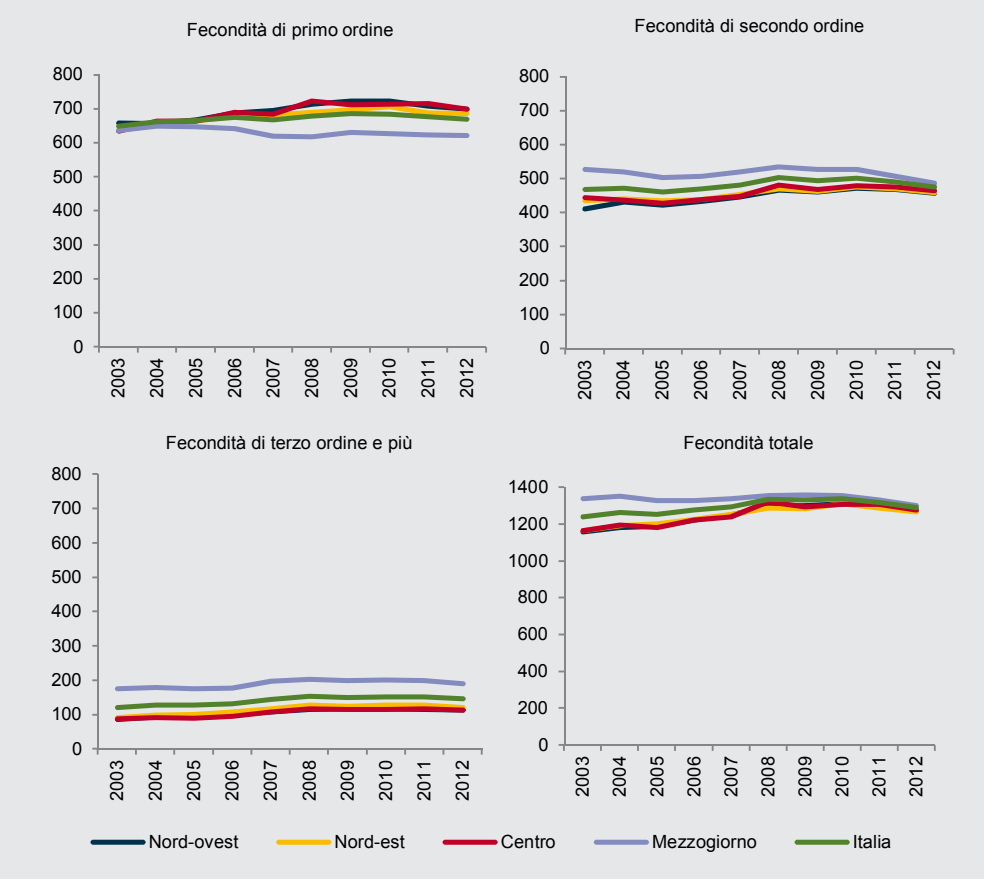




## 4.1 Il dualismo demografico

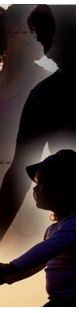
Viene detto transizione demografica il processo di trasformazione di una popolazione da uno status "naturale", risultato di dinamiche tendenzialmente spontanee, a uno più "evoluto", regolato in misura crescente dal potere d'intervento degli individui. Lo straordinario incremento della sopravvivenza della nostra popolazione, da un lato, e il controllo della fecondità, dall'altro, sono i tratti distintivi di questo processo. I fattori individuali di "scelta", per quanto riguarda la sopravvivenza, sono com'è noto prevalentemente preventivi rispetto all'esposizione ai fattori di rischio e all'adozione di conseguenti stili di vita. Da questo punto di vista sono assai più rilevanti i cambiamenti indotti dagli avanzamenti in ambito medico-scientifico, farmaceutico e – negli ultimi decenni – soprattutto tecnologico-sanitario.
I profondi cambiamenti nelle opzioni individuali relative alla formazione delle unioni familiari e alle scelte riproduttive sono, invece, prevalentemente riconducibili ai mutamenti socio-culturali legati alla secolarizzazione della società.
Il processo di modernizzazione dei comportamenti familiari delle società europee è caratterizzato inizialmente dal calo della fecondità e della propensione al matrimonio; parallelamente si osserva un aumento dei matrimoni civili, delle unioni libere e conseguentemente del numero di figli nati fuori dal matrimonio. L'avvio di queste trasformazioni si osserva nel Nord Europa nella seconda metà degli anni Sessanta; successivamente, con velocità e intensità diverse, esse si diffondono anche verso il Sud Europa.

**Figura 4.8 Tassi di fecondità delle donne italiane per ordine di nascita e ripartizione geografica - Anni 2003-2012** (per 1.000 donne)




Fonte: Istat, Iscritti in anagrafe per nascita; Tavole di fecondità regionale





Nel nostro Paese questi comportamenti hanno iniziato a diffondersi dalla metà degli anni '70, con tempi e intensità diverse nel Centro-Nord e nel Mezzogiorno, dando vita a nuovi divari e accentuandone di preesistenti. Mentre è il calo della nuzialità e della fecondità a caratterizzare la prima fase, dalla metà degli anni Novanta il quadro inizia a mutare più rapidamente e i comportamenti familiari "innovativi", che costituiscono il tratto distintivo della seconda transizione demografica, diventano evidenti.

Torna a diminuire la fecondità in Italia…

Per quanto riguarda la fecondità, gli indicatori di periodo mostrano, dal 1995 fino al 2010, un lieve recupero del numero medio di figli per donna: da 1,19 a 1,46 per il complesso delle donne residenti, dovuto soprattutto alle nascite da madri straniere. Se si considerano solo le italiane, infatti, la fecondità resta decisamente bassa (1,3 figli per donna nel 2010) e tardiva (il primo figlio arriva in media a 31 anni). Il lieve aumento della fecondità delle donne italiane è tutto concentrato al Nord e al Centro ed è dovuto ad un parziale recupero della posticipazione da parte delle baby-boomers che si accingono a completare la loro carriera riproduttiva. In particolare considerando il numero medio di primi figli per mille donne, si è assistito prima ad una progressiva convergenza dei livelli di fecondità ripartizionali, successivamente a un rovesciamento della geografia della fecondità delle donne italiane (Figura 4.8).

…e il primo figlio arriva sempre più tardi

Il tasso di fecondità del primo ordine nel 2012 è infatti più elevato nelle regioni del Centro-Nord (circa 700 primi figli per mille donne) che non nel Mezzogiorno (620). La perdita di fecondità totale del 1° ordine delle donne italiane nel Mezzogiorno nel decennio ha implicato, oltre al calo d'intensità, un significativo spostamento in avanti del calendario da 28,1 anni a 30,4 anni (2,3 anni in più), più consistente rispetto all'incremento osservato al Centro-Nord da 30 a 31,6 (circa 1,6 anni). Quest'ultima circostanza, in particolare, tende ulteriormente a deprimere la fecondità e a rendere sempre meno "raggiungibili" le aspettative di maternità rimandate troppo in là che spesso nemmeno gli strumenti di supporto alla fecondazione possono sostenere.

L'evoluzione della fecondità di periodo appena descritta è andata di pari passo con rilevanti mutamenti che hanno interessato i comportamenti familiari (Tavola 4.6).

In primo luogo, si osserva una importante riduzione della propensione a sancire la prima unione con il vincolo del matrimonio: nel 2012 sono stati celebrati 507 primi matrimoni per 1.000 donne, valori inferiori del 17,3 per cento rispetto al 2003.

Parallelamente si registra un continuo aumento della quota dei matrimoni celebrati solo con rito civile. Al Nord, superano quelli religiosi (53 per cento nel 2012), al Centro sono uno su due,



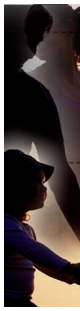


**Tavola 4.6 Principali indicatori relativi ai comportamenti familiari per ripartizione geografica - Anni 1995 e 2012**

| RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE | Matrimoni civili (per 100 matrimoni) | Primi matrimoni civili di italiani (per 100 matrimoni) | Tassi di primo-nuzialità (per mille matrimoni) | | Età media al primo matrimonio | | Sposi al matrimonio successivo al primo (per cento matrimoni) | | Separazioni (per mille matrimoni) (a) | Divorzi (per mille matrimoni) (a) | Nati fuori dal matrimonio (per cento nati) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Sposi | Spose | Sposi | Spose | Sposi | Spose | | | |
| | | | | | ANNO 1995 | | | | | | |
| Nord-ovest | 23,1 | 13,8 | 539,3 | 591,2 | 29,5 | 26,9 | 7,6 | 6,5 | 263,7 | 139,0 | 9,5 |
| Nord-est | 25,0 | 17,2 | 539,3 | 591,2 | 29,7 | 27,1 | 6,9 | 5,5 | 214,6 | 122,9 | 10,0 |
| Centro | 24,5 | 17,4 | 560,7 | 597,5 | 29,9 | 27,3 | 6,5 | 4,8 | 218,4 | 112,4 | 9,1 |
| Mezzogiorno | 13,9 | 10,2 | 679,1 | 682,2 | 28,5 | 25,5 | 4,1 | 2,2 | 97,7 | 44,0 | 6,3 |
| Italia | 20,0 | 13,5 | 591,6 | 621,5 | 29,6 | 26,9 | 5,9 | 4,3 | 180,4 | 93,2 | 8,1 |
| | | | | | ANNO 2012 | | | | | | |
| Nord-ovest | 53,3 | 30,6 | 383,3 | 433,7 | 34,5 | 31,4 | 15,1 | 14,3 | 541,8 | 378,9 | 27,7 |
| Nord-est | 53,5 | 31,8 | 388,8 | 440,8 | 35,0 | 31,7 | 13,7 | 13,2 | 451,6 | 326,0 | 29,6 |
| Centro | 49,4 | 30,5 | 433,7 | 481,3 | 34,8 | 31,8 | 12,9 | 10,9 | 506,8 | 306,0 | 29,1 |
| Mezzogiorno | 24,5 | 16,4 | 558,0 | 590,0 | 32,7 | 29,7 | 6,1 | 4,5 | 330,8 | 152,2 | 17,4 |
| Italia | 41,0 | 24,5 | 460,0 | 506,9 | 33,8 | 30,8 | 10,8 | 9,4 | 433,5 | 262,7 | 24,8 |

Fonte: Istat, Matrimoni; Separazioni personali dei coniugi; Scioglimenti e cessazioni degli effetti civili dei matrimoni; Nascite di Stato civile; Iscritti in anagrafe per nascita
(a) Anno 2011 e non 2012.

mentre nel Mezzogiorno uno su quattro. Solo 15 anni fa l'incidenza dei matrimoni civili non arrivava al 20 per cento del totale delle celebrazioni. Questa scelta riguarda sempre più spesso anche le prime unioni di sposi entrambi italiani: nel 2012 scelgono di celebrare le prime nozze con il rito civile il 31 per cento degli sposi italiani che risiedono al Nord, il 30 per cento di quelli che risiedono al Centro e il 16 per cento degli sposi residenti nel Mezzogiorno.

La minore propensione a sancire con il vincolo matrimoniale la prima unione è da mettere in relazione in parte con la progressiva diffusione delle unioni di fatto. Le libere unioni di celibi e nubili e le famiglie ricostituite non coniugate sono sempre più frequenti. Le convivenze *more uxorio* tra partner celibi e nubili hanno fatto registrare un incremento del 70 per cento tra il 2006-2007 e il 2012-2013 raggiungendo quota 606 mila famiglie. In totale, le libere unioni sono oltre un milione.

La conferma di questo mutato atteggiamento è testimoniata dall'incidenza di bambini nati al di fuori del matrimonio che è in continuo aumento: nel 2012 oltre un nato su 4 ha genitori non coniugati. Le nascite fuori dal matrimonio si sono particolarmente diffuse nell'Italia del Nord (27,7 per cento nascite nel Nord-ovest e 29,6 per cento nel Nord-est nel 2012) e del Centro (29,1 per cento), rispetto al resto del Paese (19,5 per cento nelle Isole e 16,4 per cento nel Sud). Tuttavia, l'incidenza del fenomeno è comunque molto più contenuta rispetto ad altri paesi europei; anche il dato relativo alle regioni del Nord è, infatti, di oltre 20 punti percentuali inferiore a quello della Francia, del Regno Unito e della Svezia.

Sempre più nati fuori dal matrimonio, specie nel Nord-est

Accanto alla scelta dell'unione di fatto come modalità alternativa al matrimonio, sono in continuo aumento le convivenze pre-matrimoniali, le quali possono avere un effetto sulla posticipazione del primo matrimonio. Ma è soprattutto la sempre più prolungata permanenza dei giovani nella famiglia di origine a determinare il rinvio delle prime nozze. Nel 2012 vivono nella famiglia di origine il 52,3 per cento dei maschi e il 35 per cento delle femmine tra 25 e 34 anni di età.

Questo fenomeno è dovuto a molteplici fattori: all'aumento diffuso della scolarizzazione e all'allungamento dei tempi formativi, alle difficoltà che incontrano i giovani nell'ingresso nel mondo del lavoro e alla condizione di precarietà del lavoro stesso, alle difficoltà di accesso al mercato delle abitazioni. L'effetto di tali fattori è stato amplificato negli ultimi quattro anni da una congiuntura economica sfavorevole che ha colpito in particolare l'occupazione dei giovani e che ha contribuito ad accentuare un diffuso senso di precarietà e di incertezza. Le condizioni



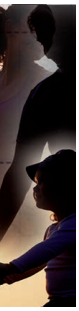
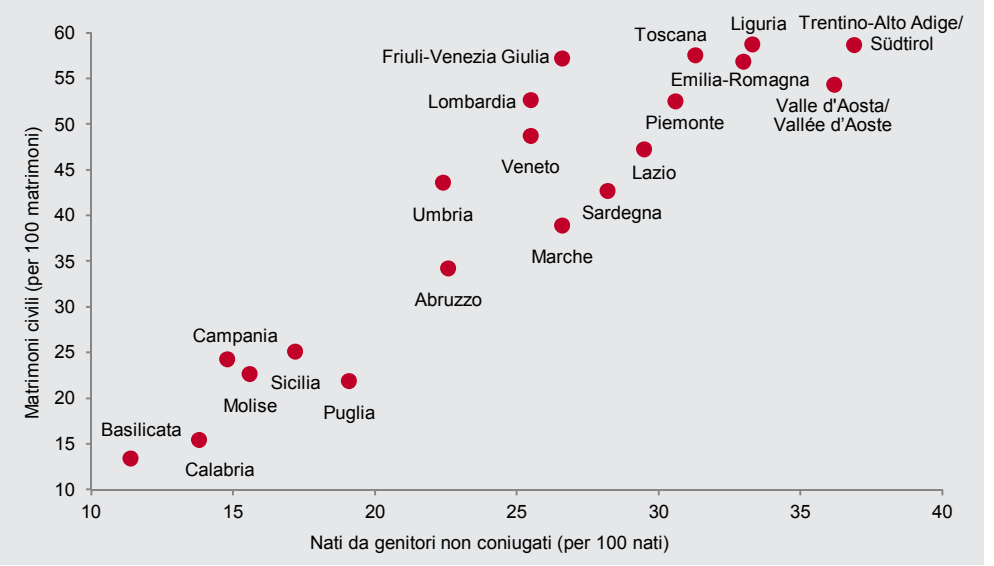


**Figura 4.9 Nati da genitori non coniugati e matrimoni civili per regione - Anno 2012** (valori percentuali)




Fonte: Istat, Iscritti in anagrafe per nascita; Matrimoni

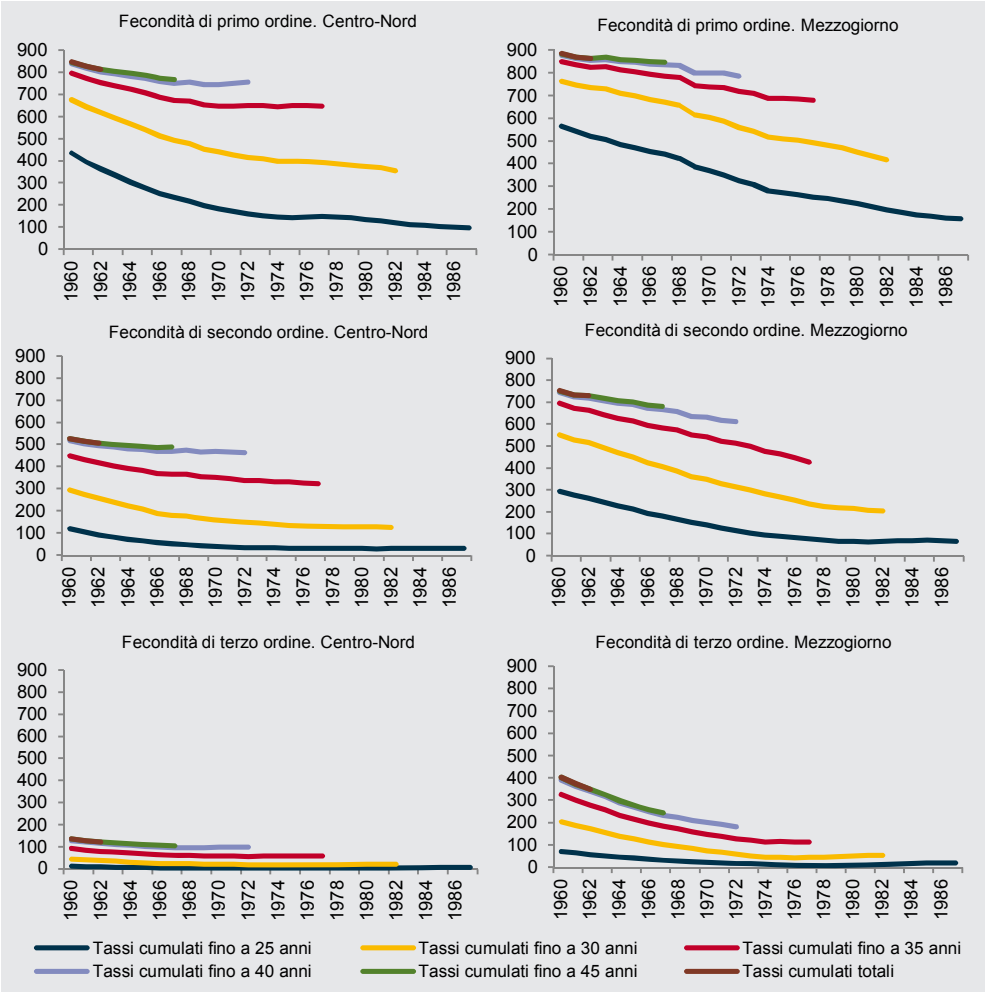
descritte risultano sempre più vincolanti sia per gli uomini che per le donne, pesando sulla decisione di formare una famiglia e sui comportamenti nuziali. La nuzialità, infatti, a differenza di altri fenomeni demografici, come ad esempio la fecondità, è particolarmente sensibile a fenomeni congiunturali. Il risultato è che la famiglia tradizionale composta dalla coppia coniugata con figli non è più il modello dominante e nel biennio 2012-2013 rappresenta ormai meno di un terzo del totale delle famiglie.

Coppie coniugate con figli: meno di una famiglia su tre

In questo quadro sociale in completo cambiamento il Mezzogiorno si ritrova ancora molto indietro rispetto al Paese. Appare evidente che il Centro-Nord e il Mezzogiorno viaggiano a due velocità anche dal punto di vista sociale (Figura 4.9).

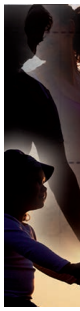
È in questo contesto che si sviluppa una sorta di "strategia di adattamento" del Mezzogiorno che si traduce in una drammatica contrazione e posticipazione della fecondità da una generazione all'altra. Dal punto di vista degli effetti demografici, questo tipo di "risposta sociale" determina importanti conseguenze di natura "depressiva" sulla fecondità e costituisce la causa principale della progressiva rarefazione dell'ammontare annuo delle nascite e del parallelo invecchiamento della struttura per età della popolazione che in prospettiva nel Mezzogiorno sarà più accentuato di quello del Centro-Nord. La lettura per generazione consente di cogliere i tratti distintivi di questa strategia (Figura 4.10).

**Figura 4.10 Tassi di fecondità cumulati fino ad alcune età specifiche per ordine di nascita e coorte delle donne italiane. Centro-Nord e Mezzogiorno a confronto - Coorti 1960-1987** (per 1.000 donne)




Fonte: Istat, Iscritti in anagrafe per nascita; Tavole di fecondità regionale





I modelli di fecondità tendono rapidamente a convergere

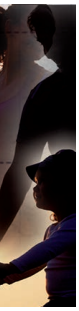
Considerando la fecondità realizzata dalle coorti fino a 25 anni, nel Mezzogiorno si assiste a un autentico tracollo del numero medio di primi figli: da valori di 565 primi figli per mille donne osservati per la generazione del 1960 (significativamente più alti rispetto ai 436 del Centro-Nord) si precipita a 156 primi figli per la generazione del 1987 (valore non particolarmente più elevato dei 100 del Centro-Nord). L'indicatore scende a ritmi "quasi lineari", mostrando solo timidi sintomi di rallentamento nelle ultime generazioni osservate. Nel Centro-Nord, i livelli della fecondità di 1°ordine realizzata fino a 25 anni dalla generazione del 1960 si sono più che dimezzati in sole dieci generazioni. Le generazioni successive continuano a ridurre la quota realizzata fino a 25 anni, ma a un ritmo lentissimo: dai 183 primi figli per 1000 donne della generazione 1970 ai circa 100 primi figli nell'arco di ben 17 generazioni. Questo andamento sembra suggerire che la posticipazione dell'ingresso nella "carriera riproduttiva" stia per raggiungere un limite inferiore quasi fisiologico.

In altri termini, il Mezzogiorno ha virtualmente raggiunto, al ribasso, i livelli di realizzazione della fecondità di 1° ordine del Centro-Nord, nell'arco di circa 17 generazioni. È ancora più significativo, peraltro, esaminare la fecondità di 1° ordine realizzata a 30 anni, in virtù del raggiungimento di un'età alla quale il percorso riproduttivo delle donne già tende a raggiungere la massima realizzazione. Anche in questo caso, si assiste a un processo di "convergenza al ribasso" degli indicatori del Mezzogiorno rispetto a quelli del Centro Nord: da livelli in partenza abbastanza distanziati tra loro (764 il Mezzogiorno contro i 677 del Centro-Nord per la generazione del 1960) si arriva per le generazioni più giovani ad una differenza modesta (417 primi figli per 1000 donne nel Mezzogiorno contro i 356 del Centro-Nord), che – anche in questo caso, come per la soglia dei 25 anni – sembra destinata a scomparire nell'arco di poche generazioni, visto il ritmo di decremento dell'indicatore del Mezzogiorno.

Scende drasticamente il numero di secondi figli anche nel Mezzogiorno

Per quanto riguarda il 2° ordine – pur trattandosi di scelte realizzate nell'ambito di un progetto riproduttivo già avviato – gli andamenti del Mezzogiorno risentono comunque della stessa tendenza al "disinvestimento riproduttivo" che evidentemente non è limitata solo all'avvio della carriera riproduttiva: da questo punto di vista appare emblematica la fortissima riduzione della fecondità realizzata a 30 anni, che scende da 551 secondi figli per mille donne della generazione 1960 sino ai 204 (-347 secondi figli per mille donne) della generazione di donne nate nel 1982. Dal punto di vista demografico, si tratta di tempi straordinariamente ridotti. Dal punto di vista culturale, si tratta di un abbandono – imprevedibile nella rapidità con cui si è realizzato – di comportamenti tradizionali consolidati. Dal punto di vista sociale, questo cambiamento è espressione anche di una crescente, ma ormai di lungo periodo (oltre un ventennio), sfiducia nel futuro da parte delle nuove generazioni meridionali. Allo stesso tempo, esso può essere ben rappresentato come il ricorso ad un unico strumento rimasto a disposizione di questi giovani adulti del Mezzogiorno, donne e uomini: lo spostamento dell'investimento in capitale umano dal loro futuro al loro presente, dai loro potenziali discendenti a se stessi.





A queste trasformazioni riguardanti la dinamica naturale della popolazione si aggiungono quelle indotte dai movimenti migratori interni e dall'immigrazione internazionale, che agiscono entrambi in maniera selettiva rispetto all'insediamento sul nostro territorio. Per il Mezzogiorno l'azione depressiva della dinamica naturale va a intersecarsi con quella della dinamica migratoria interna (migrazioni residenziali interne tra Centro-Nord e Mezzogiorno), che porta al depauperamento del capitale umano nelle classi di età dei giovani adulti, dunque proprio nelle classi di età caratterizzate dal maggior potenziale riproduttivo e dalla più alta "redditività" dal punto di vista del contributo lavorativo.

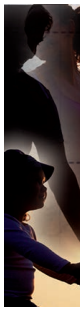
La componente migratoria interna è storicamente connessa in maniera profonda alla dinamica demografica del Mezzogiorno. Soprattutto fino alla prima guerra mondiale, questa associazione era valida anche per altre aree del territorio nazionale, ma dagli anni seguenti il secondo conflitto mondiale "migrazioni interne" sono diventate sostanzialmente sinonimo di

"migrazioni dal Mezzogiorno". Le grandi migrazioni interne del quindicennio 1955-1970 hanno profondamente alterato il profilo demografico del Paese, sia nelle aree di origine – pressoché indistintamente tutte le Regioni del Mezzogiorno e le tre Venezie (le migrazioni sono selettive per destinazione, ma non per origine) – sia in quelle di destinazione, in quel lungo periodo soprattutto, anche se non in via esclusiva, le Regioni metropolitane del Nord-ovest e del Centro del Paese: segnatamente Piemonte, Lombardia, Liguria e Lazio.
L'effetto delle grandi migrazioni interne è stato profondo sull'assetto complessivo del Paese. Dal punto di vista economico, ha contribuito al cosidetto "boom economico" che ha avuto il suo fulcro nello sviluppo dell'industria manifatturiera, attirando (e allo stesso tempo determinando) quote molto consistenti di offerta di lavoro del Mezzogiorno. Dal punto di vista ambientale e urbanistico ha decretato lo spopolamento, l'abbandono e il degrado di vaste aree rurali e montane del Mezzogiorno, determinando – allo stesso tempo – un'alterazione nell'ambiente delle regioni di destinazione, provocata dalla nascita di vaste aree metropolitane sempre più caratterizzate da periferie sovraffollate, da edilizia poco qualificata e insufficienti infrastrutture e servizi.

Le migrazioni interne depauperano il Mezzogiorno…

Dal punto di vista demografico, le migrazioni interne hanno prodotto, naturalmente, un ingente "trasferimento di capitale umano" – sia immediato sia prospettivo – dal Mezzogiorno verso le aree di destinazione del Centro-Nord. Il trasferimento "diretto" si è ovviamente attuato mediante la riallocazione al Centro-Nord di milioni di donne e uomini in età lavorativa e in gran parte molto giovane (quasi 3 milioni e mezzo di individui nei soli sedici anni dal 1955 al 1970). Il trasferimento "prospettivo" si è invece sostanziato nel cosiddetto baby-boom (che copre – non casualmente – un periodo largamente sovrapponibile a quello appena citato). Il baby-boom, in realtà, non è stato altro che un forte incremento nel numero di nascite nelle regioni metropolitane del Centro-Nord, conseguente all'anticipazione nel calendario (della nuzialità e) della fecondità della popolazione immigrata dal Mezzogiorno in quegli anni. Osservando infatti la fecondità delle generazioni delle donne che hanno causato questa anticipazione, l'effetto del baby-boom è praticamente impercettibile e la discendenza finale continua la sua lenta e costante diminuzione. Parallelamente, nella maggior parte del Mezzogiorno – con la sola eccezione, peraltro poco significativa, della Campania – il baby-boom è stato un fenomeno inesistente.
Nonostante questo autentico sconvolgimento demografico, economico e ambientale, le migrazioni interne non sono servite a innescare un processo di "convergenza" complessivo tra Centro-Nord e Mezzogiorno del Paese e hanno contribuito così a definire il carattere strutturale del dualismo tra il Mezzogiorno e il resto del Paese. Il permanere di un saldo demografico sempre negativo, ai danni del Mezzogiorno, è espressione della marginalizzazione di un'intera fascia della società italiana.

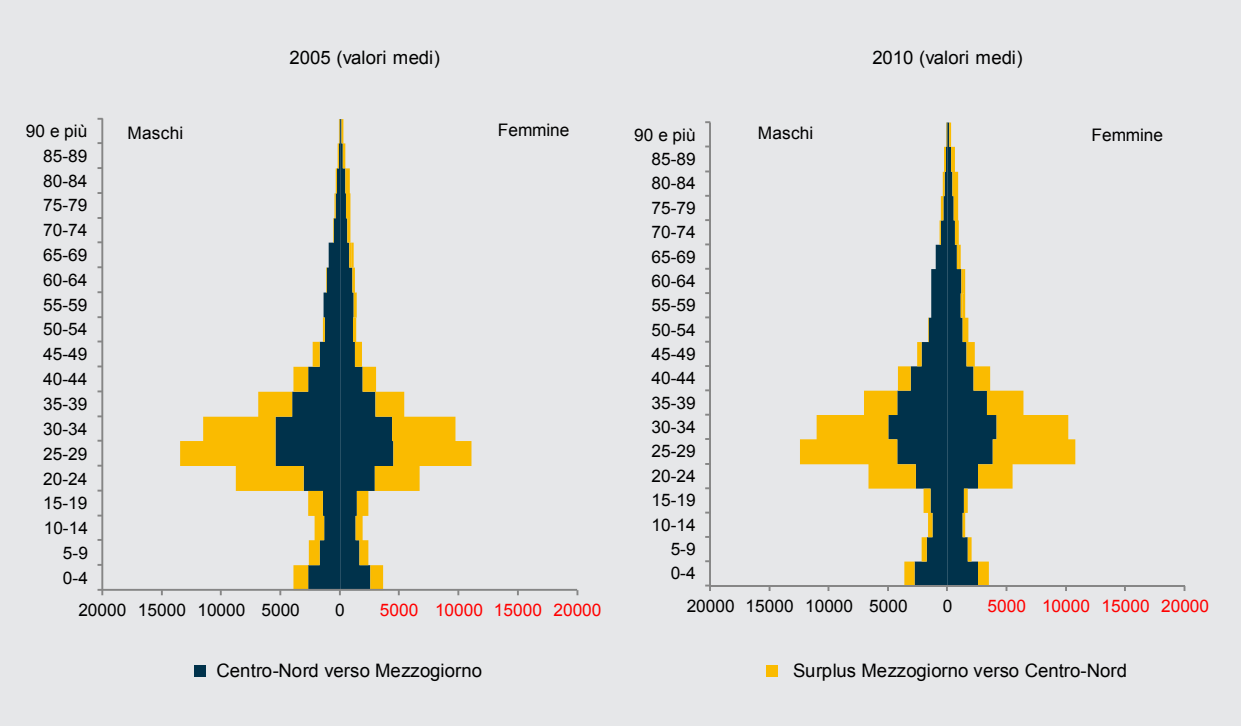




…e non si sono mai interrotte

Si parla di valori medi annui complessivi che variano solo in misura impercettibile: dai - 90mila del quinquennio 1998-2002 ai -87mila dell'intero decennio 2003-2012. In totale, si tratta di un deficit di oltre 1 milione e 300 mila persone negli ultimi quindici anni. Si potrebbe parlare di migrazioni "silenziose", trattandosi di flussi meno intensi di quelli osservati nel periodo del boom economico 1955-1970, durante il quale abbiamo assistito a un vero e proprio esodo verso il Centro-Nord di oltre 3 milioni e 300mila individui, ma l'intensità è comunque tale (il 40 per cento circa di quell'ammontare) da non giustificare affatto l'enorme divario di "attenzione" sociale, ma anche "culturale", al fenomeno. È come se tutto il Paese, incluso il Mezzogiorno, si fosse assuefatto alle migrazioni interne tanto da considerare ormai "scontato" il loro verificarsi, uguali a se stesse, anno dopo anno.
Osservando le piramidi delle età di coloro che hanno trasferito la residenza dal Mezzogiorno al Centro-Nord è ben visibile la cronica e costante permanenza di cospicui saldi negativi a svantaggio del Mezzogiorno, sia per le donne sia per gli uomini, in tutte le classi di età, anche oltre i 65 anni, soglia oltre la quale, invece, si potrebbe teoricamente ipotizzare una tendenza alle

**Figura 4.11 Piramidi delle età di coloro che hanno trasferito la residenza dal Mezzogiorno al Centro-Nord e dal Centro-Nord al Mezzogiorno** (a) **- Anni 2005 e 2010** (valori assoluti)




Fonte: Istat, Iscrizioni e cancellazioni all'anagrafe per trasferimento di residenza
(a) I valori 2005 sono la media degli anni 2002-2007 e quelli 2010 degli anni 2008-2012.

cosiddette "migrazioni di ritorno". Tuttavia, tale perdita di popolazione è soprattutto visibile nelle età giovani-adulte, dai 20 fino ai 45 anni (Figura 4.11). Insieme, queste età assorbono in media annua e costantemente nel quindicennio considerato oltre il 60 per cento del deficit complessivo, trasferendo dal Mezzogiorno al Centro-Nord un patrimonio preziosissimo di capitale umano sia dal punto di vista del contributo al mercato del lavoro sia da quello della riproduttività della popolazione.

Il profilo per età di chi si trasferisce dal Mezzogiorno verso il Centro-Nord mostra un leggero spostamento in avanti, una sorta di posticipazione del calendario dell'emigrazione, coerentemente con il generale spostamento in avanti delle biografie (Figura 4.12). Inoltre, si nota una leggerissima ripresa della curva dell'emigrazione nell'età da 75 in avanti, riconducibile almeno in parte al "ricongiungimento" in età più avanzata dei genitori (o parenti prossimi) rimasti fino a quel momento nel Mezzogiorno.

Si può pertanto affermare, a buona ragione, che il Mezzogiorno si trova nella necessità di pagare una sostanziale costante negativa a causa del mancato raggiungimento del riequilibrio territoriale economico, tanto più grave in quanto intensità e struttura dei saldi negativi appaiono pressoché inelastiche rispetto alle variazioni del ciclo economico nazionale, siano esse di carattere recessivo o espansivo, ma anche rispetto alla loro sostanziale assenza (crescita debole o stagnazione).

Gli immigrati stranieri si stabiliscono soprattutto al Centro-Nord

Infine, dal punto di vista comparativo rispetto al resto del Paese, il quadro recessivo della demografia del Mezzogiorno viene ulteriormente aggravato da dinamiche migratorie internazionali inadeguate – in termini comparativi, rispetto a quanto avviene nel Nord e nel Centro del Paese – a contrastare, sia sul piano numerico sia su quello strutturale, il deficit di capitale umano causato sia dalla dinamica migratoria interna sia dalle più recenti alterazioni di quella naturale.

Infatti, le migrazioni internazionali – pur costituendo un fattore esterno alla società italiana – sono, contrariamente a quanto potrebbe apparire, estremamente selettive rispetto al territorio



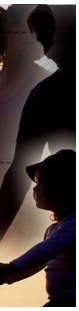
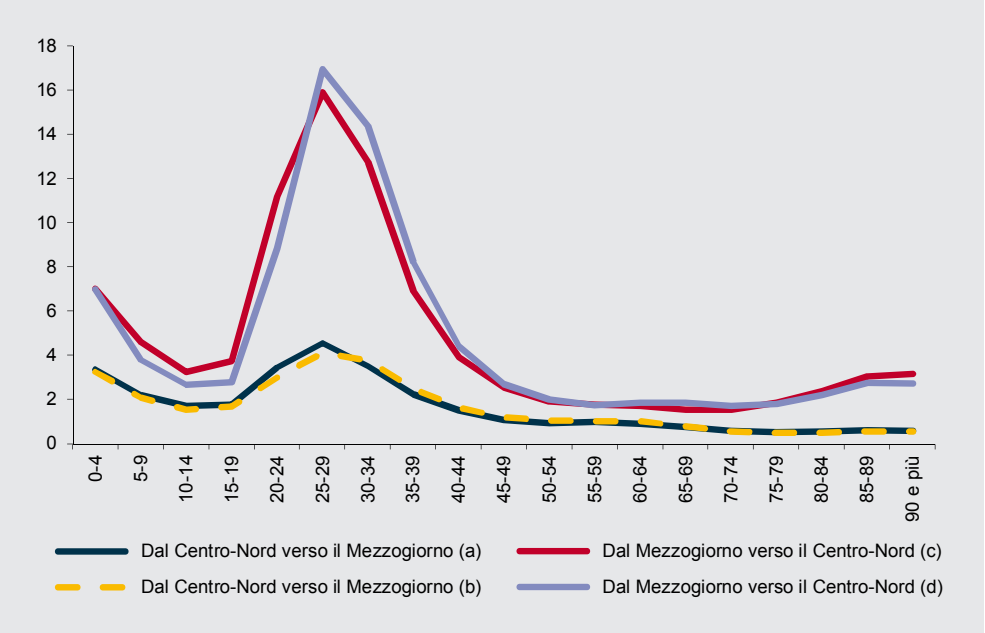


**Figura 4.12 Trasferimenti di residenza degli italiani dal Mezzogiorno verso il Centro-Nord e dal Centro-Nord verso il Mezzogiorno per classe di età - Anni 2002-2011**
(tassi di migratorietà per 1000)




Fonte: Istat, Iscrizioni e cancellazioni all'anagrafe per trasferimento di residenza
(a) Media 2002-2006.
(b) Media 2007-2011.
(c) Media 2002-2006.
(d) Media 2006-2011.

e questo vale anche per il nostro Paese. Non deve quindi sorprendere che il Mezzogiorno – da quando il fenomeno dell'immigrazione internazionale si è manifestato come fenomeno demografico rilevante in Italia, fino ad arrivare a costituire il contributo, prima prevalente, poi unico, alla crescita e al mancato declino della popolazione residente – abbia assorbito solo quote marginali dei flussi in ingresso, molto inferiori al suo peso demografico. Anche per quanto riguarda la componente dell'immigrazione internazionale, pertanto, il Mezzogiorno soffre una "perdita" relativa in capitale umano, determinata da flussi migratori in entrata assai minori di quanto sarebbe lecito attendersi a parità di "attrattività" rispetto al resto del Paese. Questa "perdita relativa" è cospicua – alla luce della struttura per età dei flussi immigratori, mediamente molto "giovane" – sia direttamente, perché non riesce a compensare quella assoluta determinata dallo sbilancio demografico delle migrazioni interne, sia prospettivamente, perché aggrava la forbice in termini di nascite attese, tra Centro Nord e Mezzogiorno.
Anche per quanto riguarda l'immigrazione internazionale il Mezzogiorno è comparativamente sfavorito – e lo si vede principalmente dal differenziale dei livelli dei flussi in ingresso – per l'attrattività assai minore nei confronti degli stranieri rispetto a quella del Centro-Nord (Figura 4.13). Il confronto tra le strutture per età della popolazione straniera che migra verso il Mezzogiorno e il Centro-Nord mostra la classe 20-44 particolarmente consistente nel Centro-Nord, simmetricamente a quanto già riscontrato per le migrazioni interne.
Possiamo concludere che si tratteggia un quadro complessivo in cui tendenzialmente (nel senso "previsionale" del termine) il Centro-Nord va verso la stazionarietà (anche se al forte ribasso di popolazione rispetto a oggi), mentre il Mezzogiorno volge verso un progressivo declino, a meno di politiche che restituiscano prospettive al Mezzogiorno. In ogni caso si dovrà affrontare il problema dell'invecchiamento per renderne meno "estremi" gli effetti.

Il Mezzogiorno rischia il declino demografico



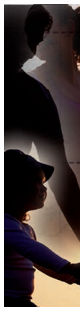
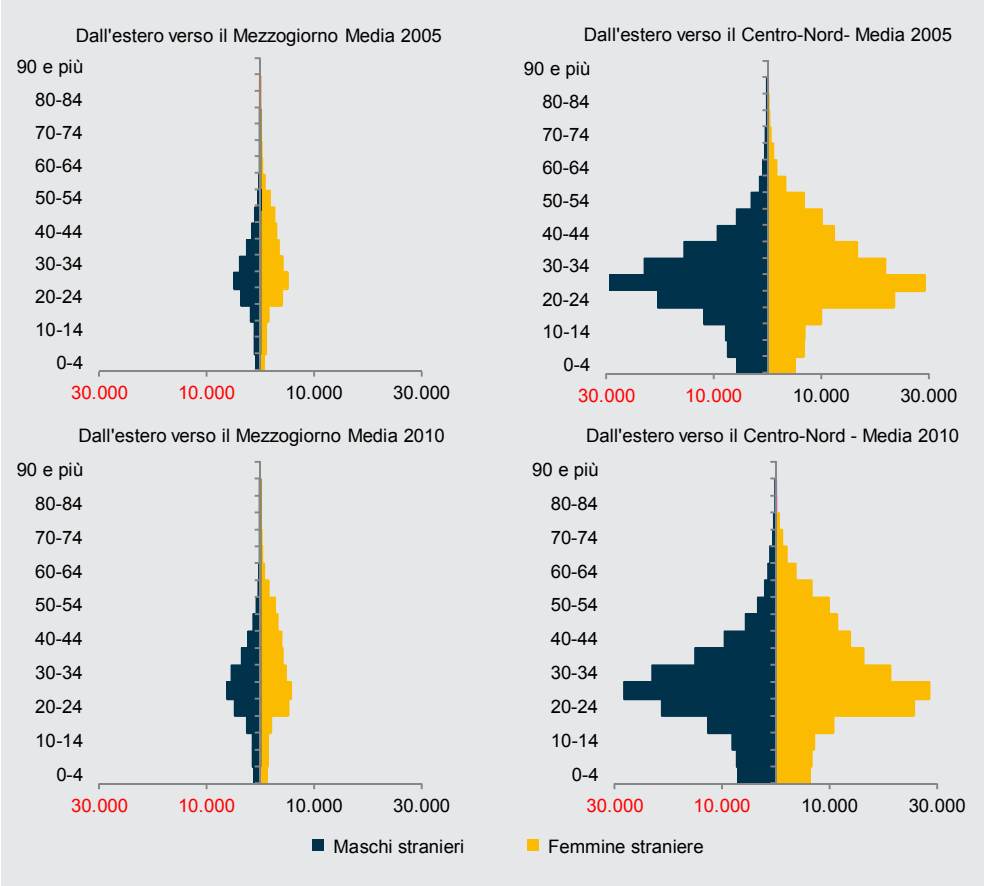
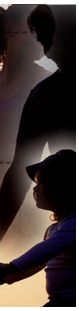


**Figura 4.13 Piramidi delle età di coloro che hanno trasferito la residenza dall'estero verso il Mezzogiorno e il Centro-Nord** (a) **- Anni 2005 e 2010** (valori assoluti)




Fonte: Istat, Iscrizioni e cancellazioni all'anagrafe per trasferimento di residenza
(a) I valori 2005 sono la media degli anni 2002-2007 e quelli 2010 degli anni 2008-2012.





## 4.2 Il Sistema sanitario nazionale: un difficile equilibrio tra efficienza e qualità

Servizio sanitario nazionale più efficiente ma resta problema equità

Il Sistema sanitario nazionale (Ssn) nel corso degli anni ha dovuto mantenere un difficile equilibrio tra i vincoli di spesa e l'efficacia della sua azione, le analisi svolte testimoniano che il Sistema sanitario pubblico ha migliorato notevolmente il suo livello di *accountability*, come si evince dalla riduzione del debito accumulato nel corso degli anni, e i suoi standard di appropriatezza. Inoltre, l'aumento costante della sopravvivenza e la sostanziale stabilità delle persone affette da cronicità gravi, testimoniano che l'attività di assistenza e cura svolta dal Ssn ha conseguito esiti soddisfacenti. Gli aspetti ancora problematici si riscontrano sul fronte dell'equità, per la quale gli indicatori segnalano persistenti divari di genere, sociali e territoriali, sia in termini di esiti di salute sia di accessibilità delle cure. Tali divari seppure non sono aumentati nel corso degli anni, continuano a caratterizzare negativamente il settore, configurandosi come una condizione strutturale della sanità pubblica. Infine, destano preoccupazione gli evidenti segnali di riduzione della spesa sanitaria pubblica e le difficoltà dimostrate delle famiglie a far fronte con risorse proprie alle cure sanitarie.

Il Sistema sanitario pubblico ha visto modificarsi profondamente gli assetti organizzativi che da un lato possono aver favorito una razionalizzazione della governance, dall'altro hanno in-

trodotto elementi di instabilità tra chi operava all'interno del settore. Dal 1992 al 2001 sono stati attuati ben tre decreti di riforma uniti ad altri interventi normativi, che complessivamente hanno avviato e, in gran parte, concluso il processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie e gettato le basi per migliorare l'efficienza del settore, sia dal punto di vista organizzativo sia da quello economico. In merito all'efficienza economica, una particolare attenzione è stata posta al controllo del deficit di bilancio; il Ministero della salute è intervenuto con iniziative di monitoraggio, attraverso i cosiddetti Piani di rientro, fino all'imposizione del commissariamento delle Regioni inadempienti e con misure trasversali di contenimento dei rinnovi contrattuali e del turnover del personale dipendente. I risultati tangibili di questo costante impegno si riscontrano nei dati di bilancio: sono sempre più numerose infatti le Asl in pareggio o con deficit sotto il 5 per cento comprese molte del Mezzogiorno storicamente più in difficoltà economiche. Sul lato della spesa,[14] le risorse assorbite dal settore pubblico sono andate crescendo, da 48 miliardi del 1995 a 111 miliardi del 2012, con un incremento medio annuo del 5 per cento. Ciò è da imputare, sostanzialmente: alle scelte politiche rispetto al finanziamento pubblico, spinte dalla constatazione che il nostro Paese destinava meno risorse rispetto a quelle della media europea; all'emersione del debito, in conseguenza di un maggior rigore nei controlli di bilancio svolti dall'Amministrazione centrale; all'innovazione tecnologica che come noto sconta nel medio periodo gli effetti degli investimenti.

Sempre più Asl in pareggio di bilancio, anche nel Mezzogiorno

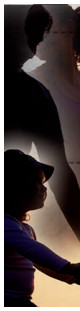
La spesa sanitaria pubblica nel 2012 è in diminuzione di circa l'1 per cento rispetto al 2011 e dell'1,5 per cento in confronto al 2010. Nel periodo 2008-2012 l'incremento medio annuo è stato di mezzo punto percentuale, mentre dal 2001 al 2007 era stato del 5,2 per cento. Nel 2012 la spesa sanitaria privata si attesta a 27 miliardi di euro, circa il 20 per cento della spesa totale, con una leggera diminuzione rispetto al 2011. Dalla dinamica della spesa complessiva si evince che fino al 2011 la spesa privata ha compensato la diminuzione di quella pubblica, mentre nel 2012 anche la componente privata segna il passo. In particolare, il trend della spesa pubblica è stato affiancato, almeno fino al 2011, da un aumento della spesa privata a carico delle famiglie; dal 2001 al 2007 è aumentata mediamente del 2,8 per cento, dal 2008 al 2011 dell'1,9 per cento. A supporto di quanto appena detto, l'analisi dei volumi di attività evidenzia che nel periodo pre-crisi la spesa pubblica a prezzi costanti è cresciuta in media del 2,7 per cento, quella privata dell'1,9; dal 2008 al 2011 il valore della produzione pubblica è rimasto invariato, mentre quello del settore privato è cresciuto dell'1,7 per cento, questi dati confermano che ci sia stato un rallentamento delle prestazioni a carico del settore pubblico compensate da quello privato a carico dei cittadini.

Nel 2012 scende la spesa sanitaria sia pubblica che privata

La diminuzione della spesa sanitaria privata nel 2012 potrebbe essere un chiaro segno delle difficoltà incontrate dalle famiglie, di fronte ad un ridimensionamento della spesa pubblica, a far fronte con risorse proprie alle spese per la salute.

A questo riguardo, giova ricordare che il ricorso al settore privato è dovuto a diversi fattori, uno di questi è legato ai meccanismi di regolazione della domanda da parte del settore pubblico. Tali meccanismi, in maniera implicita, agiscono principalmente dal lato del prezzo della prestazione, attraverso i ticket o la compartecipazione alla spesa, che possono spingere il cittadino a limitare il volume della domanda o a rinunciare del tutto alla prestazione; in maniera esplicita, il sistema agisce limitando (attraverso le file d'attesa) o escludendo l'erogazione di determinate prestazioni ritenute non essenziali per la salute (per esempio nei livelli essenziali di assistenza non sono comprese alcune prestazioni legate all'odontoiatria). L'altro motivo che spinge i cittadini a rivolgersi al settore privato, pagando per intero l'assistenza, attiene alla sfera delle preferenze individuali (scarsa fiducia nel pubblico, mancanza di tempo). C'è poi una parte di cittadini che rinuncia alla prestazione, si tratta di cittadini che non sono in grado di ottenere una prestazione sanitaria, alcuni dei quali possono andare incontro a seri problemi di salute.





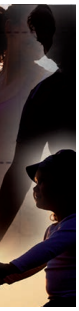
[14] Istat, Contabilità nazionale; www.dati.istat.it.

L'attenzione che il Sistema ha posto dal lato del deficit si è accompagnata a quella finalizzata al miglioramento dell'efficienza organizzativa e clinica. L'analisi di queste due dimensioni della qualità del Sistema prende in considerazione l'appropriatezza dell'attività ospedaliera, vista la stretta correlazione fra il ricorso inappropriato alle strutture ospedaliere e l'inadeguatezza dell'assistenza a livello territoriale. Fra gli indicatori di appropriatezza organizzativa, la percentuale di dimissioni da reparti chirurgici con Diagnosis related groups (DRG) medico è passata dal 39,3 per cento nel 2002 al 30,8 per cento nel 2012 e la quota di ricoveri effettuati in day hospital è aumentata dal 40,9 per cento nel 2002 al 52,9 per cento nel 2012. L'ospedalizzazione per patologie specifiche rientra tra gli indicatori di appropriatezza clinica: una diminuzione dei tassi di ospedalizzazione per tali patologie indica una migliore efficienza dell'assistenza sanitaria nel suo complesso. La riduzione più elevata dei tassi di ospedalizzazione tra il 2006 e il 2012 ha riguardato il diabete non controllato (da 33,6 per 100.000 abitanti a 18,2); seguito dai ricoveri per asma nell'adulto (da 15,2 a 8,6) e per patologie correlate all'alcol (da 56,2 a 34,8). Diminuzioni più contenute ma comunque significative si sono osservate anche per i ricoveri per influenza nell'anziano (da 6,3 a 5,5) e per insufficienza cardiaca sempre negli anziani (da 1.314 a 1.226).

Siamo tra i paesi in cui si vive più a lungo…

L'Italia è un paese con la speranza di vita tra le più elevate del mondo: 79,6 anni per gli uomini e 84,4 anni per le donne nel 2012. La vita media è andata costantemente crescendo nel corso degli anni, dall'inizio del secolo gli uomini hanno guadagnato 3 anni di vita, le donne 2. A livello internazionale l'Italia si pone ai primi posti nella graduatoria dei paesi più longevi. Tale evidenza rappresenta sicuramente un esito lusinghiero del Sistema sanitario pubblico che ha reso disponibili universalmente i progressi dell'innovazione scientifica e tecnologica, in particolare nel campo farmaceutico e della diagnostica strumentale, si pensi ad esempio all'introduzione nel mercato delle statine, di medicinali chemioterapici o alla disponibilità di apparecchiature per immagini molto sofisticate che permettono l'analisi precoce di patologie degenerative. Non a caso, i guadagni di vita osservati nel corso degli anni sono stati ottenuti grazie alla riduzione di mortalità per patologie per le quali la prevenzione secondaria, l'efficacia e la tempestività delle cure sono decisive. Infatti, dal 2006 al 2010 si sono guadagnati 365 giorni di vita per gli uomini e 183 per le donne, il contributo maggiore all'aumento della speranza di vita proviene dalla diminuzione della mortalità per le malattie circolatorie e per i tumori. La riduzione della mortalità per le patologie circolatorie ha permesso di guadagnare 141 giorni di vita agli uomini e 131 alle donne, quella per i tumori 115 giorni agli uomini e 29 alle donne .[15]





…grazie anche alla prevenzione e alle cure garantite dal Sistema sanitario pubblico

Nel 2012 rispetto al 2005, si osserva un aumento di 1,5 punti percentuali delle persone con almeno una patologia cronica grave, pari al 14,8 per cento della popolazione. In generale, non si tratta di un peggioramento delle condizioni di salute, ma di un incremento della popolazione anziana esposta al rischio di ammalarsi, infatti, il tasso depurato dall'effetto dovuto all'incremento del contingente delle persone anziane resta stabile (14,6 per cento nel 2005 contro 14,9 nel 2012) con differenze di genere a sfavore degli uomini (16,0 per cento, 13,9 per le donne).

L'equità nella salute è l'altra dimensione importante della qualità di un sistema sanitario, gli indicatori sulla sopravvivenza e sulla cronicità hanno già evidenziato un problema di equità di genere, al quale si aggiunge quello legato ai divari territoriali di salute. Rispetto alla sopravvivenza, nel 2012 nelle Isole, un uomo ha una aspettativa di vita di 78,9 anni e una donna di 83,6 anni, nel Nord rispettivamente 79,9 e 84,8 anni. Nel Mezzogiorno anche le condizioni di salute sono peggiori: infatti la quota di cronici gravi, al netto della struttura demografica della popolazione residente, si attesta al 16,1 per cento, contro il 14,2 per cento fatto registrare nel Nord del Paese.

[15] Rapporto Osservasalute 2013 - Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Osservatorio sulla salute nelle regioni italiane, Università cattolica di Roma, 2014.

Una dimensione rilevante dell'equità è l'accessibilità al Sistema sanitario pubblico, un indicatore importante al riguardo è costituito dalle rinunce alle cure. L'analisi di questo indicatore evidenzia sacche di iniquità, come testimonia la percentuale di persone che, pur in presenza di un bisogno di salute, hanno dovuto rinunciare alla prestazione sanitaria (Tavola 4.7). Nel 2012, la quota di cittadini che ha rinunciato alle cure (vale a dire ad accertamenti specialistici o a visite specialistiche non odontoiatriche o interventi chirurgici o all'acquisto di farmaci) si attesta all'11,1 per cento, in maggioranza donne (13,2 per cento, uomini 9 per cento); a livello territoriale la quota è più elevata nel Mezzogiorno (Sud 14,4 per cento, Isole 15,4).

Con la crisi piu rinuncia alle cure per le donne e nel Mezzogiorno

**Tavola 4.7 Persone che hanno rinunciato a prestazioni sanitarie (visite mediche, accertamenti specialistici, interventi chirurgici) o all'acquisto di farmaci pur avendone bisogno negli ultimi 12 mesi per sesso, ripartizione geografica e classe di età - Media Settembre-Dicembre 2012** (a) (per 100 persone)

| CLASSI DI ETÀ | Maschi | Femmine | Totale | Maschi | Femmine | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | NORD-OVEST | | | NORD-EST | |
| 0-14 | 1,9 | 2,3 | 2,1 | 3,8 | 3,6 | 3,7 |
| 15-44 | 6,3 | 9,9 | 8,1 | 7,9 | 12,1 | 10,0 |
| 45-64 | 8,3 | 11,8 | 10,1 | 10,5 | 13,5 | 12,0 |
| 65-74 | 5,5 | 9,5 | 7,7 | 6,3 | 13,9 | 10,3 |
| 75 e più | 3,8 | 7,6 | 6,1 | 6,4 | 9,3 | 8,2 |
| **Totale** | **5,9** | **9,1** | **7,6** | **7,8** | **11,2** | **9,5** |
| **Totale standardizzato** | **5,9** | **9,0** | **7,5** | **7,8** | **11,2** | **9,5** |
| | | CENTRO | | | SUD | |
| 0-14 | 1,7 | 2,6 | 2,2 | 4,1 | 3,5 | 3,8 |
| 15-44 | 7,6 | 14,4 | 11,0 | 10,1 | 15,3 | 12,7 |
| 45-64 | 12,0 | 20,5 | 16,4 | 17,8 | 22,3 | 20,1 |
| 65-74 | 9,8 | 15,1 | 12,6 | 17,1 | 21,4 | 19,4 |
| 75 e più | 8,2 | 10,7 | 9,8 | 14,9 | 18,6 | 17,1 |
| **Totale** | **8,3** | **14,2** | **11,3** | **12,2** | **16,5** | **14,4** |
| **Totale standardizzato** | **8,3** | **14,0** | **11,3** | **12,7** | **16,7** | **14,7** |
| | | ISOLE | | | ITALIA | |
| 0-14 | 3,0 | 4,9 | 3,9 | 2,9 | 3,2 | 3,0 |
| 15-44 | 11,0 | 15,7 | 13,3 | 8,3 | 13,2 | 10,8 |
| 45-64 | 18,9 | 26,5 | 22,9 | 12,7 | 17,9 | 15,4 |
| 65-74 | 18,4 | 19,4 | 19,0 | 10,3 | 15,0 | 12,8 |
| 75 e più | 12,8 | 18,3 | 16,1 | 8,5 | 11,9 | 10,6 |
| **Totale** | **12,7** | **17,9** | **15,4** | **9,0** | **13,2** | **11,1** |
| **Totale standardizzato** | **13,0** | **17,7** | **15,5** | **9,1** | **13,2** | **11,2** |

Fonte: Istat, Indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
(a) Dati provvisori.

La motivazione della rinuncia è, più frequentemente, quella economica (50,4 per cento), mentre quella legata all'accessibilità delle strutture (liste di attesa o orari scomodi per l'appuntamento o difficoltà a raggiungere la struttura) si attesta al 32,4 per cento. Ancora più elevata, il 14,3 per cento, la quota di persone che ha dovuto rinunciare alle cure odontoiatriche, ben l'85,4 per cento delle quali ha indicato motivi economici.

Il problema dell'equità nella salute non è legato solo a fattori socio-economici ma anche territoriali; si osservano, infatti, forti disuguaglianze che determinano peggiori condizioni di salute nelle regioni del Mezzogiorno a parità di livelli di istruzione e condizioni economiche. Tale evidenza è stata verificata tramite un modello logistico stimato sulla base dei dati relativi alle ultime due indagini sulle condizioni di salute della popolazione svolte dall'Istat nel 2005 e 2012 (Tavola 4.8). La specificazione del modello assume come variabile di rischio la presenza di almeno una patologia cronica grave e come covariate le caratteristiche socio-demografiche degli individui. In particolare sono state incluse nel modello le caratteristiche individuali di

Disuguaglianze nella salute ancora elevate: un'analisi



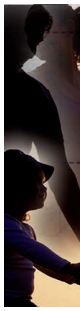
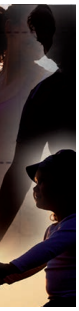


**Tavola 4.8 Rischio relativo di soffrire di almeno una patologia cronica grave. Parametri regressione logistica** (a) **- Anni 2005 e 2012** (b)

| | Coefficienti beta | Standard error | Odds ratio | Significatività (c) |
|---|---|---|---|---|
| SESSO (rif. Maschio) | | | | |
| Femmina | -0,333 | 0,024 | 0,717 | *** |
| CLASSI DI ETÀ (rif. 25-44 anni) | | | | |
| 45-64 anni | 1,204 | 0,060 | 3,334 | *** |
| 65-74 anni | 1,821 | 0,088 | 6,179 | *** |
| 75 e più | 2,543 | 0,099 | 12,715 | *** |
| RIPARTIZIONE GEOGRAFICA (rif. Nord-ovest) | | | | |
| Nord-est | -0,027 | 0,030 | 0,974 | |
| Centro | 0,059 | 0,030 | 1,061 | |
| Mezzogiorno | 0,125 | 0,026 | 1,133 | *** |
| LIVELLO DI ISTRUZIONE (rif. Almeno diploma di istruzione secondaria superiore) | | | | |
| Licenza elementare o meno | 0,139 | 0,260 | 1,149 | |
| Diploma di istruzione secondaria di primo grado | 0,371 | 0,191 | 1,450 | ** |
| CONDIZIONE OCCUPAZIONALE (rif. Dirigenti, imprenditori, liberi professionisti) | | | | |
| Direttivi, quadri, impiegati, intermedi | 0,050 | 0,077 | 1,051 | |
| Operai, apprendisti | 0,006 | 0,101 | 1,006 | |
| Lavoratori in proprio e coadiuvanti | -0,055 | 0,104 | 0,947 | |
| In cerca occupazione (prima o nuova) o studenti | 0,312 | 0,120 | 1,366 | ** |
| Casalinghe | 0,456 | 0,091 | 1,577 | *** |
| Ritirati ex direttivi, quadri, impiegati, intermedi | 0,769 | 0,085 | 2,157 | *** |
| Ritirati ex dirigenti, imprenditori, liberi professionisti | 1,013 | 0,107 | 2,753 | *** |
| Ritirati ex operai | 0,839 | 0,130 | 2,314 | *** |
| Ritirati ex lavoratori in proprio e coadiuvanti | 0,922 | 0,135 | 2,514 | *** |
| VALUTAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE (rif. Ottime/Adeguate) | | | | |
| Scarse/Assolutamente insufficienti | 0,462 | 0,173 | 1,588 | ** |
| CONTESTO FAMILIARE (rif. Persone sole di 64 anni o più) | | | | |
| Persone sole di età inferiore o uguale a 64 anni | -0,083 | 0,111 | 0,920 | |
| Membro aggregato in famiglie con un solo nucleo | 0,073 | 0,190 | 1,076 | |
| Genitori in coppia con figli | -0,123 | 0,087 | 0,884 | |
| Genitore in nucleo con un solo genitore | 0,031 | 0,117 | 1,031 | |
| Coniuge in una coppia senza figli | -0,011 | 0,080 | 0,989 | |
| Figlio in una coppia o figlio di monogenitore | -0,536 | 0,128 | 0,585 | *** |
| In altre famiglie | -0,060 | 0,125 | 0,942 | |
| EDIZIONE INDAGINE (rif. 2005) | | | | |
| 2012 | 0,062 | 0,020 | 1,064 | ** |
| COSTANTE | -3,402 | 0,117 | 0,033 | *** |

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, indagine Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari
(a) I parametri del modello sono controllati con gli effetti interattivi tra le variabili di contesto, socio-economiche e quelle relative al livello di struzione e al grado di soddisfazione per le risorse economiche familiari.
(b) Primi due trimestri per entrambi gli anni.
(c) Statisticamente significativo al 99 per cento (***), al 95 per cento (**) e al 90 per cento (*).





natura demografica (genere e classe di età), sociale e di contesto familiare (livello di istruzione e tipologia familiare), e quelle legate allo status socio-economico (posizione nella professione e grado di soddisfazione per le risorse economiche familiari) e alla ripartizione territoriale di residenza. Nella specificazione del modello sono state inserite, oltre agli effetti semplici, le interazioni tra gli effetti delle variabili demografiche e di contesto con quelli legati al livello di istruzione e alle risorse economiche e familiari.

Le analisi effettuate con l'ausilio dei parametri stimati con il modello logistico (Tavola 4.8) evidenziano che il rischio relativo di soffrire di almeno una malattia cronica grave è più ele-

vato, a parità delle altre variabili presenti nel modello, per gli uomini (+1,4 volte più elevato di quello delle donne), gli anziani (12,7 volte quello dei giovani tra i 25 e 44 anni), coloro che hanno il livello di istruzione medio-basso (1,5 volte quello di un diplomato o laureato), i residenti nelle regioni del Mezzogiorno (1,1 volte quello di un residente nel Nord-ovest) e per quelli che hanno una condizione economica familiare scarsa o insufficiente (1,6 volte superiore alla famiglia con risorse economiche ottime o adeguate). La posizione nella professione, proxy sia dello status sociale sia dell'esposizione a rischi di salute legati all'ambiente o allo stress lavorativo, costituisce una determinante significativa del rischio relativo. Infatti, il rischio risulta più elevato per i pensionati (indipendentemente dalla loro professione passata), le casalinghe e per i disoccupati. Riguardo all'effetto del contesto familiare, le stime testimoniano che gli individui che vivono in famiglia come figli sperimentano un rischio minore rispetto agli altri contesti considerati. In generale, nel 2012 rispetto al 2005, si osserva un leggero aumento della prevalenza di patologie croniche gravi, tuttavia non si osservano modifiche dei rischi relativi rilevati per i diversi profili, in altre parole le diseguaglianze socio-economiche e territoriali ci sono ma non aumentano nel corso degli anni considerati.

Rischio malattie croniche più alto per anziani, uomini, poco istruiti e meno abbienti

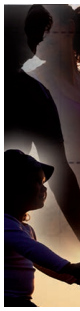
## 4.3 La situazione economica delle famiglie

Nel nostro Paese la famiglia ha svolto tradizionalmente un ruolo di ammortizzatore sociale che si è affiancato ai principali strumenti di politica pubblica; tuttavia, i cambiamenti strutturali delle reti di solidarietà familiare e le crescenti difficoltà del mercato del lavoro ne hanno indebolito la funzione sussidiaria, impedendo di contrastare efficacemente l'impatto del prolungarsi della crisi economica sulle condizioni socio-economiche della popolazione, in particolare in termini di povertà e deprivazione.

La famiglia ha protetto dalla crisi ma è sempre più in affanno

Fino al 2009, non si è infatti registrato un significativo aumento della povertà e della deprivazione, proprio grazie al potenziamento degli interventi di sostegno al reddito dei lavoratori (indennità di disoccupazione e assegni di integrazione salariale) e alle strategie messe in atto dalle famiglie che hanno tamponato la progressiva erosione del potere d'acquisto, intaccando il patrimonio, risparmiando meno e, in alcuni casi, indebitandosi. Con il perdurare della crisi, però, nel 2011 si segnala un deciso deterioramento della situazione, con un'impennata degli indicatori di deprivazione materiale, preceduta da un incremento, nel 2010, del rischio di povertà, nel Centro e nel Mezzogiorno, e da un aumento della disuguaglianza del reddito; nel 2012, le difficoltà economiche delle famiglie si sono ulteriormente accentuate con un marcato aumento degli indicatori di deprivazione e di povertà, in particolare quella assoluta.





Nel 2012 la povertà assoluta cresce in tutta la Penisola

Dopo la sostanziale stabilità degli anni precedenti, nel 2012, i poveri assoluti passano infatti dal 5,7 per cento del 2011 all'8 per cento delle famiglie e l'aumento si osserva in tutte e tre le ripartizioni territoriali (dal 4 per cento al 6,4 per cento nel Nord, dal 4,1 per cento al 5,7 per cento nel Centro, dall'8,8 per cento all'11,3 per cento nel Mezzogiorno) (Tavola 4.9). Ad essere coinvolte sono soprattutto le famiglie più ampie (dal 12,3 al 17,2 per cento), quelle composte da coppie con tre o più figli (dal 10,4 al 16,2 per cento), in particolare se minori (dal 10,9 al 17,1 per cento), le famiglie di monogenitori (dal 5,8 al 9,1 per cento) o con membri aggregati (dal 10,4 al 13,3 per cento). Oltre che per le famiglie di operai (dal 7,5 al 9,4 per cento) e di lavoratori in proprio (dal 4,2 al 6 per cento), la povertà assoluta aumenta tra le famiglie con redditi da lavoro che si associano a redditi da pensione (dal 3,6 al 5,3 per cento); la crescita più consistente è tra le famiglie con a capo una persona in condizione non professionale (dall'8,4 all'11,3 per cento) o in cerca di occupazione (dal 15,5 al 23,6 per cento).

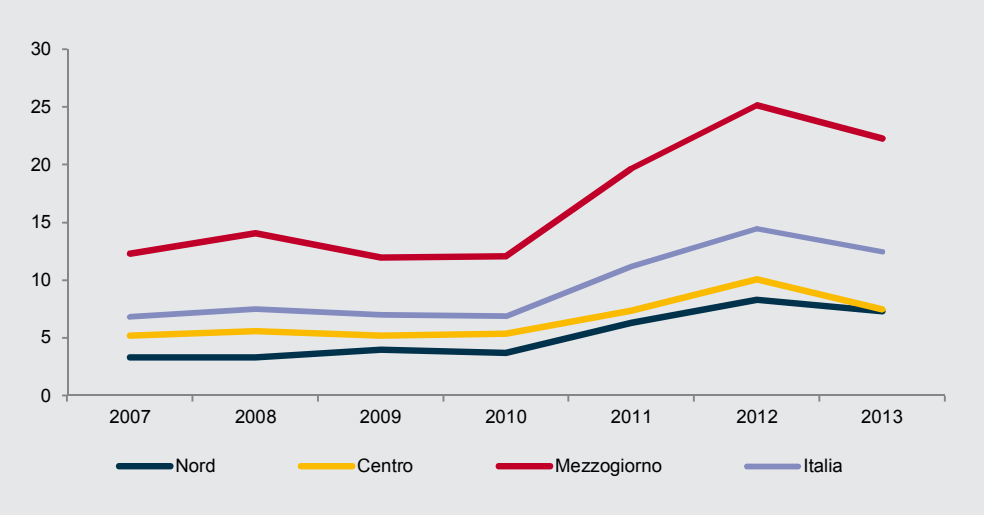
L'aumento della povertà assoluta si associa, nel 2012, all'ulteriore aumento della grave deprivazione che, nel 2011, era già arrivata all'11,1 per cento (+4,2 punti percentuali rispetto al 2010)

**Tavola 4.9 Povertà assoluta per ripartizione geografica - Anni 2007-2012**
(incidenza percentuale della povertà)

| RIPARTIZIONE GEOGRAFICA | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nord | 3,3 | 1,7 | 3,7 | 3,6 | 4,0 | 6,4 |
| Centro | 2,8 | 3,1 | 2,7 | 4,6 | 4,1 | 5,7 |
| Mezzogiorno | 6,0 | 10,9 | 8,5 | 7,7 | 8,8 | 11,3 |
| **Totale** | **4,1** | **4,9** | **5,2** | **5,2** | **5,7** | **8,0** |

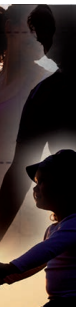
Fonte: Istat, Indagine sui consumi delle famiglie

**Figura 4.14 Persone appartenenti a famiglie in condizioni di grave deprivazione materiale per ripartizione geografica - Anni 2007-2013** (per 100 persone con le stesse caratteristiche)




Fonte: Istat, Indagine sui consumi delle famiglie





La grave deprivazione aumenta nel 2012, migliora leggermente nel 2013

e nel 2012 raggiunge il 14,5 per cento (+ 3,4 punti percentuali rispetto al 2011). L'aumento è significativo in tutte le aree geografiche e risulta più marcato nel Mezzogiorno, da 19,7 a 25,2 per cento (+5,5 punti percentuali) rispetto al Nord, dove passa da 6,3 per cento all'8,3 per cento (+2 punti), e al Centro, da 19,7 a 25,2 per cento (+2,7 punti percentuali) (Figura 4.14).

Nel 2013, emergono deboli segnali positivi: la deprivazione scende al 12,5 per cento (dal 14,5 per cento del 2012), un valore che, tuttavia, non riesce a riportare l'indicatore ai livelli osservati nel 2011 (11,1 per cento). Il miglioramento emerge a seguito della diminuzione della quota di persone in famiglie che dichiarano di non poter sostenere spese impreviste, di non potersi permettere un pasto proteico adeguato ogni due giorni o di riscaldare adeguatamente l'abitazione (risultati legati anche una dinamica inflazionistica più favorevole rispetto a quella del 2012) e, seppure su livelli differenti, si osserva in tutte le aree del Paese (Tavola 4.10).

Continua a essere grave la condizione di chi vive in famiglie numerose (18,4 per cento se i componenti sono 5 o più); in famiglie con minori (13,6 per cento), soprattutto se i minori sono due o più (14,4 per cento) o con un solo genitore (17,6 per cento); in famiglie con a capo una persona avente al massimo la licenza di scuola media (17,1 per cento) o in cerca di occupazione (39 per cento). I segnali di miglioramento più evidenti si osservano tra le persone che vivono in famiglie con anziani (10,8 per cento) e di ritirati dal lavoro (8,7 per cento), le quali possono contare su un reddito da pensione garantito che, almeno per gli importi più bassi, viene adeguato alla dinamica inflazionistica (par. 4.4 Il contributo dei pensionati al reddito delle famiglie).

**Tavola 4.10 Persone appartenenti a famiglie in condizioni di grave deprivazione materiale per sintomo di deprivazione - Anni 2007-2013** (per 100 persone)

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| In condizione di grave deprivazione materiale | 6,8 | 7,5 | 7,0 | 6,9 | 11,2 | 14,5 | 12,5 |
| In arretrato con i pagamenti | 12,5 | 15,8 | 13,1 | 12,8 | 14,1 | 13,6 | 14,3 |
| Incapace di far fronte a spese impreviste | 32,0 | 31,6 | 33,1 | 33,3 | 38,6 | 42,5 | 40,5 |
| Non può permettersi una settimana di ferie all'anno | 39,1 | 39,8 | 41,0 | 39,8 | 46,7 | 50,8 | 51,1 |
| Non può permettersi un pasto proteico almeno una volta ogni due giorni | 6,2 | 7,5 | 6,2 | 6,7 | 12,4 | 16,8 | 14,3 |
| Non può permettersi di riscaldare adeguatamente l'abitazione | 10,4 | 11,3 | 10,6 | 11,2 | 18,0 | 21,2 | 19,2 |
| Non può permettersi beni durevoli (a) | 3,8 | 4,0 | 3,3 | 3,2 | 3,1 | 2,0 | 2,1 |

Fonte: Istat, Indagine sui consumi delle famiglie
(a) Almeno uno tra: lavatrice; televisore a colori; telefono; automobile.

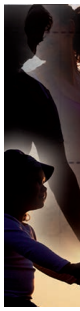
Va, inoltre, segnalato che, nel 2013, la quota delle persone severamente deprivate che lo erano anche nell'anno precedente è del tutto analoga a quella osservata nel 2012 (6,7 per cento); più ridotta è invece la percentuale di coloro che entrano nella severa deprivazione, non trovandosi in tale condizione nell'anno precedente (5,7 per cento contro l'8 per cento del 2012), e più elevata è quella di coloro che ne escono (7,6 per cento contro 5 per cento). In altre parole, il 2013 sembra caratterizzato da una dinamica più accentuata in uscita rispetto a quella in entrata nella severa deprivazione che, tuttavia, non intacca la componente strutturale (e quindi permanente) del disagio.

Il carattere strutturale del disagio economico del nostro Paese, è confermato anche dai dati sulla persistenza nel rischio di povertà; tanto più è persistente, tanto più la povertà è grave, poiché denota una carenza della rete di protezione sociale. Il rischio di persistenza in povertà è definito come la percentuale di individui a rischio di povertà nell'anno corrente e in almeno due dei tre anni precedenti (per il 2012, quindi, si tratta della percentuale di individui a rischio di povertà nel 2012 e in almeno due anni tra il 2009 e il 2011).

Il rischio di povertà[16] in Italia nel 2012 è uno tra i più alti in Europa: il 19,4 per cento degli individui ha un reddito disponibile inferiore alla soglia di povertà contro il 17 per cento registrato nell'Unione Europea a 28 Paesi. Valori più elevati si osservano solo per Croazia, Bulgaria, Spagna, Romania e Grecia. Anche il rischio di persistenza in povertà è tra i più alti in Europa (nel 2012, 13,1 per cento contro il 9,7 dell'Ue28), così come la quota dei persistentemente poveri sul totale dei poveri (67,5 per cento, nell'Ue28 è il 57,1). Nel 2011 (anno per cui sono disponibili le informazioni per un maggior numero di paesi europei) solo Portogallo, Romania e Bulgaria mostravano livelli più elevati.

L'Italia è il paese con più permanenza in povertà





Il rischio di persistenza in povertà si associa significativamente a specifici profili socio-economici familiari. Il livello di istruzione e la collocazione nel mercato del lavoro del percettore principale di reddito della famiglia mostrano un ruolo rilevante: maggiore è il livello di istruzione conseguito, minore è il rischio di vivere in povertà in modo persistente. Per quanto riguarda poi la condizione occupazionale, i componenti delle famiglie il cui principale percettore è dirigente, imprenditore, libero professionista, oppure quadro o impiegato, hanno un rischio decisamente inferiore rispetto a quelle con principale percettore operaio. La condizione peggiore è tuttavia quella degli individui in famiglie il cui principale percettore è un disoccupato o un inattivo. Chi vive in famiglie con principale percettore donna o giovane con meno di 35 anni

[16] Il rischio di povertà è definito come la percentuale di individui in famiglie con un reddito disponibile equivalente al di sotto della soglia di povertà monetaria, a sua volta identificata come il 60% della mediana della distribuzione di riferimento. La fonte statistica di riferimento è la componente trasversale dell'indagine EuSilc.

mostra un rischio più elevato, mentre una situazione migliore si osserva per le famiglie con principale percettore anziano (più di 64 anni), le coppie senza figli e i single.
Il rischio di persistenza nella povertà per i residenti nel Mezzogiorno è più elevato di quello dei residenti nel Centro e, soprattutto, nel Nord, così come più elevato è quello tra chi non è proprietario dell'abitazione. Infine, il rischio diminuisce all'aumentare del numero di percettori di reddito in famiglia (Tavola 4.11).
Oltre al numero di percettori, il reddito familiare è il risultato della combinazione di differenti fonti di reddito. Tra queste, i trasferimenti sociali intervengono a ridurre il livello di disuguaglianza economica che caratterizza il Paese, cercando di tutelare gli individui e/o le famiglie più vulnerabili. I paesi europei mostrano una forte eterogeneità nell'applicazione di politiche sociali, sia nella scelta dei destinatari, sia nella ripartizione per voci di spesa, sia ancora nella quantificazione delle somme da destinare, tanto in termini pro capite quanto relativamente alla finalità d'uso.

**Tavola 4.11 Rischio di povertà persistente per caratteristiche familiari e del principale percettore, modello di regressione logistica: parametri, standard error e significatività - Anno 2012**

| CARATTERISTICHE DEL PRINCIPALE PERCETTORE E FAMILIARI | Coefficienti beta | Standard error | Significatività (a) |
|---|---|---|---|
| SESSO (rif. Maschi) | | | |
| Femmine | 0,318 | 0,126 | * |
| CLASSI DI ETÀ (rif. 35-49 anni) | | | |
| <35 anni | 1,092 | 0,167 | *** |
| 50-64 anni | -0,060 | 0,172 | |
| >64 anni | -0,443 | 0,214 | * |
| LIVELLO DI ISTRUZIONE (rif. Fino a secondaria inferiore) | | | |
| Secondaria superiore | -1,000 | 0,124 | *** |
| Universitaria o superiore | -1,144 | 0,284 | *** |
| CONDIZIONE OCCUPAZIONALE (rif. Operai) | | | |
| Dirigenti, imprenditori, liberi professionisti | -0,892 | 0,372 | * |
| Quadri, impiegati | -1,181 | 0,199 | *** |
| Lavoratori in proprio, coadiuvanti | -0,152 | 0,184 | |
| Disoccupato | 0,818 | 0,262 | ** |
| Inattivo | 0,993 | 0,169 | *** |
| NUMERO DI PERCETTORI (rif. 1) | | | |
| 2 | -1,225 | 0,119 | *** |
| 3 | -2,650 | 0,239 | *** |
| TITOLO DI GODIMENTO DELL'ABITAZIONE (rif. Proprietà) | | | |
| Affitto o uso gratuito | 0,578 | 0,116 | *** |
| RIPARTIZIONE GEOGRAFICA (rif. Nord) | | | |
| Centro | 0,893 | 0,146 | *** |
| Mezzogiorno | 1,662 | 0,121 | *** |
| TIPOLOGIA FAMILIARE (rif. Coppie senza figli) | | | |
| Persone sole | 0,093 | 0,217 | |
| Coppie con figli minorenni | 1,011 | 0,197 | *** |
| Coppie con figli maggiorenni | 1,064 | 0,216 | *** |
| Monogenitore con figli minorenni | 1,730 | 0,290 | *** |
| Monogenitore con figli maggiorenni | 0,585 | 0,245 | * |
| Due e più nuclei o altra tipologia | 1,468 | 0,259 | *** |
| COSTANTE | -3,027 | 0,232 | * |

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle condizioni di vita
(a) Statisticamente significativo al 99 per cento (***), al 95 per cento (**) e al 90 per cento (*). Osservazioni=7521, Pseudo $R^2$=0,2918, Log pseudolikelihood=-2507,2581.



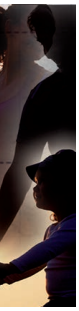
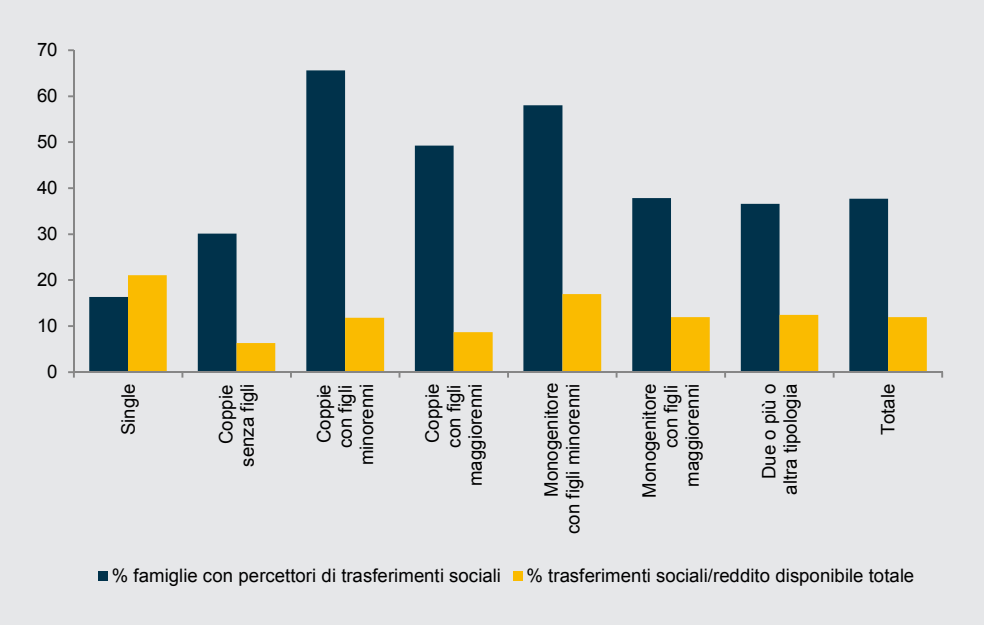


**Figura 4.15 Incidenza delle famiglie con percettori di trasferimenti sociali e contributo relativo dei trasferimenti sociali sul reddito disponibile totale per tipologia familiare - Anno 2012**




Fonte: Istat, Indagine sulle condizioni di vita

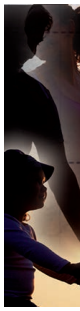
Trasferimenti sociali intaccano poco la componente strutturale della povertà

Nel 2012, quasi il 38 per cento delle famiglie[17] ha ricevuto trasferimenti sociali, per un ammontare pari a circa il 12 per cento del reddito familiare disponibile (Figura 4.15); si tratta di sussidi per l'invalidità o di disoccupazione (inclusa la cassa integrazione guadagni), di borse di studio, di benefici a sostegno delle famiglie (come gli assegni al nucleo familiare) e di contributi pubblici per le spese dell'abitazione (come l'affitto)(si veda anche par. 5.3 Effetti redistributivi di tasse e trasferimenti sui redditi familiari).

Se dal reddito disponibile venissero decurtati i trasferimenti sociali, il rischio di povertà in Italia sarebbe pari al 24,4 per cento nel 2012[18] (contro il 19,4 per cento osservato con i trasferimenti sociali), contro il 25,9 in Europa (Ue28, che era il 17 per cento con trasferimenti). La spesa sociale di tipo non pensionistico, quindi, riduce il rischio di povertà della popolazione residente in Italia di circa il 20 per cento, laddove la riduzione che si osserva a livello europeo è del 34 per cento (varia da circa il 14 per cento della Grecia a più del 50 per cento per i paesi scandinavi, Islanda e Olanda). In assenza di trasferimenti, anche il rischio di povertà persistente dal 13,1 per cento salirebbe al 17,8 per cento (+ 26 per cento).

Il contributo relativo più alto dei trasferimenti sociali ai redditi complessivi familiari si osserva per le famiglie di un componente, i quali raramente sono percettori di trasferimenti sociali (solo il 16,4 per cento lo è) ma, quando lo sono, vantano un apporto pari al 21,1 per cento del loro reddito. Il peso relativo dei trasferimenti è alto (17,0 per cento) anche per i monogenitori con figli, che li percepiscono nel 58 per cento dei casi. Minimo è invece il contributo dei trasferimenti sociali per le coppie senza figli (6,3 per cento).





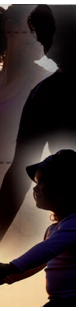
[17] La stima si riferisce alla componente longitudinale dell'Indagine sulle condizionidi vita per gli anni 2009 e 2012. Le famiglie sono classificate rispetto alle caratteristiche socio-demografiche osservate nel 2012.

[18] Il rischio di povertà senza trasferimenti sociali rappresenta la percentuale di individui in famiglie con un reddito disponibile equivalente al netto dei trasferimenti al di sotto della soglia di povertà monetaria calcolata sulla distribuzione del reddito disponibile totale (cioè inclusivo dei trasferimenti sociali). Dunque, per costruzione, il rischio di povertà senza trasferimenti sociali è sempre più alto del rischio di povertà.

**Figura 4.16 Rischio di povertà persistente con e senza trasferimenti sociali per tipologia familiare - Anni 2009-2012** (a)

Fonte: Istat, Indagine sulle condizioni di vita
(a) Caratteristiche al 2012.





Quasi sei famiglie monogenitore su dieci ricevono trasferimenti sociali

Il rischio di persistenza in povertà varia tra il 6,7 per cento delle coppie senza figli e il 33,5 per cento dei monogenitori con figli minori (in altre parole, varia da circa la metà a due volte e mezza il rischio medio nazionale); un rischio relativo leggermente più alto si osserva per le famiglie unipersonali (con un rischio di povertà persistente pari a 16,8 per cento) e le coppie con figli minori (con un rischio di povertà persistente del 14,4 per cento) (Figura 4.16).
Tuttavia, l'effetto dei trasferimenti sociali non cresce all'aumentare del livello di rischio di povertà: le famiglie con il rischio di povertà persistente più elevato, ovvero quelle con un solo genitore, beneficiano di una riduzione del rischio di povertà persistente pari a solo il 18 per cento (dal 40,8 per cento senza trasferimenti sociali, al 33,5 per cento con i trasferimenti). Le coppie con figli minorenni, che mostrano un rischio di povertà persistente poco più alto di quello medio nazionale, devono ai trasferimenti sociali una riduzione pari invece al 31,3 per cento (dal 21 per cento al 14,4 per cento). Le coppie senza figli, che mostrano il rischio di povertà persistente più basso, con e senza trasferimenti sociali (rispettivamente pari al 6,7 e 8,8 per cento), mostrano una riduzione pari al 24,1 per cento.

Nel 2011 è monoreddito quasi una famiglia su due

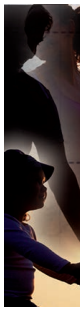
L'aumento delle difficoltà economiche delle famiglie nell'ultimo quinquennio deriva soprattutto dalla diminuzione dell'occupazione e, quindi, del numero di percettori di reddito, in particolare da attività lavorativa. Negli anni di crisi è raddoppiata la quota, seppur marginale, di famiglie al cui interno non ci sono individui che percepiscono reddito (passata dallo 0,5 allo 0,9 per cento e arrivata quasi al 2 per cento nel Mezzogiorno). È inoltre aumentata la quota di famiglie che al loro interno hanno un solo percettore di reddito (dal 42,4 per cento del 2007 si sale al 45,1 per cento) e diminuiscono quelle che ne hanno due o più (dal 42,3 per cento al 41,2 per cento ne ha due e dal 14,8 per cento al 12,8 per cento tre o più). Ne deriva

**Tavola 4.12 Struttura di reddito delle famiglie italiane per ripartizione geografica e sesso del principale percettore - Anno 2011**

| STRUTTURE DI REDDITO | Ripartizioni geografiche | | | | Italia | Sesso del principale percettore | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Nord-ovest | Nord-est | Centro | Mezzo-giorno | | Maschio | Femmina |
| Nessun percettore | 0,6 | 0,2 | 0,6 | 1,7 | 0,9 | 0,7 | 1,1 |
| UN PERCETTORE | | | | | | | |
| Da lavoro dipendente | 15,8 | 18,0 | 16,8 | 18,1 | 17,2 | 16,9 | 17,7 |
| Da lavoro autonomo | 5,9 | 4,4 | 5,5 | 5,6 | 5,4 | 6,4 | 3,7 |
| Da trasferimenti pubblici | 21,5 | 19,0 | 19,7 | 23,1 | 21,2 | 12,7 | 36,0 |
| Da altre fonti | 1,2 | 1,1 | 1,7 | 1,5 | 1,4 | 0,7 | 2,6 |
| Da solo lavoro dipendente | 17,0 | 16,2 | 14,7 | 11,2 | 14,5 | 17,7 | 9,1 |
| Da solo lavoro autonomo | 1,9 | 2,2 | 2,2 | 1,9 | 2,0 | 2,2 | 1,7 |
| DUE O PIÙ PERCETTORI | | | | | | | |
| Da soli trasferimenti pubblici | 10,2 | 10,5 | 10,2 | 9,9 | 10,2 | 12,2 | 6,6 |
| Da sole altre fonti | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Da lavoro dipendente e autonomo | 6,7 | 8,2 | 7,5 | 6,4 | 7,1 | 7,9 | 5,6 |
| Da lavoro dipendente e trasferimenti | 9,5 | 9,7 | 10,2 | 10,5 | 10,0 | 10,7 | 8,8 |
| Da lavoro dipendente e altre fonti | 2,0 | 2,2 | 1,8 | 2,2 | 2,1 | 2,5 | 1,4 |
| Da lavoro autonomo e trasferimenti pubblici | 2,5 | 2,5 | 2,7 | 2,9 | 2,7 | 2,9 | 2,3 |
| Da lavoro autonomo e altre fonti | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 0,8 | 1,0 | 0,5 |
| Da trasferimenti pubblici e altre fonti | 1,7 | 2,1 | 1,6 | 1,2 | 1,6 | 2,1 | 0,7 |
| TRE O PIÙ PERCETTORI | | | | | | | |
| Da tre o più fonti | 2,4 | 2,6 | 3,7 | 2,7 | 2,8 | 3,2 | 2,0 |
| NUMERO DI PERCETTORI | | | | | | | |
| Nessun percettore | 0,6 | 0,2 | 0,6 | 1,7 | 0,9 | 0,7 | 1,1 |
| Un percettore | 44,5 | 42,5 | 43,6 | 48,3 | 45,1 | 36,7 | 60,0 |
| Due percettori | 43,0 | 43,4 | 41,4 | 38,0 | 41,2 | 47,8 | 29,5 |
| Tre o più percettori | 11,9 | 14,0 | 14,3 | 12,0 | 12,8 | 14,8 | 9,4 |
| TIPI DI REDDITO IN FAMIGLIA | | | | | | | |
| Presenza di reddito da lavoro dipendente | 53,2 | 56,9 | 54,6 | 50,8 | 53,5 | 58,6 | 44,4 |
| Presenza di reddito da lavoro autonomo | 19,6 | 20,1 | 21,5 | 19,6 | 20,1 | 22,7 | 15,5 |
| Presenza di trasferimenti pubblici | 47,4 | 45,8 | 47,6 | 50,1 | 48,0 | 43,3 | 56,1 |
| Presenza di altri redditi | 7,1 | 7,8 | 7,9 | 7,3 | 7,5 | 8,2 | 6,3 |

Fonte: Istat, Indagine sulle condizioni di vita





In crescita ovunque le famiglie senza reddito o con uno solo

che nel 2011, quasi la metà delle famiglie ha un solo percettore di reddito: a prevalere sono quelle con un titolare di trasferimenti pubblici (21,2 per cento; si tratta essenzialmente di pensioni), a seguire, quelle con un solo percettore di reddito da lavoro dipendente (17,2 per cento) (Tavola 4.12).

L'aumento, tra 2007 e 2011, delle famiglie senza percettori o con un solo percettore caratterizza tutto il territorio nazionale; nel 2011 i livelli più elevati si osservano nel Mezzogiorno (pari a 1,7 per cento e 48,3 per cento rispettivamente), ma gli aumenti sono stati leggermente più marcati nelle regioni del Centro (si arriva allo 0,6 per cento e al 43,6) e del Nord-est (0,2 e 42,5 per cento). Aumenti simili si osservano per uomini e donne anche se queste ultime rappresentano più spesso l'unico percettore di reddito in famiglia (60 per cento contro 36,7 per cento), per lo più costituito da trasferimento pubblico. Essendo più longeve degli uomini, le donne si ritrovano a vivere con maggiore frequenza in famiglie monocomponenti con reddito derivante da trasferimenti pubblici; nel complesso, infatti, circa il 56 per cento delle famiglie il cui principale percettore è una donna ha come fonte principale di reddito i trasferimenti pubblici. Nel 2012 l'importo medio delle pensioni di titolarità femminile (8.964 euro) è pari al 61 per cento di quello delle pensioni di titolarità maschile (14.728 euro), nonostante il trend di progressivo avvicinamento osservato a partire dal 2008, dovuto in particolare all'aumento delle pensioni di

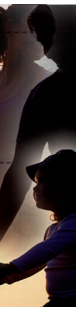
**Tavola 4.13 Distribuzione delle famiglie italiane nei quinti di reddito equivalente per struttura di reddito - Anno 2011**

| | Quinto di reddito equivalente | | | | | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Primo | Secondo | Terzo | Quarto | Quinto | |
| Nessun percettore | 100,0 | | | | | 100,0 |
| UN PERCETTORE | | | | | | |
| Da lavoro dipendente | 30,7 | 20,3 | 14,9 | 16,8 | 17,2 | 100,0 |
| Da lavoro autonomo | 34,5 | 15,1 | 11,4 | 13,5 | 25,6 | 100,0 |
| Da trasferimenti pubblici | 21,6 | 27,1 | 22,1 | 17,2 | 12,0 | 100,0 |
| Da altre fonti | 48,7 | 9,6 | 7,5 | 13,6 | 20,6 | 100,0 |
| DUE O PIÙ PERCETTORI | | | | | | |
| Da solo lavoro dipendente | 9,4 | 14,7 | 22,2 | 28,9 | 24,7 | 100,0 |
| Da solo lavoro autonomo | 21,4 | 19,4 | 16,3 | 15,1 | 27,8 | 100,0 |
| Da soli trasferimenti pubblici | 12,4 | 24,9 | 25,7 | 20,6 | 16,5 | 100,0 |
| Da sole altre fonti | 32,2 | 12,9 | 19,2 | 8,8 | 26,8 | 100,0 |
| Da lavoro dipendente e autonomo | 12,4 | 17,4 | 21,3 | 22,0 | 26,8 | 100,0 |
| Da lavoro dipendente e trasferimenti | 13,0 | 17,7 | 22,9 | 25,3 | 21,2 | 100,0 |
| Da lavoro dipendente e altre fonti | 20,3 | 23,9 | 23,3 | 15,3 | 17,2 | 100,0 |
| Da lavoro autonomo e trasferimenti pubblici | 14,8 | 12,5 | 17,6 | 19,9 | 35,2 | 100,0 |
| Da lavoro autonomo e altre fonti | 22,6 | 17,4 | 9,0 | 15,0 | 36,0 | 100,0 |
| Da trasferimenti pubblici e altre fonti | 11,9 | 26,1 | 24,1 | 17,9 | 20,0 | 100,0 |
| TRE O PIÙ PERCETTORI | | | | | | |
| Da tre o più fonti | 8,8 | 12,7 | 21,4 | 21,4 | 35,7 | 100,0 |
| NUMERO DI PERCETTORI | | | | | | |
| Nessun percettore | 100,0 | | | | | 100,0 |
| Un percettore | 27,4 | 22,5 | 17,7 | 16,5 | 15,9 | 100,0 |
| Due percettori | 13,8 | 19,1 | 21,9 | 22,7 | 22,5 | 100,0 |
| Tre o più percettori | 8,3 | 15,4 | 23,5 | 25,0 | 27,8 | 100,0 |
| TIPI DI REDDITO IN FAMIGLIA | | | | | | |
| Presenza di reddito da lavoro dipendente | 17,7 | 17,7 | 19,8 | 22,6 | 22,2 | 100,0 |
| Presenza di reddito da lavoro autonomo | 19,6 | 15,6 | 17,0 | 18,3 | 29,5 | 100,0 |
| Presenza di trasferimenti pubblici | 16,5 | 23,1 | 22,9 | 19,9 | 17,5 | 100,0 |
| Presenza di altri redditi | 22,1 | 19,1 | 19,0 | 16,6 | 23,2 | 100,0 |
| **Totale** | **20,0** | **20,0** | **20,0** | **20,0** | **20,0** | **100,0** |

Fonte: Istat, Indagine sulle condizioni di vita

vecchiaia e al calo dell'incidenza delle pensionate beneficiarie di assegni sociali sulla popolazione over 65 (dall'8,5 per cento del 2003 al 7,7 per cento del 2012).
L'avere un solo percettore di reddito si associa molto spesso a bassi livelli di reddito familiare: il 27,4 per cento delle famiglie con un unico percettore si colloca nel quinto di reddito più basso; via via che ci si sposta verso i quinti più elevati la loro presenza si riduce: nell'ultimo quinto vi si colloca solo il 15,9 per cento (Tavola 4.13).





## 4.4 Il contributo dei pensionati al reddito delle famiglie

I redditi da pensione sostengono sempre più le famiglie

Le difficoltà del mercato del lavoro sono alla base delle crescenti condizioni di disagio della popolazione, anche alla luce del progressivo aumento della quota di individui che vive in famiglie dove nessun componente è occupato o percepisce una pensione da lavoro (il 9,1 per cento nel 2013). In un simile contesto, i redditi da pensione assumono un ruolo più importante nel determinare la condizione economica degli altri componenti della famiglia, anche grazie all'adeguamento delle pensioni al costo della vita.
Dal 2007 al 2012,[19] il reddito pensionistico medio percepito dai beneficiari, presenti in entrambi gli anni e che non hanno modificato il numero di trattamenti ricevuti (circa 11 milioni 559 mila pensionati), cresce in termini nominali del 10,6 per cento (da 14.279 ero annui a 15.797

[19] Istat e INPS, Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I trattamenti pensionistici.

euro) a fronte di un aumento dei prezzi al consumo pari al 14,1 per cento in base all'IPCA (13,4 per cento per il NIC e 14,5 per cento in base al FOI, indice quest'ultimo usato per le rivalutazioni pensionistiche).

Gli interventi normativi che si sono susseguiti in materia di indicizzazione delle pensioni hanno favorito un incremento più accentuato delle pensioni meno elevate. Tra il 2007 e il 2012, infatti, i pensionati del primo quinto di reddito pensionistico (fino a 7.184 euro annui) hanno conosciuto una variazione positiva del proprio reddito pari al 14,3 per cento e quelli del secondo (fino a 11.650 euro) del 14,1 per cento. Incrementi più contenuti si sono registrati per i redditi dei pensionati del terzo e del quarto quinto (fino a 16.744 e a 23.589 euro), rispettivamente, pari all'11,6 per cento e al 9,5 per cento, per attestarsi al 9 per cento tra quelli dell'ultimo quinto (con redditi pensionistici superiori a 23.589 euro). In altri termini, i pensionati con i redditi più bassi hanno mantenuto pressoché inalterato il proprio potere d'acquisto.

I pensionati a basso reddito mantengono il potere d'acquisto

Tra le famiglie con pensionati appartenenti ai quinti più bassi sono aumentate le coppie con figli e i genitori soli (rispettivamente dal 19,6 al 25,5 per cento e dal 9,7 per cento al 13,9 per cento), frequentemente a causa della perdita di un'occupazione o della difficoltà ad accedere al mondo del lavoro; viceversa, tra le famiglie con redditi più alti sono aumentate (dal 37,7 al 43,6 per cento) le coppie di pensionati senza figli, tra le quali è meno diffusa la presenza di persone alla ricerca di lavoro.

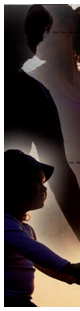
L'avanzamento nella distribuzione dei redditi è maggiore per le pensionate, anche se queste continuano a mostrare una presenza nel primo quinto più consistente di quella osservata tra i pensionati; in metà dei casi si tratta di madri sole con figli o di donne in famiglie unipersonali che hanno come unica fonte familiare il reddito da pensione. Il miglioramento è inoltre più evidente nel Nord e nel Mezzogiorno.

I redditi da pensione sembrano dunque aver tenuto al riparo dalla crisi gran parte delle famiglie di pensionati, per le quali si osserva, dal 2007 al 2011, una significativa diminuzione del rischio di povertà relativa (che scende dal 18 al 15,3 per cento), a fronte di una sostanziale stabilità dell'indicatore per il complesso delle famiglie residenti. Unica eccezione, le famiglie di pensionati in coppia con figli e i monogenitori, per i quali l'indicatore cresce, rispettivamente, dal 9,8 all'11,1 per cento e dal 12,9 al 14 per cento.

Va comunque precisato che solo un terzo dei pensionati percepisce esclusivamente un reddito da pensione; nel 6,5 per cento dei casi a questo si accompagna un reddito da lavoro, mentre quasi la metà dei pensionati può contare anche su un'altra tipologia di reddito (per lo più redditi finanziari o affitti e, in misura minore, saldi fiscali e trasferimenti da altre famiglie).

Quasi la metà dei pensionati ha un altro reddito





Nel nostro Paese tre quarti dei pensionati (che nel complesso, nel 2012, ammontano a circa 16 milioni e mezzo di individui, ridottisi rispetto al 2007 per effetto dei cambiamenti introdotti nella normativa sull'età pensionabile) sono anziani (l'età media è di 71,6 anni per le donne e di 68,4 per gli uomini); la maggior parte dei trattamenti pensionistici sono costituiti da pensioni di vecchiaia, un quinto sono pensioni ai superstiti, un altro quinto pensioni di invalidità civile e previdenziale, mentre la quota restante è rappresentata da pensioni sociali, indennitarie e di guerra.

Nel 2011, quasi la metà delle famiglie residenti in Italia (49,2 per cento) ha al suo interno almeno un pensionato (il 34,6 per cento uno solo, il 14,6 per cento almeno due) e i tre quarti del reddito complessivo di tali famiglie proviene proprio da trattamenti pensionistici (un altro 19,0 per cento da redditi da lavoro e il 6,9 per cento da altra fonte).

Rispetto al 2007, le strutture familiari non mostrano mutamenti sostanziali: il 27,7 per cento dei pensionati vive da solo, poco più di un terzo in coppia senza figli, un quinto in coppia con figli, l'8 per cento in famiglie monogenitore e il 10,6 per cento in famiglie di altra tipologia.

Tra i pensionati che vivono soli e quelli in coppia con figli, circa il 13 per cento percepisce anche un reddito da lavoro (in media, rappresenta rispettivamente il 40 e il 38 per cento del reddito complessivo).

2007-2011: cresce il contributo delle pensioni ai redditi familiari

Per effetto delle crescenti difficoltà del mercato del lavoro, che nei primi anni della crisi hanno colpito soprattutto i giovani, tra il 2007 e il 2011 sono aumentati i pensionati che vivono con almeno un individuo alla ricerca di lavoro e con nessun occupato (dal 4,7 per cento al 7,2 per cento), e in particolare quelli in coppia con figli (dal 10,1 per cento al 14 per cento). Di conseguenza, per le famiglie con pensionati di almeno due componenti il contributo della pensione è aumentato, nel periodo considerato, di due punti percentuali (dal 68 per cento al 70 per cento). Per contro, tra il 2007 e il 2011 sono diminuiti i pensionati che vivono in famiglie in cui sono presenti degli occupati (dal 32,5 al 29,5 per cento), fenomeno che ha interessato in particolare le famiglie di genitori soli e le coppie con figli (quest'ultime scese dal 70,6 per cento del 2007 al 68,0 per cento del 2011).

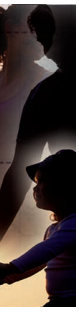
A fronte di una sostanziale stabilità della percentuale di pensionati che percepiscono anche un reddito da lavoro (17,3 per cento), per le coppie di pensionati con figli è diminuito il contributo al reddito dei proventi dell'attività lavorativa (dal 44,8 per cento al 42,6 per cento) ed è aumentato quello della pensione (dal 48,7 per cento al 50,3 per cento) (Tavola 4.14).

Evidenze del tutto simili si osservano per i pensionati che vivono in famiglie monogenitori, nelle quali il peso della pensione sul totale del reddito è aumentato di cinque punti percentuali, dal 52,4 per cento al 57,1 per cento, a fronte di un'analoga diminuzione del contributo del reddito proveniente da un'attività lavorativa (sceso dal 42,1 al 37,1 per cento).

Le famiglie si ricompongono per far fronte alla crisi

Dinamiche particolari si osservano, nello stesso periodo, tra le famiglie di altra tipologia (vale a dire con membri isolati o composte da più nuclei, pari, in complesso, al 10,6 per cento per cento) con pensionati: la scelta di unirsi per far fronte alle difficoltà economiche, creando al contempo maggiori economie di scala, determina infatti un aumento di quelle composte da più nuclei (passate dal 43,7 per cento al 46,6 per cento del totale delle famiglie di altra tipologia), tra le quali aumentano quelle di pensionati che vivono con occupati (da 50,9 per cento al 53,2 per cento), soprattutto se beneficiari di trattamenti pensionistici bassi. Tra le famiglie di altra tipologia con più nuclei si osserva anche un aumento dei pensionati che vivono con persone in cerca di occupazione e senza occupati (dal 7,5 per cento al 9,7 per cento), situazione che interessa, più che in passato, i beneficiari di trattamenti pensionistici elevati. Nel complesso, a differenza di quanto osservato per le altre tipologie familiari, il contributo dei trattamenti pensionistici al reddito di queste famiglie tra il 2007 e il 2011 rimane sostanzialmente stabile (58,7 per cento), così come l'apporto dei redditi da lavoro (34,8 per cento).





L'analisi condotta per i differenti tipi di famiglie evidenzia, quindi, come i trattamenti pensionistici concorrano, più che in passato, a determinare le condizioni economiche delle famiglie. Rispetto al 2007, aumenta anche il contributo al reddito familiare di ogni singolo pensionato, pari in media al 43 per cento (due punti percentuali in più).

I redditi da pensione hanno salvaguardato dalla crisi gli anziani soli e quelli in coppia senza figli, che hanno addirittura migliorato la propria posizione nella distribuzione dei redditi familiari; inoltre, hanno consentito di tamponare le difficoltà economiche delle famiglie con membri isolati e con più nuclei, garantendo un contributo stabile al reddito familiare. Investite

**Tavola 4.14 Composizione del reddito familiare per fonte e tipologia familiare - Anni 2007 e 2011**
(valori percentuali)

| TIPOLOGIA FAMILIARE | Redditi pensionistici | | Reddito da lavoro | | Altri redditi | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2007 | 2011 | 2007 | 2011 | 2007 | 2011 |
| Persone sole | 91,8 | 88,6 | 4,0 | 5,7 | 5,6 | 6,6 |
| Coppie senza figli | 86,5 | 86,6 | 8,9 | 7,5 | 6,0 | 6,6 |
| Coppie con figli | 48,7 | 50,3 | 44,8 | 42,6 | 7,2 | 7,5 |
| Monogenitori | 52,4 | 57,1 | 42,1 | 37,1 | 6,3 | 7,5 |
| Altro | 59,0 | 58,7 | 34,9 | 34,8 | 6,8 | 7,0 |
| **Totale** | **74,4** | **74,9** | **20,4** | **19,0** | **6,2** | **6,9** |

Fonte: Istat, Indagine sulle condizioni di vita

dai problemi del mercato del lavoro, e nonostante l'apporto dei redditi da pensione, le coppie con figli e i monogenitori hanno conosciuto invece un peggioramento della propria condizione fino a registrare un aumento di quelle a rischio di povertà; tuttavia, in assenza di redditi da pensione, la loro condizione sarebbe stata ben peggiore.

## 4.5 Spesa sociale dei Comuni

Nel 2011, i Comuni destinano alle politiche di welfare territoriale circa 7 miliardi 27 milioni di euro, al netto della compartecipazione alla spesa da parte degli utenti e del Sistema sanitario nazionale, con una diminuzione dell'1 per cento rispetto al 2010. In termini pro capite la spesa sociale dei Comuni ammonta a 115,7 euro per abitante nel 2011, contro i 117,8 dell'anno precedente. La diminuzione della spesa del 2011 segna una vera e propria inversione di tendenza, infatti, nel periodo compreso fra il 2003 e il 2009 il tasso di incremento medio annuo è stato del 6 per cento, mentre nel 2010 si era registrato un incremento molto lieve (0,7 per cento, con valori negativi in diverse regioni, principalmente del Centro e del Sud Italia).

Dopo otto anni, nel 2011 si riduce la spesa sociale dei Comuni

La diminuzione della spesa sociale contribuisce ad acuire le criticità dei soggetti più fragili in un contesto sociale già provato dalle dinamiche demografiche descritte e dalla fase economica recessiva vissuta in questi anni.

Nel Mezzogiorno le risorse dei Comuni coprono meno della metà delle spese per il welfare locale: infatti, in questa area del Paese è maggiore l'incidenza del fondo indistinto per le politiche sociali, mentre al Nord e al Centro i Comuni integrano maggiormente con risorse proprie i fondi ripartiti a livello locale per la gestione dei servizi e degli interventi nel settore sociale (Tavola 4.15). Pertanto nel Mezzogiorno, dove il welfare locale risulta finanziato in misura maggiore dai trasferimenti statali, i tagli introdotti rischiano di tradursi più direttamente in un contenimento delle risorse impiegate in questo settore, accentuando ulteriormente i già rilevanti differenziali territoriali.

I tagli dei trasferimenti statali al welfare locale penalizzano di più il Mezzogiorno

Dal 2010 al 2011 la spesa pro capite diminuisce in quasi tutte le regioni italiane, ma in rapporto ai valori preesistenti il calo più consistente si osserva al Sud (-5 per cento), dove i valori medi erano già nettamente al di sotto della media nazionale. Al Nord-ovest e al Nord-est la spesa diminuisce rispettivamente del 3 per cento e dell'1 per cento, mentre aumenta dell'1 sia al Centro che nelle Isole.



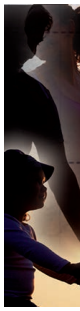
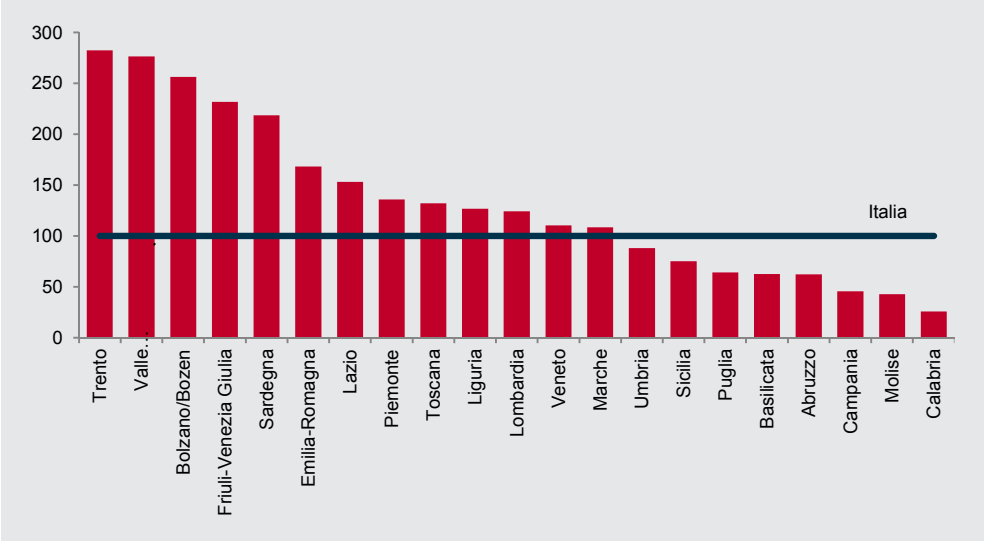


**Tavola 4.15 Spesa sociale dei comuni singoli e associati per fonte di finanziamento e ripartizione geografica - Anno 2011** (valori percentuali)

| RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE | Fondo indistinto per le politiche sociali (a) | Fondi regionali vincolati per le politiche sociali dello Stato (b) | Fondi vincolati per le politiche sociali dello Stato o da da Ue (c) | Altri trasferimenti da Enti pubblici | Trasferimento fondi da privati | Risorse proprie del Comune | Risorse proprie degli Enti associativi | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nord-ovest | 9,5 | 11,9 | 2,7 | 2,9 | 1,3 | 70,0 | 1,7 | 100,0 |
| Nord-est | 13,1 | 18,4 | 1,6 | 1,4 | 1,6 | 62,0 | 1,9 | 100,0 |
| Centro | 7,5 | 17,1 | 3,8 | 1,6 | 0,9 | 67,1 | 2,0 | 100,0 |
| Sud | 20,4 | 10,1 | 4,6 | 6,6 | 0,5 | 55,7 | 2,1 | 100,0 |
| Isole | 24,5 | 34,5 | 3,3 | 0,8 | 0,6 | 36,1 | 0,2 | 100,0 |
| **Italia** | **12,4** | **17,1** | **2,9** | **2,2** | **1,2** | **62,5** | **1,7** | **100,0** |

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati
(a) Quota nazionale e quota regionale o provinciale nel caso di province autonome.
(b) Fondi regionali (o provinciali nel caso di province autonome) vincolati per le politiche sociali (esclusa la quota regionale o provinciale del fondo indistinto).
(c) Esclusa la quota nazionale del fondo indistinto.

**Figura 4.17 Spesa pro capite per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regione - Anno 2011**




Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati

Una persona residente al Sud beneficia mediamente di una spesa sociale annua di circa 50 euro per i servizi e gli interventi offerti dai Comuni, contro i 160 euro del Nord-est. A livello regionale il campo di variazione si allarga ulteriormente, passando da un minimo di 26 euro in Calabria ad un massimo di 282 euro del Trentino-Alto Adige (Figura 4.17).

La spesa per l'area "famiglia e minori" a livello nazionale subisce un lievissimo aumento in valore assoluto, passando da circa 2 miliardi 813 milioni nel 2010 a 2 miliardi 818 milioni nel 2011 (+0,2 per cento), il peso relativo di quest'area di utenza sul totale della spesa sociale dei comuni passa dal 39,6 per cento nel 2010 al 40 per cento nel 2011. Tuttavia, rapportando la spesa alla popolazione di riferimento, data dai componenti delle famiglie con almeno un figlio minore, la quota pro-capite passa da 121 a 117 euro annui.

Diminuisce la spesa pro capite per l'integrazione al reddito familiare, il cui importo medio passa da 806 a 740 euro annui, mentre aumenta il numero dei beneficiari, da 143.599 nel 2010 a 145.331 nel 2011.

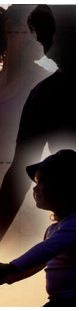
Le trasformazioni sociali, le tipologie delle famiglie e più nello specifico la presenza dei figli all'interno dei nuclei familiari spingono i cittadini a richiedere soluzioni a cui le istituzioni sono chiamate a rispondere, attivando servizi per l'infanzia (asilo nido, micro-nidi o servizi integrativi o innovativi) conformi alle esigenze delle diverse realtà territoriali. Circa il 46 per cento della spesa per le famiglie con figli è assorbita dagli asili nido e dagli altri servizi socio-educativi per la prima infanzia, mentre il 18 per cento è rivolto all'accoglienza in strutture residenziali per minori privi di tutela o genitori in difficoltà con bambini.

Nel 2011, la spesa corrente impegnata dai comuni per gli asili nido, al netto della compartecipazione pagata dagli utenti, è stata pari a 1 miliardo e 245 milioni di euro, con un incremento complessivo del 46,4 per cento rispetto al 2004. Nello stesso periodo è aumentato del 37,9 per cento (oltre 55 mila unità) il numero di bambini iscritti agli asili nido comunali o sovvenzionati dai Comuni.

Nel 2011 per la prima volta in calo i posti negli asili nido

Tuttavia, nel 2011, il ritmo di crescita della spesa per asili nido subisce una drastica contrazione (+1,5 per cento nel 2011 rispetto al 2010) e, con riferimento all'anno scolastico 2011/12, si assiste per la prima volta a un calo, anche se appena percettibile del numero di bambini beneficiari dell'offerta comunale di asili nido (-0,04 per cento). Con riferimento all'insieme di tutti i servizi socio-educativi per la prima infanzia, rispetto al 2004 (anno "base" di riferimento) si





è registrato un aumento complessivo di 2,1 punti percentuali: gli utenti sono passati dall'11,4 per cento dei bambini residenti nell'anno scolastico 2003/2004 al 13,5 per cento nel 2011/2012 (Tavola 4.16). Nell'ultimo anno di rilevazione, tuttavia, la variazione è stata di segno negativo rispetto all'anno precedente, quando il valore era pari al 14 per cento.

L'offerta di asili nido e di servizi integrativi per la prima infanzia mostra ampi divari territoriali: infatti, i dati evidenziano differenze estremamente rilevanti. Tra le regioni che vedono una situazione sfavorevole in termini di percentuale di comuni coperti la Calabria spicca con il valore più basso (13,0 per cento). I bambini che usufruiscono di asili nido comunali o finanziati dai comuni variano dal 3,5 per cento al Sud al 17,1 per cento al Nord-est, mentre la percentuale dei Comuni che garantiscono la presenza del servizio varia dal 24,3 per cento al Sud all'82,6 per cento al Nord-est. Le regioni del Sud in cui si osservano le percentuali più basse di bambini che usufruiscono dei servizi all'infanzia sono la Campania (1,9 per cento) e la Calabria (2,4 per cento). Spiccano, invece i valori di questo indicatore relativo alla presa in incarico degli utenti, per l'Emilia-Romagna (24,4 per cento), la provincia autonoma di Trento (19,5 per cento) e l'Umbria (19,1). Le regioni che registrano valori più alti per l'indice di copertura del servizio sono il Friuli-Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna e la Valle d'Aosta.

Divari territoriali nei servizi all'infanzia: in coda Campania, prima Emilia-Romagna

**Tavola 4.16 Gli asili nido** (a)**: indicatori territoriali - Anno 2011**

| REGIONI<br>RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE | Percentuale di comuni coperti dal servizio (b) | Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 bambini 0-2 anni residenti nella regione) (c) | Indicatore di presa in carico degli utenti (per 100 residenti 0-2 anni) |
|---|---|---|---|
| Piemonte | 22,1 | 72,1 | 12,5 |
| Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste | 89,2 | 97,0 | 15,6 |
| Liguria | 50,6 | 89,6 | 14,1 |
| Lombardia | 73,7 | 92,0 | 15,1 |
| Trentino-Alto Adige/Südtirol | 72,4 | 86,1 | 11,8 |
| *Bolzano/Bozen* (d) | …. | …. | *4,0* |
| *Trento* | *72,4* | *86,1* | *19,5* |
| Veneto | 79,0 | 89,5 | 11,7 |
| Friuli-Venezia Giulia | 100,0 | 100,0 | 18,2 |
| Emilia-Romagna | 84,2 | 98,0 | 24,4 |
| Toscana | 69,3 | 94,3 | 17,6 |
| Umbria | 55,4 | 90,8 | 19,1 |
| Marche | 49,4 | 86,0 | 15,5 |
| Lazio | 25,4 | 79,8 | 15,5 |
| Abruzzo | 32,5 | 74,8 | 8,1 |
| Molise | 22,8 | 66,2 | 11,0 |
| Campania | 20,5 | 40,1 | 1,9 |
| Puglia | 37,6 | 67,9 | 4,1 |
| Basilicata | 32,1 | 65,8 | 7,1 |
| Calabria | 13,0 | 44,1 | 2,4 |
| Sicilia | 37,9 | 68,7 | 5,1 |
| Sardegna | 20,2 | 62,2 | 9,8 |
| Nord-ovest | 52,0 | 86,7 | 14,3 |
| Nord-est | 82,6 | 93,7 | 17,1 |
| Centro | 46,6 | 85,7 | 16,4 |
| Sud | 24,3 | 52,9 | 3,5 |
| Isole | 29,2 | 67,3 | 6,1 |
| **Italia** | **48,1** | **77,7** | **11,8** |

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati

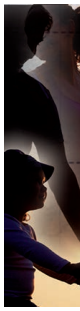
(a) Questa voce comprende sia le strutture comunali che le rette pagate dai comuni per gli utenti di asilo nido privati.

(b) Percentuale di comuni in cui è attivo il servizio. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore calcolato al netto della provincia di Bolzano/Bozen.

(c) Percentuale di bambini tra 0 e 2 anni che risiede in comuni in cui è presente il servizio. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano/Bozen.

(d) Per la provincia di Bolzano/Bozen non è disponibile il dato relativo al numero di comuni coperti dal servizio.





L'offerta tradizionale di asili nido viene affiancata anche da quella integrativa o innovativa per la prima infanzia, che include i cosiddetti "nidi famiglia", ovvero servizi organizzati nell'ambito di un contesto familiare, con il contributo dei Comuni e degli enti sovracomunali. Nel 2011, la spesa impegnata dai Comuni per l'offerta integrativa risulta di poco inferiore ai 60 milioni di euro comprensiva degli oltre 9 milioni e mezzo a carico delle famiglie.

Differenze territoriali anche per servizi integrativi all'infanzia

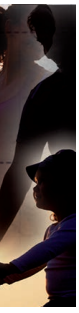
Le differenze territoriali persistono anche rispetto al tipo di offerta integrativa o innovativa. Infatti, le regioni del Sud del Paese registrano i valori più bassi sia in relazione all'indicatore di presa in carico degli utenti sia alla percentuale di comuni coperti dal servizio integrativo (Tavola 4.17). In posizione opposta si collocano la provincia autonoma di Trento con un valore pari a 42,4 per la percentuale di comuni della regione coperti dal servizio integrativo o innovativo e la provincia autonoma di Bolzano per l'indicatore di presa in carico degli utenti (7,1 per cento). In relazione all'indice di copertura territoriale del servizio la regione Umbria si colloca al primo posto con un valore pari a 74,6 per cento. La regione, invece, fanalino di coda risulta essere la Basilicata (0,8 per cento).

**Tavola 4.17 Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia** (a)**: indicatori territoriali - Anno 2011**

| REGIONI<br>RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE | Percentuale di comuni coperti dal servizio (b) | Indice di copertura territoriale del servizio (per 100 bambini 0-2 anni residenti nella regione) (c) | Indicatore di presa in carico degli utenti (per 100 residenti 0-2 anni) |
|---|---|---|---|
| Piemonte | 5,5 | 37,5 | 2,4 |
| Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste | 21,6 | 43,3 | 5,4 |
| Liguria | 23,4 | 66,2 | 2,7 |
| Lombardia | 24,3 | 41,3 | 2,4 |
| Trentino-Alto Adige/Südtirol | 42,4 | 73,4 | 5,5 |
| *Bolzano/Bozen* (d) | …. | …. | *7,1* |
| *Trento* | *42,4* | *73,4* | *3,8* |
| Veneto | 8,1 | 21,9 | 1,3 |
| Friuli-Venezia Giulia | 36,7 | 45,8 | 2,5 |
| Emilia-Romagna | 25,3 | 54,6 | 2,1 |
| Toscana | 32,4 | 59,1 | 2,5 |
| Umbria | 32,6 | 74,6 | 4,0 |
| Marche | 10,5 | 33,4 | 1,3 |
| Lazio | 7,9 | 50,0 | 0,9 |
| Abruzzo | 35,1 | 35,5 | 1,4 |
| Molise | - | - | - |
| Campania | 29,8 | 45,2 | 0,9 |
| Puglia | 3,5 | 4,3 | 0,4 |
| Basilicata | 1,5 | 0,8 | 0,2 |
| Calabria | 1,5 | 19,3 | 0,1 |
| Sicilia | 5,6 | 21,3 | 0,3 |
| Sardegna | 15,9 | 33,1 | 2,8 |
| Nord-ovest | 16,7 | 42,3 | 2,5 |
| Nord-est | 22,5 | 40,0 | 2,1 |
| Centro | 17,9 | 52,3 | 1,7 |
| Sud | 16,1 | 27,0 | 0,7 |
| Isole | 10,7 | 23,8 | 0,8 |
| **Italia** | **17,1** | **38,2** | **1,6** |

Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati
(a) In questa categoria rientrano i micronidi, i nidi famiglia e i servizi integrativi per la prima infanzia.
(b) Percentuale di comuni in cui è attivo il servizio. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano/Bozen.
(c) Percentuale di bambini tra 0 e 2 anni che risiede in comuni in cui è presente il servizio. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano/Bozen.
(d) Per la provincia di Bolzano/Bozen. non è disponibile il dato relativo al numero di comuni coperti dal servizio.





La spesa rivolta ai disabili risulta aumentare di circa 35 milioni di euro dal 2010 al 2011, pari al 2,2 per cento; inoltre il peso dell'area "disabili" sul totale della spesa sociale dei Comuni passa dal 22,4 del 2010 al 23,2 del 2011. Fra i principali interventi e servizi per l'area disabili si rileva il sostegno socio-educativo scolastico, che assorbe il 19 per cento della spesa, i centri diurni e le altre strutture di supporto a ciclo diurno, quali i laboratori protetti (20 per cento), le strutture residenziali e l'assistenza domiciliare, cui competono rispettivamente il 16 per cento e il 14 per cento della spesa complessiva per i disabili.
Anche per l'assistenza rivolta ai disabili le differenze territoriali sono molto rilevanti: mediamente un disabile residente al Nord-est usufruisce di servizi e interventi per una spesa annua pari a 5.370 euro, contro i 777 euro al Sud. Con riferimento all'assistenza domiciliare socio-assistenziale, mediamente in Italia usufruiscono del servizio 7 disabili su 100. In questo caso le variazioni riflettono principalmente le politiche regionali, piuttosto che il tradizionale gradiente Nord-sud. La Sardegna, ad esempio, mostra un indicatore di presa in carico decisamente superiore alla media nazionale (40 disabili su 100 beneficiano del servizio). Per quanto riguarda le strutture residenziali, gli utenti a livello di ripartizione variano dallo 0,3 per cento al Sud al 9,6 per cento al Nord-est.

Scende la spesa per gli anziani

La spesa rivolta agli anziani è in diminuzione rispetto all'anno precedente, sia in valore assoluto che come quota percentuale sul totale della spesa sociale: si passa da 1 miliardo 492 milioni del 2010 a 1 miliardo 388 milioni nel 2011 (-7 per cento) e dal 20,9 per cento al 19,8 per cento della spesa sociale complessiva. Nello stesso periodo la spesa per quest'area di utenza in rapporto alla popolazione di riferimento (residenti di età superiore o uguale a 65 anni), passa da 122 a 112 euro pro capite, valore inferiore a quello osservato nel 2003.
Le principali voci di spesa per l'area anziani sono le strutture residenziali comunali o finanziate dai Comuni, che assorbono il 30 per cento delle risorse destinate agli anziani e l'assistenza domiciliare, cui compete il 41 per cento della spesa. Per entrambi i tipi di servizi si evidenzia una difficoltà per i Comuni a mantenere i livelli di spesa e il numero di utenti serviti negli anni precedenti. Gli utenti dell'assistenza domiciliare socio-assistenziale sono una quota molto ridotta degli anziani residenti: variano dallo 0,8 per cento del Centro al 2 per cento delle Isole, con una media nazionale pari all'1,4 per cento (Tavola 4.18).
Le strutture residenziali comunali o finanziate dai comuni accolgono lo 0,8 per cento degli anziani residenti in Italia nel 2011 (Tavola 4.19). Il valore più alto si ha nel Nord-est (2 per cento) e il più basso al Sud (0,1 per cento).
A livello territoriale emergono nuovamente importanti squilibri a sfavore delle regioni del Sud, dove gli anziani beneficiano mediamente di strutture e servizi assistenziali per un valore di spesa pari a 51 euro pro capite, contro i 102 euro nelle Isole, 114 al Centro, 126 al Nord-ovest, 157 al Nord-est (Figura 4.18).



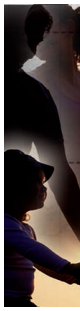


**Tavola 4.18 L'assistenza domiciliare socio-assistenziale nell'area anziani: utenti, spesa e spesa media per utente per ripartizione geografica - Anno 2011**

| RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE | Utenti | Spesa | Spesa media per utente | Indicatore di presa in carico degli utenti (per 100 persone di età >= 64) |
|---|---|---|---|---|
| Nord-ovest | 47.323 | 89.767.906 | 1.897 | 1,4 |
| Nord-est | 44.050 | 90.412.770 | 2.053 | 1,8 |
| Centro | 20.238 | 57.912.551 | 2.862 | 0,8 |
| Sud | 32.525 | 49.597.222 | 1.525 | 1,3 |
| Isole | 25.444 | 57.787.653 | 2.271 | 2,0 |
| **Italia** | **169.580** | **345.478.102** | **2.037** | **1,4** |

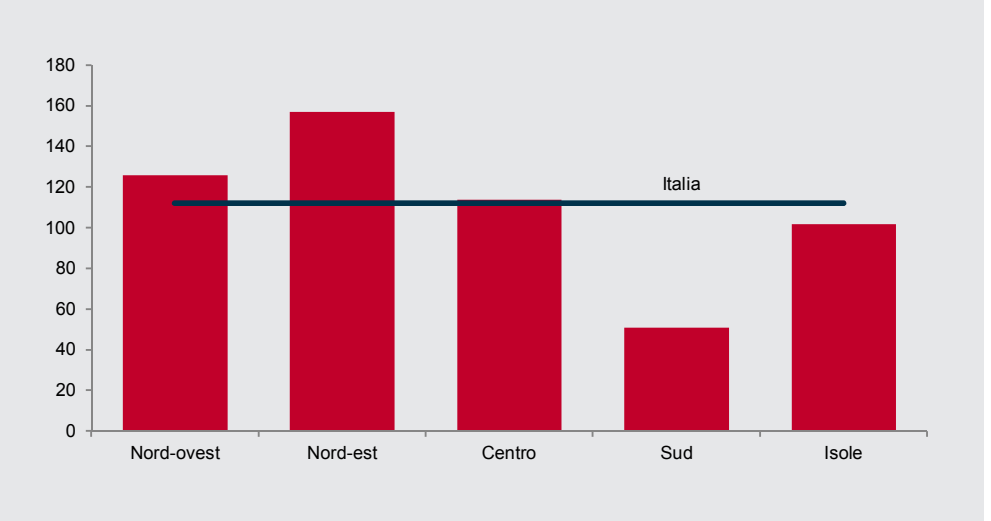
Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati

**Tavola 4.19 Le strutture residenziali** (a) **nell'area anziani: utenti, spesa, ompartecipazione degli utenti, compartecipazione del Ssn** (b) **e valori medi per utente per ripartizione geografica - Anno 2011**

| RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE | Utenti | Spesa | Spesa media per utente | Indicatore di presa in carico degli utenti (per 100 persone) |
|---|---|---|---|---|
| Nord-ovest | 24.645 | 134.695.983 | 5.465 | 0,7 |
| Nord-est | 48.353 | 99.553.995 | 2.059 | 2,0 |
| Centro | 21.892 | 121.109.723 | 5.532 | 0,9 |
| Sud | 3.464 | 26.500.961 | 7.650 | 0,1 |
| Isole | 3.999 | 32.210.743 | 8.055 | 0,3 |
| **Italia** | **102.353** | **414.071.405** | **4.046** | **0,8** |

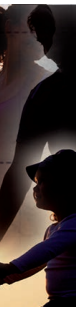
Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati
a) Questa voce comprende sia le strutture comunali che le rette e i contributi pagati dai comuni per gli utenti di struture residenziali private. Sono esclusi i centri estivi o invernali con pernottamento.
(b) Servizio sanitario nazionale.

**Figura 4.18 Spesa pro capite per interventi e servizi sociali dei Comuni nell'area anziani per ripartizione geografica - Anno 2011**




Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati

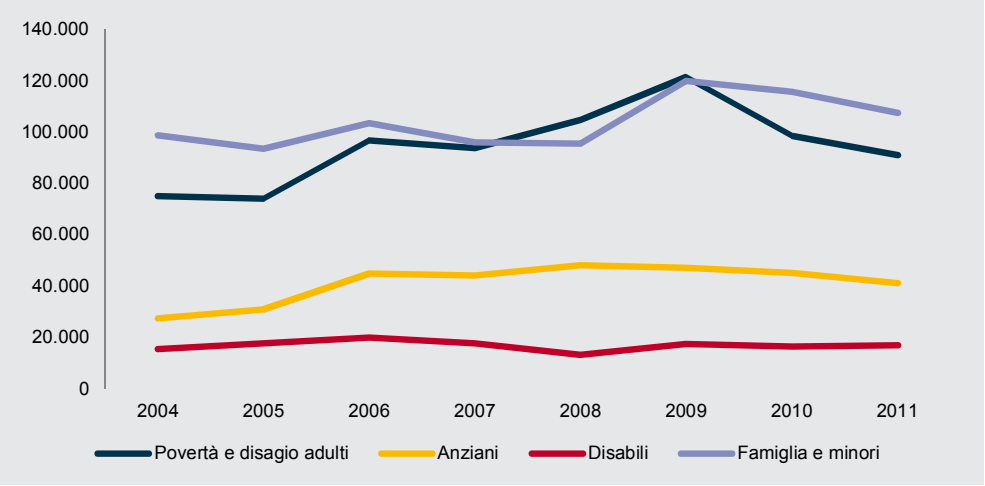




Meno sostegno a povertà e disagio

In calo anche la spesa per la povertà e il disagio, la quale ha subito un calo del 2 per cento dal 2010 al 2011, nonostante l'evidente crescita delle difficoltà economiche nella popolazione. Una quota importante della spesa in quest'area di utenza è data dalle strutture di accoglienza (20 per cento), dai contributi economici per l'alloggio (19 per cento) e dai contributi ad integrazione del reddito familiare (16 per cento). Fra il 2010 e il 2011 la spesa complessiva per questo tipo di sostegno è diminuita del 3 per cento per quanto riguarda i contributi per l'alloggio e dell'8 per cento per i contributi ad integrazione del reddito, mentre gli utenti corrispondenti sono aumentati o rimasti sostanzialmente invariati, con la conseguente riduzione degli importi medi erogati: da 963 a 911 euro e da 773 a 718 euro rispettivamente.
La figura 4.19 evidenzia la diminuzione delle risorse rese disponibili dai Comuni a partire dal 2010, sia per il sostegno del reddito delle famiglie con figli, sia per le persone in condizioni di disagio economico e a rischio di esclusione sociale. Sempre in calo, anche se in maniera meno evidente, il sostegno al reddito offerto agli anziani e sostanzialmente stabile quello fornito ai disabili.

**Figura 4.19 Spesa per contributi ad integrazione del reddito familiare per area di utenza - Anni 2004-2011** (valori in migliaia di euro)




Fonte: Istat, Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati

## 4.6 Il ruolo del non profit nel settore della sanità e dell'assistenza sociale

Il 9° Censimento generale dell'industria e dei servizi e il Censimento delle istituzioni non profit consentono di analizzare la dinamica e la geografia delle imprese, delle istituzioni pubbliche e non profit e delle unità locali ad esse afferenti. Dal confronto tra la rilevazione censuaria del 2011 con quella del 2001, si possono analizzare le trasformazioni avvenute nell'ultimo decennio e il ruolo svolto dalle distinte tipologie di unità giuridico-economiche in alcuni specifici settori di attività, particolarmente rilevanti sul piano del welfare, in particolare il comparto dell'assistenza sociale e della sanità.

Non profit, il settore più dinamico nell'ultimo decennio

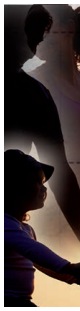
Il settore non profit si è rivelato nell'ultimo decennio il più dinamico (Tavola 4.20). Difatti, ha registrato un aumento delle unità pari al 28 per cento e degli addetti pari al 39,4 per cento, a fronte di un modesto incremento delle imprese (rispettivamente +8,4 per cento per le unità e +4,5 per cento per gli addetti) e della contrazione delle istituzioni pubbliche, sia in termini di unità (-21,8 per cento), che in termini di addetti (-11,5 per cento).

**Tavola 4.20 Addetti nelle imprese, nelle istituzioni pubbliche e nelle istituzioni non profit per settore di attività economica - Anni 2001 e 2011** (differenze assolute e variazioni percentuali)

| SETTORE DI ATTIVITÀ ECONOMICA | Imprese | | Istituzioni pubbliche | | Istituzioni non profit | | Italia | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Differenze assolute 2011-2001 | Variazioni % | Differenze assolute 2011-2001 | Variazioni % | Differenze assolute 2011-2001 | Variazioni % | Differenze assolute 2011-2001 | Variazioni % |
| Attività agricole manifatturiere | -33.014 | -33,9 | -6.135 | -50,2 | -4.718 | -93,9 | -43.867 | -38,2 |
| Industria e costruzioni | -872.980 | -13,6 | -997 | -100,0 | -856 | -88,3 | -874.833 | -13,7 |
| Commercio, alberghi e ristorazione | 723.449 | 18,4 | 0 | - | -1.655 | -69,5 | 721.794 | 18,3 |
| Servizi alle imprese | 615.000 | 14,9 | -6.702 | -17,7 | 4.092 | 45,9 | 612.390 | 14,7 |
| Pubblica amministrazione (al netto dell'istruzione) | - | - | -143.355 | -12,9 | - | - | -143.355 | -12,9 |
| Istruzione | 13.437 | 21,9 | -129.590 | -10,3 | 78.218 | 76,3 | -37.935 | -2,7 |
| Sanità e assistenza sociale | 148.375 | 40,0 | -65.403 | -8,6 | 123.176 | 47,2 | 206.148 | 14,8 |
| Altri servizi | 116.911 | 16,2 | -16.098 | -47,4 | -5.969 | -5,5 | 94.844 | 11,0 |
| **Totale** | **711.178** | **4,5** | **-368.280** | **-11,5** | **192.288** | **39,4** | **535.186** | **2,8** |

Fonte: Istat, Censimento generale dell'industria, dei servizi e delle istituzioni non profit





Anche il comparto della sanità e dell'assistenza sociale[20] ha complessivamente sperimentato una crescita in termini di addetti pari al 14,8 per cento (seconda solo alla crescita di addetti del comparto commercio e ristorazione) e si è mostrato capace di resistere ai programmi di razionalizzazione delle risorse che lo hanno riguardato negli ultimi anni. Ciò è dovuto all'aumento degli addetti nelle imprese e nelle istituzioni non profit – rispettivamente pari al 40,0 e al 47,2 per cento - che ha più che compensato la riduzione riscontrata nelle istituzioni pubbliche, pari al -8,6 per cento degli addetti (Figura 4.20). Tale fenomeno ha riguardato tutte le regioni italiane.

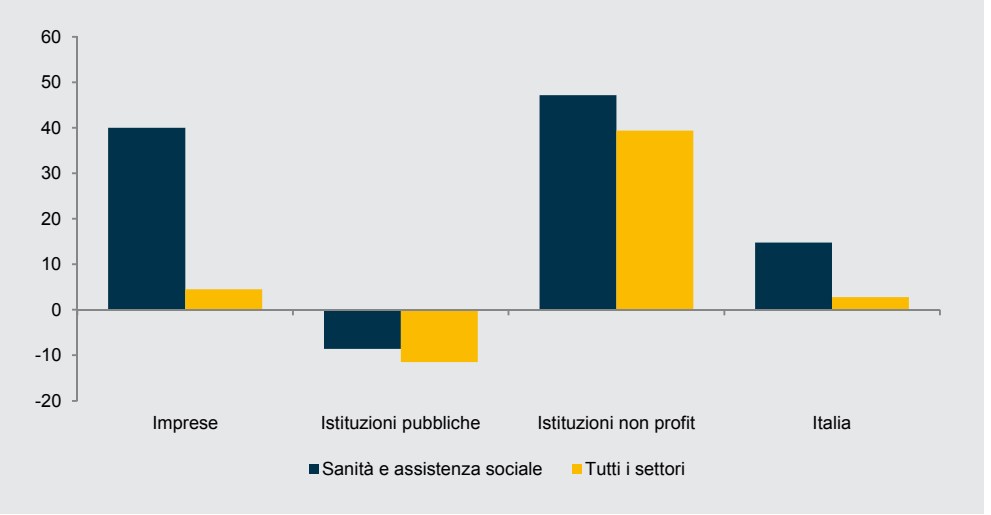
Cresce il non profit nella sanità e nell'assistenza sociale

Il numero delle istituzioni non profit attive prevalentemente nella Sanità e nell'Assistenza sociale è cresciuto rispetto al 1999 del 13,4 per cento nella sanità e del 29,5 per cento nell'assistenza sociale. Il loro peso, tuttavia, rispetto al complesso del settore non profit è diminuito dal 13,1 per cento all'11,9. La crescita è stata più accentuata nel Sud laddove però i livelli erano molto più bassi.

La distribuzione sul territorio delle istituzioni non profit attive nella sanità e nell'assistenza sociale continua ad essere molto eterogenea e il Mezzogiorno presenta le incidenze più basse rispetto alla popolazione residente: in media 49,8 istituzioni ogni 100 mila abitanti rispetto a 66,5 del Centro-Nord. All'eterogeneità di distribuzione sul territorio si affianca una accentuata variabilità territoriale nella dimensione media delle organizzazioni non profit. La maggior parte delle istituzioni non profit attive in Italia è caratterizzata da piccole dimensioni. In termini di addetti, le istituzioni che operano nella sanità e nell'assistenza sociale hanno una dimensione media rispettivamente di 14,5 e 9,2 addetti superiore rispetto ai 2,3 addetti del totale delle istituzioni non profit. Molto più elevata anche la dimensione in termini di volontari,[21] 30,8 per la sanità e 23,9 per l'assistenza sociale contro 15,8 per le istituzioni non profit in totale. In generale, i due settori assorbono il 56 per cento degli addetti complessivi del non profit e il 19,7 per cento dei volontari. Il rapporto tra addetti e volontari nella sanità è di 47 addetti ogni 100

Oltre la metà degli addetti e un quinto dei volontari nella sanità e assistenza sociale

**Figura 4.20 Addetti delle imprese, delle istituzioni pubbliche e delle istituzioni non profit per settore di attività economica (Ateco) - Censimenti 2001 e 2011** (variazioni percentuali)




Fonte: Istat, Censimento generale dell'industria, dei servizi e delle istituzioni non profit

[20] Le istituzioni non profit, attive revalentemente nel settore della sanità, svolgono le seguenti attività: servizi ospedalieri generali e riabilitativi, servizi per lungodegenti, servizi psichiatrici ospedalieri e non, altri servizi sanitari; quelle operanti prevalentemente nel settore dell'assistenza: servizi di assistenza sociale, servizi di assistenza nelle emergenze, erogazione di contributi monetari e/o in natura.

[21] Il censimento ha rilevato in ciascuna istituzione il numero di volontari in organico alla data di riferimento della rilevazione (31/12/2011). Si precisa che questi potrebbero prestare la loro attività in più istituzioni non profit.



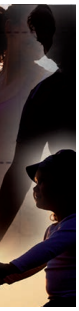
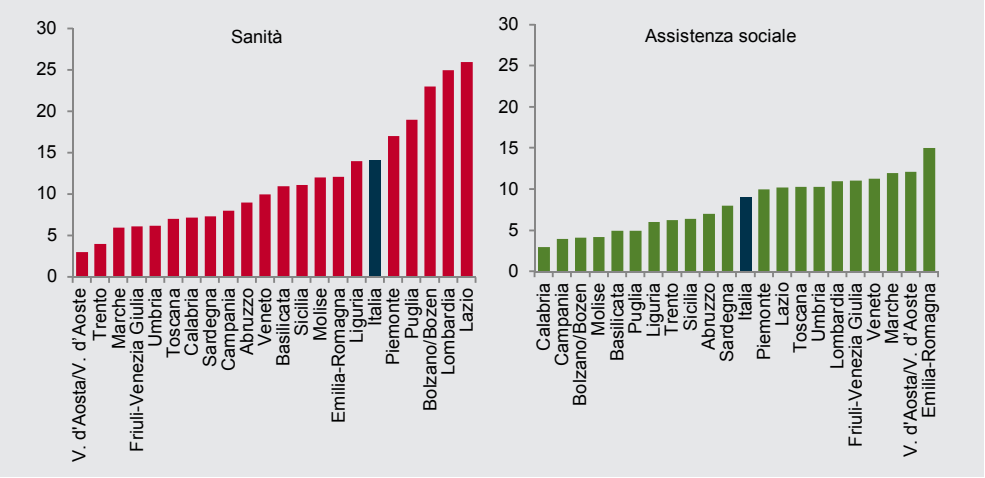


**Figura 4.21 Dimensione media di personale dipendente impiegato nelle Istituzioni non profit che operano prevalentemente nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per regione - Anno 2011**




Fonte: Istat, Censimento generale dell'industria, dei servizi e delle istituzioni non profit

volontari e scende a 38 nell'assistenza, ben al di sopra del valore medio nazionale del non profit fissato a 14 dipendenti.

Il settore sanitario è quello che presenta la maggiore variabilità nella dotazione media di personale dipendente (Figura 4.21). A fronte di una media nazionale di 14 unità di personale dipendente, si osservano marcate differenze territoriali: valori più elevati si registrano nel Lazio (26 dipendenti per istituzione), in Lombardia (25 dipendenti per istituzione) e nella Provincia Autonoma di Bolzano (23 dipendenti per istituzione); mentre le regioni del Mezzogiorno, ad eccezione della Puglia (19 dipendenti), si collocano tutte ben al di sotto della media nazionale. Riguardo all'assistenza, in media il settore non profit conta 9 unità per istituzione. A livello regionale i valori superiori si registrano in Emilia-Romagna (15 dipendenti per istituzione), Valle d'Aosta e Marche (12 dipendenti per istituzione), al contrario i valori più bassi caratterizzano le regioni del Mezzogiorno.

Forte la presenza femminile nel non profit

In generale, il non profit è un settore che presenta una elevata componente femminile tra le risorse impiegate, a livello nazionale si contano 202 lavoratrici e 61 volontarie ogni 100 uomini, mentre quote più elevate caratterizzano i due settori osservati. Infatti, in quello sanitario trovano posto 276 lavoratrici retribuite e 84 volontarie ogni 100 uomini; mentre nell'Assistenza sociale 409 lavoratrici retribuite e 82 volontarie ogni 100 uomini.

Riguardo alla fonte di finanziamento principale, considerando il complesso delle istituzioni non profit , 86 istituzioni su 100 si avvalgono prevalentemente di fonti di provenienza privata, 13 prevalentemente pubblica. Fra le regioni che presentano percentuali maggiori di istituzioni non profit con fonte di finanziamento prevalente di natura pubblica figurano la Sardegna (26,2 per cento) e la provincia autonoma di Trento (26,3 per cento); viceversa, Veneto (10,9 per cento) ed Emilia-Romagna (9,6 per cento) sono le regioni dove la dipendenza dal finanziamento pubblico è più bassa. Nel settore della Sanità e dell'Assistenza sociale le istituzioni utilizzano maggiormente fonti di finanziamento di origine pubblica (rispettivamente 36,1 per cento e 32,8 per cento). Anche riguardo al fund raising le istituzioni non profit che operano nella sanità e nell'assistenza sociale sono tra le più attive. La quota di istituzioni che raccolgono fondi in questi settori è, infatti, significativamente superiore alla media nazionale: il 35,2 per cento nella Sanità e il 33,9 per cento dell'Assistenza sociale. L'attività di raccolta fondi è più sviluppata in Lombardia, Veneto e Emilia-Romagna, mentre è molto meno diffusa nel Mezzogiorno.



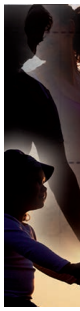


**Tavola 4.21 Istituzioni non profit attive nella sanità e nell'assistenza sociale e protezione civile per classe di entrate - Anno 2011** (valori percentuali)

| CLASSE DI ENTRATE (EURO) | Sanità | Assistenza sociale e protezione civile |
|---|---|---|
| 0-5.000 | 27,8 | 24,7 |
| 5.001-10.000 | 10,7 | 10,0 |
| 10.001-30.000 | 17,2 | 17,7 |
| 30.001-60.000 | 8,3 | 10,7 |
| 60.001-100.000 | 5,7 | 6,9 |
| 100.001-250.000 | 8,4 | 11,1 |
| 250.001-500.000 | 5,6 | 6,7 |
| 500.001 e più | 16,3 | 12,3 |

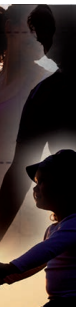
Fonte: Istat, Censimento generale dell'industria, dei servizi e delle istituzioni non profit

Una realtà fortemente frammentata

Il totale delle entrate di bilancio delle istituzioni non profit attive nella Sanità nel 2011 è stato di 11 miliardi di euro (pari al 17,8 delle entrate del settore non profit), quello nell'Assistenza sociale e protezione civile 10 miliardi di euro (pari al 16 per cento del settore non profit). Anche per ciò che concerne le dimensioni economiche si evidenzia una forte frammentazione delle organizzazioni. Per entrambi i settori la classe modale è quella con valore delle entrate più basso (da 0 a 5mila euro) e poco più della metà delle istituzioni attive nei due settori raggiunge un massimo di 30mila euro di entrate nel 2011. Le strutture che si occupano di Sanità e hanno un valore di entrate tra i più alti (da 500mila euro in su) sono il 16 per cento del totale, quelle dell'Assistenza sociale e protezione civile il 12 per cento (Tavola 4.21). Ma il livello di concentrazione è molto alto il 16,3 per cento delle istituzioni della sanità e il 12,3 per cento di quelle dell'assistenza assorbono rispettivamente il 95,5 per cento, e l'86 per cento del totale delle entrate dei rispettivi settori.

L'indice di concentrazione di Gini, calcolato sulle entrate totali del 2011 delle istituzioni non profit attive nella Sanità e nell'Assistenza sociale e protezione civile, fa rilevare un'alta disuguaglianza nella distribuzione dei valori. A livello territoriale distribuzioni più diseguali si registrano in Lazio e Puglia (0,94), in Piemonte, Lombardia, Veneto (0,92), in Emilia-Romagna e in Calabria (0,91), ma l'indice è elevato anche nelle altre regioni.





Nella sanità e nell'assistenza prevalgono le entrate di provenienza pubblica

La composizione delle entrate, riferita al complesso delle istituzioni non profit, mette in luce che le fonti di origine privata rappresentano il 66 per cento del totale delle entrate, mentre quelle pubbliche il 34 per cento. Le entrate di provenienza pubblica si compongono del 5,1 per cento di sussidi a titolo gratuito e del 29,2 per cento di proventi da contratti e convenzioni. Invece, nel caso delle istituzioni operanti nei settori della sanità e dell'assistenza sociale la quota preponderante deriva da entrate di natura pubblica, in particolare provenienti da contratti e convenzioni (65,5 per cento per la sanità e 52,4 per l'assistenza), mentre è marginale la quota derivante dai sussidi e contributi a fondo perduto (rispettivamente 2,8 e 4,1 per cento).

Le quote di entrata provenienti da contratti e/o convenzioni con istituzioni pubbliche sono molto diversificate sul territorio; in particolare nel settore della sanità, in Basilicata tale quota rappresenta l'88 per cento, in Sicilia l'86,2 per cento, in Abruzzo l'81,7 per cento e in Puglia l'81,5 per cento. Nell'Assistenza sociale i proventi da contratti e/o convenzioni con istituzioni pubbliche costituiscono il 52,4 per cento, quota che sale al 78 per cento nella Provincia Autonoma di Trento, al 69,6 per cento in Friuli-Venezia Giulia, al 69,4 per cento in Umbria, al 68,1 per cento in Valle d'Aosta e al 67,6 per cento Calabria.

Un elemento informativo che permette di caratterizzare meglio l'attività delle istituzioni non profit è costituito dalla tipologia dei destinatari dei servizi prodotti, in base alla quale è possibile distinguere fra istituzioni mutualistiche, orientate agli interessi e ai bisogni dei soli soci e isti-

tuzioni di pubblica utilità (o solidaristiche), dirette al benessere della collettività. Le istituzioni non profit sono nel 62,7 per cento dei casi di pubblica utilità, mutualistiche nel restante 37,3 per cento. L'orientamento è legato all'attività svolta; infatti le istituzioni solidaristiche sono presenti in misura nettamente superiore alla media nazionale nei settori della Sanità (91,3 per cento), dell'Assistenza sociale (90,4 per cento).

Nella sanità e assistenza nove istituzioni su dieci sono di pubblica utilità

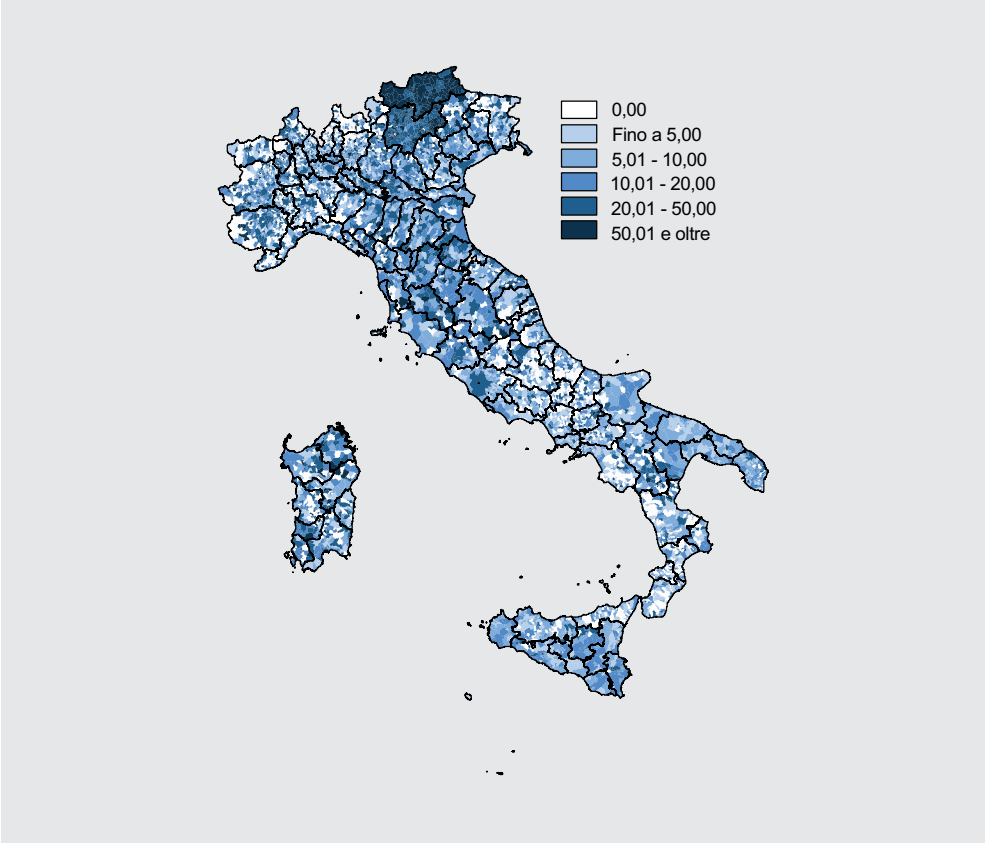
Le istituzioni attive nel settore della Sanità erogano prevalentemente servizi relativi alla donazione di sangue, organi, tessuti e midollo e al soccorso (33,6 per cento) e trasporto sanitario (19 per cento delle unità attive nel settore). A caratterizzare il settore dell'Assistenza sociale in termini di servizi offerti sono gli interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio (27,5 per cento del totale delle unità attive nel settore) e il sostegno socio-educativo (indicato nel 24,2 per cento dei casi). In particolare i servizi erogati riguardano la gestione di asili nido, la gestione di strutture residenziali, l'assistenza domiciliare, i contributi economici a sostegno del reddito. Le istituzioni non profit, quindi, si fanno carico del soddisfacimento di molti bisogni di assistenza parte dei quali sono spesso presi in carico dalle reti familiari.

Attraverso i dati sulle unità locali è possibile analizzare più nel dettaglio l'eterogeneità dell'offerta dei servizi socio-assistenziali in Italia in modo da apprezzare la distribuzione sul territorio e l'incidenza delle risorse umane impiegate nelle unità locali ogni 1.000 abitanti (Figura 4.22) e l'incidenza delle stesse nelle imprese, nelle istituzioni pubbliche e nelle istituzioni non profit (Figura 4.23).

Una presenza fortemente eterogenea sul territorio

Nel 2011, risultano presenti strutture socio-assistenziali in oltre il 70 per cento dei comuni italiani. A livello provinciale, è garantita la presenza di almeno una struttura in tutte le pro-

**Figura 4.22 Risorse umane impiegate nelle strutture che erogano servizi di assistenza residenziale e non residenziale - Anno 2011** (valori per 1.000 abitanti)




Fonte: Istat, Censimento generale dell'industria, dei servizi e delle istituzioni non profit



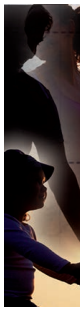
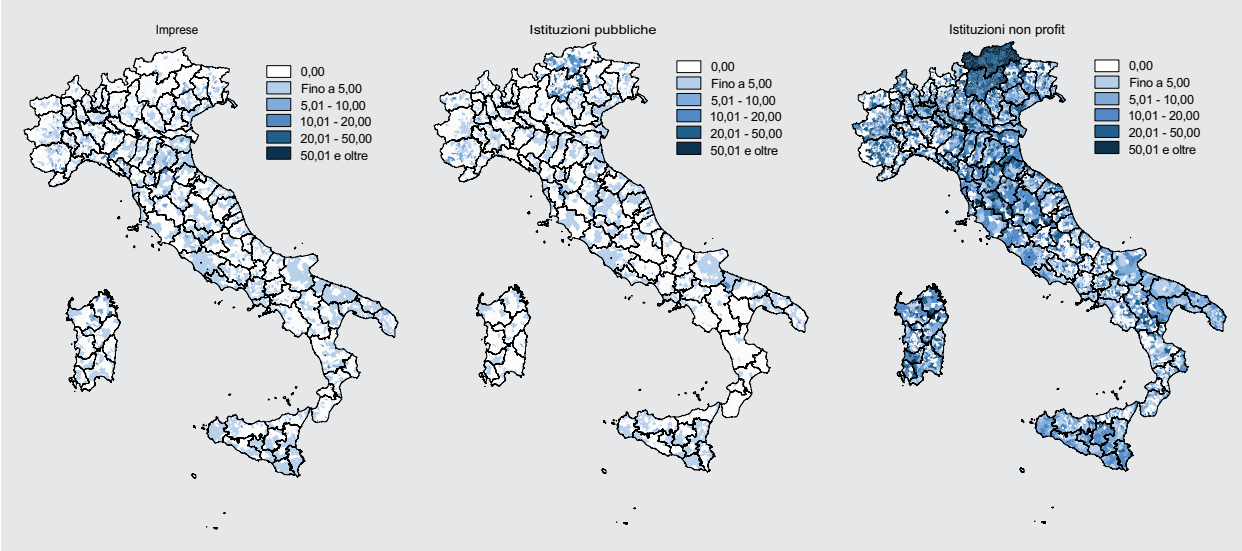


**Figura 4.23 Risorse umane impiegate nelle strutture che erogano servizi di assistenza residenziale e non residenziale per tipo di istituzione - Anno 2011** (valori per 1.000 abitanti)




Fonte: Istat, Censimento generale dell'industria, dei servizi e delle istituzioni non profit

vince, che mediamente occupano 17 risorse ogni 1.000 abitanti. L'analisi visiva suggerisce una diffusione di queste strutture sul territorio nazionale piuttosto differenziata. Le province in cui il rapporto tra risorse e popolazione è più elevato si individuano nelle province autonome di Bolzano e Trento che presentano valori nettamente al di sopra della media nazionale e in alcune province del Piemonte (Asti, Vercelli e Cuneo) e della Lombardia (Sondrio). Valori elevati si registrano anche in alcune province del Mezzogiorno, nonostante nella ripartizione si registrino valori mediamente bassi: è il caso delle province sarde di Carbonia-Iglesias, Medio Campidano, Nuoro e Olbia-Tempio.

Accesso ai servizi socio-assistenziali maggiore in Emilia-Romagna e Toscana…

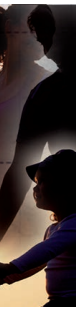
Ai fini di analizzare l'accessibilità del servizio socio-assistenziale in ambito provinciale, si possono interpretare i dati in termini di rapporto tra il numero dei comuni in cui è presente almeno una struttura e il totale di quelli insistenti nella provincia. Oltre alle già citate province autonome, le aree più virtuose (nel senso che è più agevole l'accesso al servizio per la ridotta distanza tra residenza e struttura fornitrice) sono collocate in Emilia-Romagna (Forlì-Cesena, Ravenna) e in Toscana (Firenze e Prato), mentre quelle che registrano i valori più bassi si rinvengono de L'Aquila e in alcune province della Calabria (Vibo Valentia e Catanzaro). A livello provinciale si osserva che la quota di comuni in cui è presente almeno una struttura che eroga servizi di assistenza sociale può risultare bassa nonostante l'elevata incidenza delle risorse umane impiegate rispetto alla popolazione. Tali casi si verificano nelle province caratterizzate dalla presenza di una moltitudine di piccoli comuni la cui utenza gravita intorno a strutture di dimensioni estese che si concentrano nei grandi centri. È il caso delle province di Asti, Alessandria e Vercelli, nelle quali circa la metà dei comuni insistenti sul territorio provinciale non raggiungono i mille abitanti.

Nelle province italiane più popolose, ossia laddove la popolazione provinciale supera il milione di abitanti, l'offerta di servizi socio-assistenziali copre mediamente l'80 per cento dei comuni ivi presenti. Tale dato registra un'eccezione nel caso della provincia di Salerno, dove appena il 60 per cento dei comuni ospita una struttura che offre servizi socio-assistenziali, mentre nella stessa regione è la provincia di Napoli quella dove la copertura è maggiore, pari al 95 per cento.

...quasi inesistente nei piccoli comuni e nelle aree montuose

Nelle figure la presenza delle aree bianche segnala l'assenza di strutture socio-assistenziali nel comune. Ne deriva una mappa che evidenzia l'assenza di strutture nei comuni di dimensioni demografiche ridotte e soprattutto nelle aree montuose del Paese, che si concentrano nelle fasce



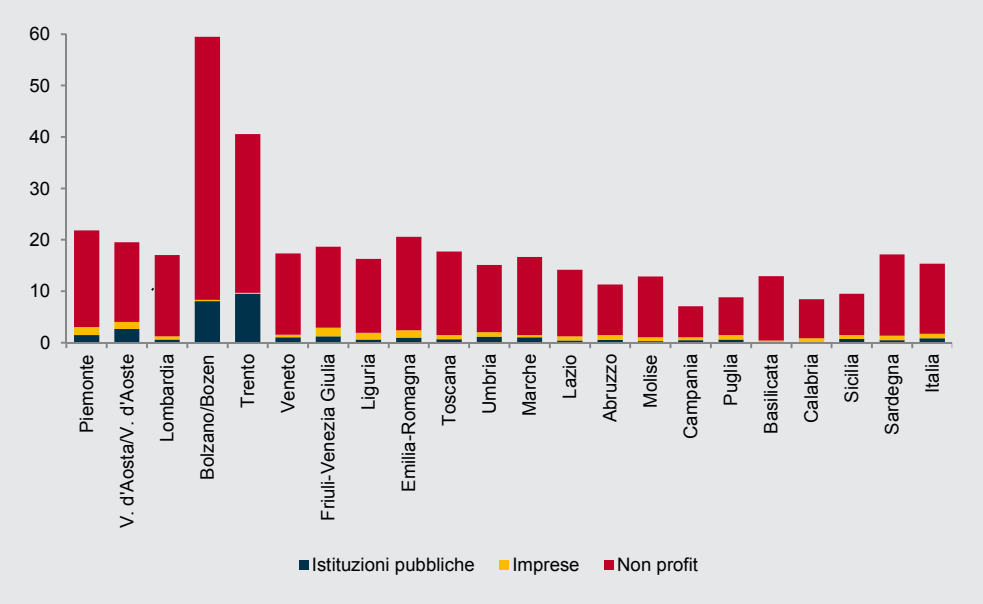


settentrionali delle regioni del Piemonte, della Valle d'Aosta e della Lombardia, in corrispondenza delle Alpi occidentali e centrali, e del Friuli-Venezia Giulia, in prossimità delle Alpi orientali. Un fenomeno analogo si riscontra in Abruzzo, Calabria e Campania a causa della presenza dell'Appennino centrale e meridionale, e in Sardegna in corrispondenza delle zone montuose presenti nelle aree centrali e nord-orientali.
La composizione delle unità rivela una predominanza del settore non profit, a cui afferiscono il 77,7 per cento delle strutture e l'88,9 per cento delle risorse umane impiegate nel settore (addetti, lavoratori esterni, lavoratori temporanei e volontari).
Di particolare interesse le strutture che offrono prevalentemente servizi di assistenza sociale,[22] residenziale e non residenziale in favore degli anziani e dei disabili; nel 2011 si contano 15.644 strutture, di cui il 71,7 per cento afferiscono alle istituzioni non profit, il 22,2 per cento alle imprese e il 6,1 per cento alle istituzioni pubbliche. Anche in termini di addetti, il non profit assorbe la quota maggiore di personale impiegato in questa tipologia di strutture: su un totale di 233.100 addetti, il 76,2 per cento è impiegato in detto settore, contro il 16,5 per cento nelle imprese e il 7,3 per cento nelle istituzioni pubbliche. La predominanza del non profit sale a oltre l'85 per cento se si considerano anche i lavoratori esterni, i lavoratori temporanei e i volontari che complessivamente sono impiegati all'interno di queste strutture.

Tre quarti degli addetti nell'assistenza agli anziani opera nel non profit

Guardando al rapporto tra risorse umane e la popolazione anziana, si osserva che nelle regioni settentrionali (tranne in Liguria) l'incidenza di personale dedito a questo servizio è sempre più alta rispetto al valore medio nazionale di 32 risorse ogni 1000 anziani mentre il Mezzogiorno registra rapporti sempre inferiori rispetto al dato medio nazionale (Figura 4.24). L'offerta del servizio (in termini di risorse nel settore) è più elevata rispetto alla domanda (in termini di anziani residenti) nei territori italiani a statuto speciale quali le province autonome di Trento e Bolzano, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia e Sardegna (unica eccezione la Sicilia) oltre che in Emilia-Romagna, Veneto e Piemonte.

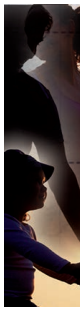
**Figura 4.24 Incidenza delle risorse umane impiegate nelle strutture per anziani delle istituzioni pubbliche, delle imprese e delle istituzioni non profit - Anno 2011**
(valori per 1.000 abitanti di età 65 e più)




Fonte: Istat, Censimento generale dell'industria, dei servizi e delle istituzioni non profit

[22] Le stutture sono individuate secondo la classificazione Ateco 2007 (codici 87100, 87300, 88100)

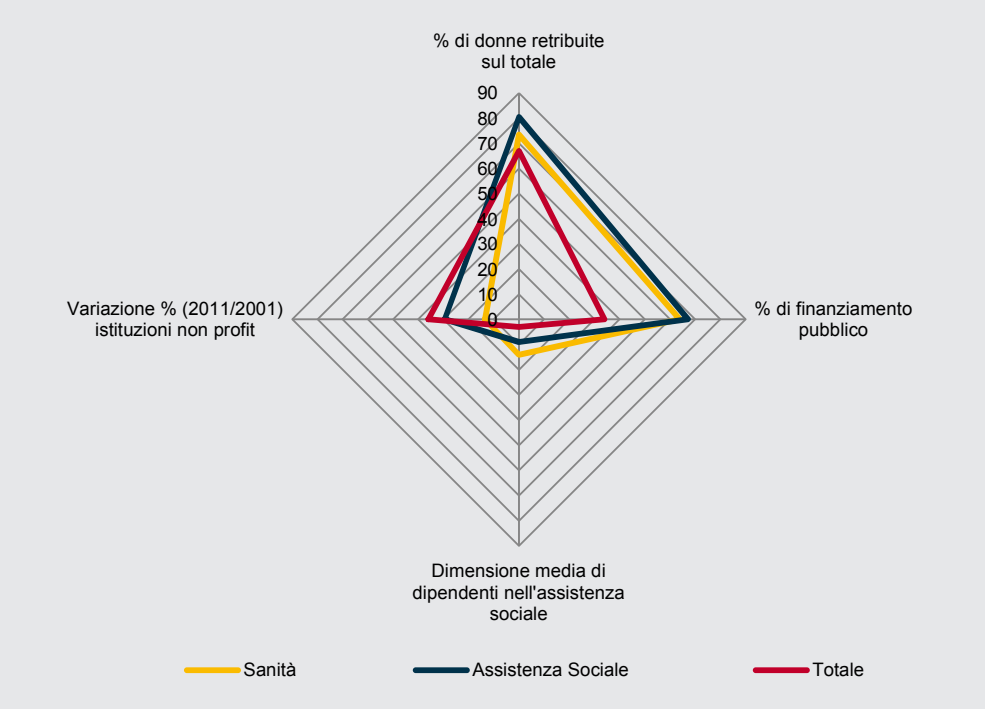




Il ruolo del settore non profit, misurato attraverso questo indicatore di struttura, appare molto chiaro: le istituzioni non profit occupano mediamente 27 persone ogni 1.000 anziani, contro 5 delle istituzioni pubbliche e 3 delle imprese. Si nota come in tutte le regioni, prima tra tutte la Sardegna, il settore non profit svolga un ruolo fondamentale di fronte alla quasi totale assenza di strutture gestite dalle imprese e dalle istituzioni pubbliche: nella regione, infatti, sono presenti 35 risorse ogni 1.000 abitanti di età 65 e oltre in strutture non profit, contro le 2 delle istituzioni pubbliche e le 4 delle imprese. Unica eccezione è rappresentata dalle province autonome di Trento e Bolzano nelle quali l'elevata quota di risorse sulla popolazione anziana (pari rispettivamente a 88 e 83) è dovuta alla virtuosa compresenza di istituzioni pubbliche e non profit.

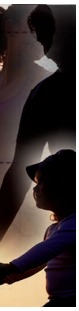
Il settore del non profit svolge un ruolo crescente nell'ambito della sanità e dell'assistenza sociale, tuttavia alcune evidenze segnalano delle potenziali fragilità. In particolare l'eterogeneità della distribuzione territoriale evidenzia una carenza nel Mezzogiorno, l'eterogeneità nella dimensione delle istituzioni, misurata in termini di numero di dipendenti, rivela una realtà parcellizzata con una elevata frequenza di piccole unità, soprattutto nel Mezzogiorno. Dal punto di vista delle risorse, le istituzioni nei due settori sono fortemente dipendenti da finanziamenti pubblici (Figura 4.25). Quindi in periodo di contrazione della spesa pubblica, come quello attuale, la sopravvivenza di molte realtà del non profit potrebbe essere a rischio.

**Figura 4.25 Principali caratteristiche delle istituzioni non profit nei settori della sanità e dell'assistenza sociale - Anno 2011**




Fonte: Istat, Censimento generale dell'industria, dei servizi e delle istituzioni non profit





# Per saperne di più


Istat. 2011. *Il futuro demografico del Paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065*. Statistiche report. http://www.istat.it/it/archivio/48875

Istat 2014. *Tavole di mortalità della popolazione residente*. dati.istat.it

Istat. 2013. *Natalità e fecondità della popolazione residente*. (Statistiche Report). http://www.istat.it/it/archivio/104818

Lanzieri G.P. 2013. *Towards a "Baby recession in Europe. Differential fertility trends during the economic crisis"*. Eurostat, Statistics in focus 13/2013.

Istat. 2014. *Migrazioni internazionali e interne della popolazione residente. Anno 2012*. Roma: Istat (Statistiche Report) http://www.istat.it/it/archivio/110521

Istat. 2010. *Rapporto Annuale. La situazione del Paese nel 2009*. Roma: Istat.

Istat-Cnel. 2013. BES 2013. *Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: Istat. http://www.istat.it/it/archivio/84348

Istat. 2014. *Contabilità nazionale*. http://www.dati.istat.it

Istat. 2013. *La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi. Anno 2012 (media settembre-dicembre)*. Roma: Istat (Statistiche Report) http://www.istat.it/it/archivio/108565

Istat. 2013. *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari. Anno 2011- 2012*. Roma: Istat (Statistiche Report) http://www.istat.it/it/archivio/110879

Università Cattolica del Sacro cuore di Roma. 2014. *Rapporto Osservasalute 2013. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Roma: Osservatorio sulla salute nelle regioni italiane. http://www.osservasalute.it/

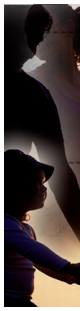
Istat. 2013. *Reddito e condizioni di vita. Anno 2012*. Roma: Istat (Statistiche Report). http://www.istat.it/it/archivio/107289

Istat. 2013. I *consumi delle famiglie. Anno 2012*. Roma: Istat (Statistiche Report). http://www.istat.it/it/archivio/95184

Istat. 2013. *La povertà in Italia. Anno 2012*. Roma: Istat (Statistiche Report). http://www.istat.it/it/archivio/95778

Istat. 2014. *Statistiche della previdenza e dell'assistenza sociale. I trattamenti pensionistici - Anno 2011*. Roma: Istat (Annuari) http://www.istat.it/it/archivio/ 115071

Istat. 2014. *Interventi e servizi sociali dei Comuni singoli o associati. Anno 2011*. Roma: Istat. http://www.dati.istat.it

Istat. 2013. *9°Censimento dell'industria e dei servizi e censimento delle istituzioni non profit. Primi risultati*. http://censimentoindustriaeservizi.istat.it/istatcens/wp-content/uploads/2013/07/Fascicolo_CIS_PrimiRisultati_completo.pdf

Istat. 2014. *Il profilo delle istituzioni non profit alla luce dell'ultimo censimento*. *Report*. http://censimentoindustriaeservizi.istat.it/istatcens/wp-content/uploads/2014/04/Il-profilo-delle-istituzioni-non-profit-alla-luce-dellultimo-censimento.pdf