

Il ritorno dello Stato sociale?

Mercato, Terzo Settore e comunità oltre la pandemia

Quinto Rapporto sul secondo welfare

Capitolo 1

La crisi pandemica e le nuove sfide al welfare state

di Franca Maino

Il Capitolo propone un'analisi delle nuove sfide al sistema di protezione sociale italiano, alla luce delle recenti conseguenze della pandemia di Covid-19, che hanno messo in evidenza le già note fragilità sociali ed economiche del sistema di welfare italiano.

Il Capitolo ricostruisce lo stato di salute, in divenire, del primo welfare ripercorrendo l'evoluzione della spesa pubblica sociale in 7 aree cruciali per il nostro sistema di protezione sociale: sanità, invecchiamento e non autosufficienza, politiche del lavoro, famiglia e infanzia, contrasto alla povertà, politiche abitative, immigrazione e accoglienza. I dati proposti mostrano come le distorsioni distributive e funzionali del welfare state italiano - sbilanciato sul fronte previdenziale - si ripercuotano in particolare sulla spesa destinata a famiglie, povertà, lavoro, casa e accoglienza. E nonostante la nostra spesa propenda a favore della vecchiaia e delle pensioni, essa appare inadeguata a far fronte ai crescenti bisogni degli anziani, sempre più fragili e soli.

Nonostante i numerosi tentativi di riforma del welfare che si sono susseguiti negli ultimi anni - che recentemente hanno raggiunto anche traguardi importanti in ambiti come la lotta alla povertà (ad esempio con l'introduzione del Reddito di Cittadinanza) e sostegno alla famiglia (con l'Assegno Unico Universale per i Figli), ulteriori interventi sono necessari per raggiungere le aree di bisogno più scoperte. La pandemia può allora rappresentare un punto di svolta per rinnovare i sistemi di welfare, locali e nazionali, adeguandoli ai bisogni sociali emergenti: in questo contesto possiamo inoltre aspettarci che il contributo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza acquisisca centralità e rilevanza.

Nelle conclusioni si offrono spunti di riflessione rispetto alle prospettive, presenti e future, del welfare state e del suo graduale assestamento, su impulso dell'azione combinata del Governo e del secondo welfare.

Parole chiave

primo welfare; secondo welfare; pandemia; spesa pubblica; bisogni sociali.

Come citare



Maino F. (2021), *La crisi pandemica e le nuove sfide al welfare state*, in Maino F. (a cura di) (2021), *Il ritorno dello Stato sociale? Mercato, Terzo Settore e comunità oltre la pandemia. Quinto Rapporto sul secondo welfare in Italia 2021*, Torino, Giappichelli, pp. 9-38.

Documento scaricato dal sito www.secondowelfare.it

Versione cartacea acquistabile su www.giappichelli.it

Franca Maino

LA CRISI PANDEMICA E LE NUOVE SFIDE AL WELFARE STATE



Introduzione

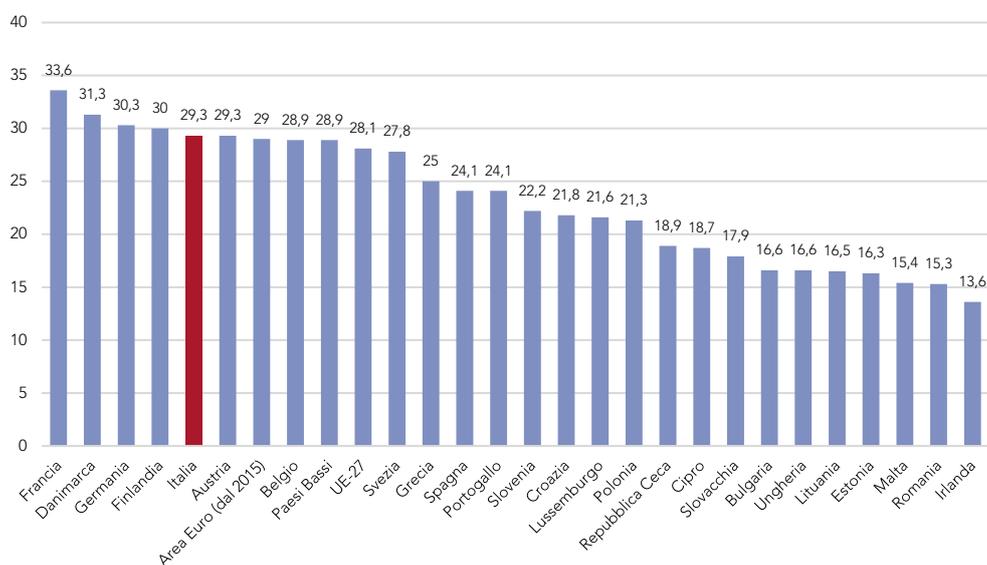
Il 2020 e il 2021, gli anni della pandemia da Covid-19, saranno ricordati come un biennio straordinario dal punto di vista delle sfide e dei bisogni sociali e degli investimenti in welfare realizzati per farvi fronte. Da un lato, le misure di distanziamento volte al contenimento del contagio hanno avuto un impatto fortissimo su fronti cruciali, come ad esempio sanità, occupazione e povertà. Dall'altro, i vari livelli di governo – da quello europeo a quelli locali, passando ovviamente per quello nazionale – hanno stanziato una mole enorme di risorse per affrontare l'emergenza sanitaria e le sue conseguenze sociali, in particolare attraverso il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) legato a Next Generation EU.

Nel momento in cui pubblichiamo questo Volume i dati a nostra disposizione non ci permettono di fotografare con precisione tutti i cambiamenti avvenuti e le relative risposte messe in campo per affrontarli, ma dal nostro osservatorio appare evidente il tentativo da parte del Pubblico di ricomporre la propria spesa sociale per provare a correggere, almeno in parte, le anomalie strutturali che caratterizzano il welfare state italiano da ben prima della pandemia ¹. Nel 2019 la spesa sociale pubblica costituiva in Ita-

¹ Come in tutti i precedenti Rapporti sul secondo welfare, a cui si rimanda (Maino 2013, Maino 2015, Maino e Ferrera 2017 e Razetti e Maino 2019), anche in questo dedichiamo spazio a ricostruire le principali sfide che il welfare state italiano si trova ad affrontare. Confrontarli può

lia il 29,3% del Pil. Un dato al di sopra della spesa media dell'UE a 27, pari al 28,1%, e sostanzialmente in linea con quella media dei Paesi appartenenti all'Area Euro (29%) (Figura 1.1). A differenza di quanto si possa pensare, dunque, i problemi del nostro welfare state non sono da ricondurre a una bassa capacità di spesa, quanto piuttosto alla sua articolazione interna.

Figura 1.1. La spesa sociale pubblica in % del Pil nei Paesi UE27 (anno 2019)



Fonte: elaborazione da database Eurostat.

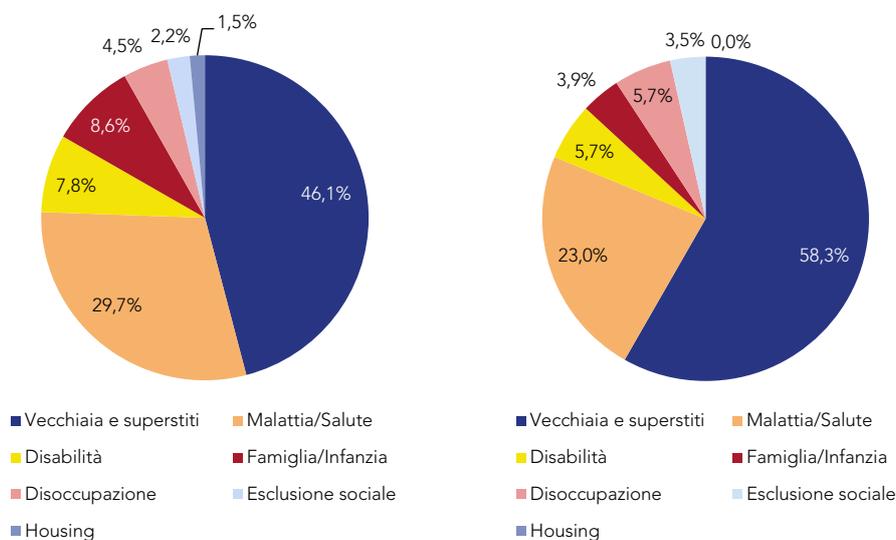
Essa è infatti fortemente sbilanciata verso alcune voci a discapito di altre, come emerge chiaramente dal confronto con la spesa pubblica sociale degli altri Paesi europei (Figura 1.2). In Italia le prestazioni previdenziali assorbono il 58,3% della spesa pubblica – 12 punti in più rispetto alla media della UE a 27, pari al 46,1%² – mentre tutte le altre voci, eccetto “disoccu-

essere utile per comprendere l’evoluzione dei principali ambiti di politica sociale dell’ultimo decennio.

² Come già sottolineato in Razetti e Maino (2019), l’obiezione secondo cui la comparazione con gli altri Paesi risulterebbe scorretta a causa del conteggio, all’interno della spesa italiana per vecchiaia e superstiti, delle cosiddette prestazioni “assistenziali” non coglie nel segno. Tale prestazione è infatti conteggiata alla stessa voce anche negli altri Stati membri. Quella di Euro-

pazione”, sono sotto-finanziate rispetto agli altri Paesi. Di seguito abbiamo voluto ricostruire questo scenario in divenire guardando a diverse componenti della spesa sociale e mettendo in luce le criticità del primo welfare, acuite proprio dalla crisi pandemica, su cui sarebbe prioritario intervenire. Comprendere l’andamento è infatti cruciale per riflettere anche del ruolo assunto dagli attori del secondo welfare in questa fase di profondo cambiamento e di quello che potrebbero giocare nel prossimo futuro. Nello specifico andremo ad approfondire come sia cambiata la spesa sociale pubblica in sette aree cruciali per il welfare: sanità, invecchiamento e non autosufficienza, politiche del lavoro, famiglia e infanzia, contrasto alle povertà, politiche abitative, immigrazione e accoglienza.

Figura 1.2. Composizione percentuale della spesa sociale pubblica, per funzioni: confronto Italia – media UE27 (anno 2019)



Fonte: elaborazione da database Eurostat.

stat è una classificazione funzionale (rischio: “vecchiaia e superstiti”) che prescinde dalla natura assicurativa o assistenziale delle prestazioni.

1.1. Spesa sociale e sanitaria pubblica tra passato e presente

Nel 2019 la spesa pubblica per il settore sanitario era pari al 23%, quasi 7 punti più bassa rispetto alla media europea (29,7%). Nell'ultimo decennio tale percentuale è calata sensibilmente (era il 25,6% nel 2009), mentre nel resto d'Europa è andata sostanzialmente stabilizzandosi. La questione appare evidente anche guardando alla spesa sanitaria pubblica in termini di Pil (6,5% vs 8%) e alla spesa pubblica pro capite a parità di potere di acquisto (2.611 euro vs 3.080 euro) (dati Eurostat relativi al 2018).

In questo quadro non deve stupire se la spesa sanitaria privata, già tradizionalmente elevata nel nostro Paese, tra il 2010 e il 2020 sia andata aumentando. Nello specifico la spesa *out-of-pocket*, quella cioè sostenuta di tasca propria dai cittadini, è cresciuta dal 20,55% al 21,13% della spesa sanitaria totale (Database Oecd). Una spesa privata *out-of-pocket* elevata, come noto, rischia di generare effetti regressivi sulla distribuzione del reddito e sulle condizioni di salute dei cittadini (cfr. Razetti e Maino 2019). In assenza di un soggetto terzo (pubblico o privato) che funga da intermediario fra fornitore e pagatore della spesa sanitaria privata non si realizza infatti alcuna redistribuzione del rischio. Un fattore che causa un aumento dei costi, soprattutto per le persone più svantaggiate sotto il profilo di salute e/o del reddito disponibile. La necessità di ricorrere alla sanità privata per rispondere ad esigenze sanitarie crescenti che non trovano prestazioni adeguate nella sanità pubblica rischia di peggiorare lo status economico delle famiglie con redditi (più) bassi e di spingere a rinunciare alle cure, generando un impatto negativo sulle condizioni di salute della popolazione più vulnerabile (Razetti e Maino 2019).

Secondo le stime realizzate dal Banco Farmaceutico sulla base dei dati Istat relativi ai consumi delle famiglie, nel 2020 le persone indigenti possono permettersi una spesa sanitaria pro-capite pari al 17% di quella sostenuta dalle persone "non povere" (10,25 euro vs. 60,96 euro). Tale gap – tra famiglie povere e non povere – è tanto più elevato nelle Regioni in cui il rapporto percentuale tra la spesa sanitaria a carico dei poveri e quella dei non poveri è al di sotto della media nazionale pari al 16,8% (Campania,

Lombardia, Sardegna, Liguria, Veneto Emilia– Romagna, Abruzzo). Queste Regioni si differenziano tuttavia per i livelli di reddito e consumo pro-capite e, quindi, non è possibile fornire una spiegazione univoca al fenomeno. Si sottolinea inoltre come, nel 2020, la pandemia abbia provocato una contrazione della spesa sanitaria delle famiglie povere che invece è rimasta stazionaria nel caso delle famiglie non povere. In particolare, alla contrazione della spesa sanitaria è seguita la rinuncia alle cure mediche che ha riguardato in misura maggiore le famiglie e gli individui poveri. In media, circa il 33% delle famiglie povere (il 55% al Sud, 25,8% al Centro e 22,8% al Nord), a causa della condizione di fragilità economica, hanno deciso di limitare il numero delle visite e degli accertamenti a scopo preventivo e di rivolgersi a medici e centri diagnostici più economici. Meno della metà, circa il 14,2% delle famiglie non povere, ha intrapreso le stesse scelte (Banco Farmaceutico 2021).

Vi è poi il problema della rinuncia a visite o accertamenti specialistici per problemi di liste di attesa, la cui durata non è sempre compatibile con le esigenze di assistenza delle famiglie. L'emergenza pandemica ha portato a un rinnovato investimento nella sanità (sul Pil passa dal 6,4% del 2019 al 7,4% del 2020), ed è certo che il PNRR, attraverso la missione 6, incrementerà ulteriormente tale quota. Tuttavia, anche nel 2020 oltre il 10% dei cittadini ha dichiarato di aver rinunciato, pur avendone bisogno, a visite o accertamenti negli ultimi 12 mesi per motivi legati a difficoltà di accesso; nel 2019 la quota era pari al 6,3% (Istat 2021a). Le ragioni, come sottolineato da Del Vecchio *et al.* (2020), sono diverse rispetto al passato³. A causa della pandemia di Covid-19 la sanità italiana è stata infatti investita da una forte rimodulazione delle attività sia nell'area dei consumi pubblici che in quella dei consumi privati. I fattori che hanno maggiormente inciso sui secondi sono stati il timore del contagio e l'introduzione di misure di distanziamento che hanno comportato, tra i pazienti, un numero elevato di cancellazioni, in particolare per tutte quelle prestazioni percepite come diffe-

³ Per approfondimenti si rimanda anche a Aiop/Ermeneia (2021).

ribili o non urgenti, specie quelle ambulatoriali; una forte e progressiva contrazione della disponibilità dei professionisti, una parte dei quali chiamati a supportare lo sforzo delle strutture pubbliche di appartenenza; misure nazionali e regionali che hanno definito la sospensione dell'attività ambulatoriale «differibile e non urgente».

La necessità di rispondere all'emergenza sanitaria ha quindi avuto (e continua ad avere) pesanti ripercussioni sulla salute delle persone, tra cui in particolare quelle affette da malattie croniche. Secondo una survey promossa da Cittadinanzattiva (2020) il 44,1% dei pazienti rispondenti ha subito la cancellazione o il ritardo di visite specialistiche, interventi o esami. Il 41,2% ha avuto difficoltà a reperire informazioni rispetto alle modalità di accesso alle cure e alle terapie mentre il 38,2% ha dichiarato di avere avuto problemi ad entrare in contatto con medici e specialisti. E per quasi il 15% è stato problematico reperire i farmaci. Dati che confermano come l'impatto della pandemia abbia coinvolto anche i pazienti non affetti dal Covid, con conseguenze di medio e lungo periodo per il SSN italiano.

1.2. Invecchiamento, solitudine e non autosufficienza

L'Istat quantifica in quasi 14 milioni i residenti in Italia che nel 2020 avevano più di 65 anni, pari al 23,2% del totale della popolazione a fronte di un 20,3% medio in Unione Europea (Istat 2020a). Secondo le previsioni dell'Ocse nel 2050 la quota degli over 65 sul totale della popolazione sfiorerà il 34% mentre quella degli over 85 supererà il 7%. In questo quadro l'indice demografico di *dipendenza strutturale*⁴ – già oggi pari al 56,3% – arriverà all'85%, mentre quello di *dipendenza degli anziani*⁵ crescerà dal 35,6% al 63%.

Ormai da anni l'aspettativa di vita di chi nasce in Italia è in costante au-

⁴ Rapporto fra la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni) per 100.

⁵ Rapporto fra la popolazione anziana (65 e più) e la popolazione in età attiva (15-64 anni) per 100.

mento e solo a causa delle morti legate al Covid-19⁶ essa ha subito una battuta d'arresto negli ultimi due anni. Ma vivere più a lungo non significa necessariamente vivere in buona salute. Gli italiani hanno infatti una aspettativa di vita più alta rispetto alla maggior parte dei Paesi UE, ma inferiore in termini di anni in buona salute. In media, in Italia, l'aspettativa di vita senza limitazioni⁷ dopo i 65 anni è pari a 9,8 anni, inferiore alla media UE (10,2) e molto più bassa rispetto, ad esempio, alla Svezia, dove è di 15,8 anni. Nello specifico, nel 2018 l'aspettativa di vita nel nostro Paese a 65 anni era pari a 22,5 anni per le donne ma in media solo 12,7 di questi sono vissuti con limitazioni nelle attività, mentre per gli uomini, con un'aspettativa pari a 19,3 anni, sono 9,3 quelli in cui mediamente si riscontrano limitazioni. Larga parte della popolazione over 65 che vive in Italia passa dunque la maggior parte dell'età anziana in una condizione più o meno grave di non autosufficienza. Secondo una delle stime più recenti di Istat⁸, in Italia gli anziani non autosufficienti – che riportano gravi limitazioni motorie, sensoriali e cognitive⁹ – sono pari a 3,86 milioni di persone (nel 2016 erano circa 2,9 milioni). A confermare parzialmente tale stima ci sono i dati dell'indagine europea EHIS 2019, che evidenziano come, tra i 9,6 milioni di over 75 italiani, circa un terzo (3,2 milioni) presentano gravi difficoltà motorie, comorbilità, compromissioni dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura della persona e nelle attività strumentali della vita quotidiana (Istat 2021a). Tra questi, 1,2 milioni di anziani dichiarano di non poter contare su un aiuto adeguato

⁶ La vita alla nascita era stimata in 84,3 anni per le donne e 79,6 per gli uomini, in calo rispetto al 2019, quando il valore si attestava rispettivamente a 85,3 e 81 anni (Database Istat).

⁷ Il numero medio di anni che una persona di 65 anni può aspettarsi di vivere senza subire limitazioni nelle attività per problemi di salute; l'indicatore è calcolato da Istat guardando a persone che da almeno 6 mesi hanno limitazioni nella vita autonoma a causa di problemi di salute che determinano difficoltà nel compiere le attività quotidiane abituali.

⁸ Le stime Istat (2021b) rientrano nell'indagine su "Le condizioni di salute della popolazione anziana in Italia" pubblicata a luglio 2021.

⁹ L'Istituto Statistico Nazionale fa riferimento alle limitazioni in almeno una delle attività che riguardano le funzioni del movimento (attività motorie del camminare e salire o scendere le scale), le funzioni sensoriali (vedere e sentire) o quelle cognitive (ricordare e concentrarsi). Per ciascuna di queste funzioni si rileva il livello di difficoltà a compiere le specifiche attività, secondo la valutazione soggettiva dell'intervistato.

alle proprie necessità: circa 1 milione di essi vive solo oppure con altri familiari tutti over 65, senza supporto o con un livello di aiuto insufficiente. Inoltre, circa 100.000 anziani, anch'essi soli o residenti con altri familiari anziani, oltre a non avere aiuti adeguati hanno difficoltà economiche e non possono accedere a servizi a pagamento per avere assistenza. In questo quadro dunque la questione della cura si intreccia fortemente con quella della solitudine. Secondo Istat nel 2018 circa 1 anziano over 65 su 3 viveva solo, ovvero 4 milioni 373 mila; di questi quasi 3 milioni avevano più di 75 anni. Nel complesso gli anziani soli rappresentano il 43,7% delle famiglie con almeno una persona di 65 anni e più e la metà di tutte le famiglie composte da una sola persona. In particolare gli uomini con più di 65 anni che vivono soli sono 1 milione 166 mila, mentre le donne quasi il triplo: 3 milioni 207 mila¹⁰.

Le risposte offerte dal Pubblico a questa fascia di popolazione sono da più parti considerate inadeguate (cfr. Fosti e Notarnicola 2019; Fosti *et al.* 2021; NNA vari anni; Maino e De Tommaso 2021) e i dati sulla spesa pubblica sociale e sanitaria riproducono, su scala ridotta, le storture che caratterizzano complessivamente la spesa pubblica italiana (Razetti e Maino 2019). Secondo la Ragioneria Generale dello Stato nel 2019 la spesa pubblica complessiva dedicata alla Long Term Care¹¹ (Ltc) risultava pari a circa l'1,75% del Pil, in linea con la media europea e destinata a crescere fino al 2,8% nel 2070 (MEF 2020)¹². I dati a disposizione evidenziano la consisten-

¹⁰ Tale condizione è nella maggior parte dei casi determinata dalla vedovanza, in particolare tra le donne (78,9%) mentre solo in maniera minore tra gli uomini (47,7%), dove è invece più alta la componente di separati o divorziati.

¹¹ Secondo la definizione OECD (2020), i servizi di assistenza a lungo termine (Ltc) aiutano le persone a vivere nel modo più indipendente e sicuro possibile quando non possono più svolgere le attività quotidiane autonomamente. Ci si riferisce in particolare ai servizi che le persone richiedono per soddisfare tre tipi di esigenze. In primo luogo, le attività della vita quotidiana (ADL) comprendono un insieme di attività di cura personale, come lavarsi, vestirsi e andare in bagno. In secondo luogo, le attività strumentali della vita quotidiana (IADL), il cui svolgimento permette di poter vivere in modo indipendente. Essi includono la spesa, le pulizie e la preparazione del cibo. Terzo, oltre alle ADL e alle IADL, alcune persone non sono in grado di svolgere attività sociali in modo indipendente (come incontrare gli amici o andare al cinema e a teatro). Ciò può portare all'isolamento relazionale, che può a sua volta condurre alla depressione e al deterioramento della salute fisica e delle capacità cognitive.

¹² Il dato include la parte prettamente sanitaria (lo 0,7% del Pil nel 2019), pari a 12,3 miliardi

za della voce di spesa rappresentata dall'Indennità di Accompagnamento: alla fine del 2019, il numero di prestazioni in pagamento superava 1,9 milioni di euro, per una spesa che ammontava attorno allo 0,8% del Pil (il 45,3% dell'intera spesa pubblica per Ltc). Le altre prestazioni di carattere non sanitario erogate a livello locale (prestazioni socio-assistenziali prevalentemente in natura, di tipo residenziale o semi-residenziale) erano invece pari allo 0,27% del Pil. La bassa percentuale di questa componente è legata alla modesta copertura fornita dai servizi di assistenza domiciliare (sia l'Assistenza Domiciliare Integrata sia il Servizio di Assistenza Domiciliare). Le ore dedicate in media a ciascun assistito anziano nel corso di un anno rimangono molto basse (ad esempio 16 ore nel 2016, con un'ampia variabilità regionale, cfr. Fosti *et al.* 2021), aprendo il campo a riflessioni sull'inefficacia dei percorsi di presa in carico, che appaiono molto contenuti nell'intensità e limitati nel tempo.

Anche i dati sulla residenzialità non appaiono rassicuranti. Secondo il dataset I.Stat nel 2018 risultavano attivi 12.857 presidi residenziali, per un totale di 420.329 posti letto operativi. Gli assistiti erano 386.783 persone, di cui 295.473 con almeno 65 anni e, di questi, oltre 233.874 non autosufficienti¹³. Fosti *et al.* (2021) incrociando le stime sugli anziani non autosufficienti con quelle riferite all'offerta di servizi disponibili, ritengono che, nel 2016, il tasso di copertura pubblica dei servizi sociosanitari (domiciliari e residenziali) si attestasse al 37% e quello dei servizi sociali al 14,3%, presentando livelli di intensità assistenziale complessivamente molto bassi.

L'assenza di risposte verso molti bisogni legati alla non autosufficienza ha contribuito a rafforzare forme di "welfare fai-da-te", già molto diffuse nel nostro Paese. In mancanza di adeguate misure pubbliche molte famiglie, soprattutto quando impossibilitate a ricorrere a soluzioni residenziali,

di euro corrispondenti al 39,9% della spesa per Ltc (MEF 2020). Oltre all'Indennità di Accompagnamento la spesa "non sanitaria" per l'assistenza continuativa agli anziani comprende anche una quota della spesa sostenuta dalle Amministrazioni locali per l'erogazione dei servizi di supporto alla persona e le prestazioni economiche direttamente erogate dai Comuni.

¹³ Per i dati Istat si rimanda a I.Stat, *Presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari*, (consultabile al sito: <http://dati.istat.it/Index.aspx?QueryId=22694#>) e a Istat (2019).

scelgono di farsi carico della maggior parte degli oneri organizzativi ed economici dell'assistenza optando per forme di domiciliarità incentrate sul ruolo delle cosiddette badanti¹⁴ e/o sull'aiuto informale dei *caregiver* familiari. Stime recenti e riferite al 2018 quantificano la spesa delle famiglie per l'assistenza agli anziani pari a 15 miliardi di euro, tra spesa regolare (retribuzioni, Tfr e contributi) e spesa irregolare (solo retribuzioni) (Rapporto Domina 2020). Il [Rapporto "Badanti dopo la pandemia"](#) evidenzia che alla fine del 2019 le persone regolarmente occupate come badanti in Italia erano 407.000¹⁵ di cui il 92% donne e per tre quarti straniere (Pasquinelli e Pozzoli 2021). Il Rapporto delinea inoltre un insieme di altre 600.000 persone impegnate senza un contratto, per un totale di circa 1 milione di addetti. Già in Razetti e Maino (2019) si sottolineava la correlazione inversa tra livello di reddito e ricorso ai familiari nel fornire assistenza alle persone non autosufficienti, a conferma del fatto che la scarsità o mancanza di servizi accessibili finisca spesso per ostacolare l'ingresso nel mondo del lavoro delle famiglie più fragili e, al loro interno, delle donne.

Tradizionalmente infatti i bisogni di cura degli anziani nel nostro Paese trovano risposta nei *caregiver* familiari e in particolare nelle donne che assorbono tali responsabilità nel 71% dei casi¹⁶. La diminuzione del numero di figlie/nuore (ma non di mogli) *caregiver* ha tuttavia ridotto il numero di donne in età centrale potenziali fornitrici di cura: negli ultimi 30 anni il rapporto tra numero di donne 46-69 anni e numero di ultra-70enni è passato da 2,3 a 1,6 (Istat 2021a). Il numero di potenziali prestatrici di cura per gli anziani si riduce anche perché sempre più donne sono entrate nel mercato

¹⁴ Fosti *et al.* (2021) stimano in 1.018.555 le assistenti familiari, regolari e irregolari, presenti in Italia nel 2018.

¹⁵ Va notato che la presenza di un contratto regolare non sempre assicura che vi sia corrispondenza tra prestazioni contrattualizzate ed effettivamente fornite (Da Roit e Ranci 2021).

¹⁶ L'associazione del ruolo del *caregiver* al sesso femminile è un retaggio culturale tipico dei sistemi di welfare familisti (Naldini 2001) e Sud europei o mediterranei (Ferrera 2008; 2019), come quello italiano. Il modello di welfare familista si caratterizza per una scarsa offerta di servizi pubblici di cura e l'attribuzione di responsabilità alla famiglia (incluse quelle legali), accompagnato da uno scarso peso delle politiche familiari. In un modello culturale in cui l'uomo lavora e contribuisce alle spese del nucleo familiare, alla donna sono tradizionalmente attribuite le funzioni produttive di cura (il cosiddetto *malebreadwinner model*, cfr. Lewis 2001).

del lavoro e sempre di più ne entreranno in futuro, e per un periodo più lungo della loro vita a causa dell'innalzamento dell'età pensionistica. Infine, va tenuto in conto che in tal senso si è ridotto anche l'ammontare di tempo che le donne possono dedicare al lavoro di cura non retribuito, fattore che contribuisce a spiegare i crescenti bisogni di conciliazione tra carichi familiari e lavorativi¹⁷.

I dati qui presentati appaiono preoccupanti anche alla luce degli effetti della pandemia che ha colpito soprattutto gli anziani, con effetti letali proprio tra i più fragili che, come visto, nel nostro Paese non sono adeguatamente o sufficientemente protetti contro i rischi di malattia e in termini di presa in carico e assistenza. Non a caso le persone anziane con malattie croniche e non autosufficienti sono state le vittime principali del Covid-19: nel biennio 2020-2021 secondo l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) sono stati registrati 130.468 decessi. L'età mediana dei pazienti deceduti e positivi al virus è 80 anni ed è più alta di oltre 35 anni rispetto ai pazienti che hanno contratto solo l'infezione. Nella fascia di età superiore ai 90 anni il numero di decessi di sesso femminile è superiore a quelli di sesso maschile: la componente di popolazione con più di 90 anni è infatti costituita per circa il 72% da donne¹⁸.

1.3. Mercato del lavoro e disoccupazione

Negli ultimi anni l'Italia ha aumentato le risorse destinate agli interventi di contrasto della disoccupazione – un fronte su cui il nostro Paese è sem-

¹⁷ Negli ultimi anni sono aumentati i tassi di occupazione femminile (nel 2021, circa di 10 punti percentuali rispetto al 2000) e il numero di famiglie "dual-earner" (in cui entrambi i componenti della coppia lavorano). Nonostante ciò, i dati Istat mostrano per il 2020 un tasso di occupazione femminile inferiore di oltre 20 punti percentuali rispetto a quello maschile: donne e uomini sono infatti occupati, rispettivamente, nel 52,7% e nel 72,6% dei casi. La presenza di figli incide negativamente sul tasso di occupazione femminile: le donne con almeno un figlio di età inferiore ai sei anni sono occupate nel 53,4% dei casi, quelle senza figli il 71,9% delle volte (Database Istat 2021).

¹⁸ I dettagli relativi ai dati menzionati sono disponibili al sito dell'Istituto Superiore di Sanità (<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>).

pre stato poco generoso – e ha riservato alle politiche del lavoro quote di spesa sociale superiori a quelle mediamente stanziare nei Paesi della UE. L'aumento della disoccupazione – soprattutto negli anni più duri della crisi economica – ha portato ad investire in misure di sostegno al reddito in caso di perdita del lavoro (ASpl, MiniASpl e NASpl)¹⁹ che hanno allargato la platea dei potenziali beneficiari e la generosità degli importi, riducendo le distanze del nostro sistema di politiche passive del lavoro rispetto a quello dei principali Stati membri (Vesan 2019). L'Italia, con poco più di un quarto del totale delle risorse pubbliche stanziare, resta invece lontana dalla media europea nell'ambito delle politiche attive.

Anche per questo i dati sul mercato del lavoro indicano una situazione peggiore rispetto al resto d'Europa che si è aggravata con l'emergenza sanitaria: il tasso di disoccupazione italiano, dopo un calo durato un quinquennio, nel 2021 è tornato a salire al 9,7%, mentre in Europa è sceso al 7,1%, portando a un incremento del differenziale di 0,5 punti rispetto alla media UE27 (Database Eurostat). In questo quadro sono andate rafforzandosi le tre principali forme di segmentazione (generazionale, di genere e territoriale), da tempo ritenute tratti strutturali del mercato del lavoro italiano (cfr. Sacchi e Vesan 2015).

Il nostro mercato del lavoro continua, infatti, ad essere inadeguato ad accogliere le istanze dei più giovani: nel 2021 il tasso di disoccupazione degli under 25 era pari al 30,4%, contro una media UE27 del 17,3%, posizionando, per incidenza del fenomeno, l'Italia dopo la Grecia e la Spagna. Anche se rispetto al 2014 – quando toccò il 42,7% – il tasso di disoccupazione giovanile risulta in calo, il differenziale di 14 punti rispetto all'Europa resta molto elevato (Database Eurostat)²⁰. A conferma di queste difficoltà di accesso, si consideri che nel 2020 i *neet*, acronimo di “*not in employment, education or training*”, cioè i giovani che non studiano e non lavora-

¹⁹ Acronimi, rispettivamente, di Assicurazione Sociale per l'Impiego, Mini Assicurazione Sociale per l'Impiego e Nuova Assicurazione Sociale per l'Impiego.

²⁰ Differenziale con la media europea passato da 5 punti nel 2009 a 20,2 punti del 2014 (Database Eurostat).

no, erano il 25,1% della popolazione italiana tra i 15-34 anni: il valore più alto registrato tra tutti i Paesi dell'UE, in cui è in media il 15%²¹ (Database Eurostat).

Sul fronte del lavoro femminile, invece, a settembre 2021 il tasso di disoccupazione tra le donne risultava superiore a quello maschile di quasi 2 punti percentuali (10,5% vs 8,1%), confermando un gap mantenutosi costante nel tempo, almeno dal 2011. Il divario di genere è inoltre evidente guardando al tasso di occupazione femminile, che nel 2020 era di circa 20 punti inferiore rispetto a quello maschile: 52,7% contro 72,6% (Database Istat). Nonostante questa distanza sia andata riducendosi (era pari a 22,1 punti percentuali nel 2009, come riportato da Razetti e Maino 2019), si è mantenuta pari quasi al doppio della media UE, dove – nel 2020 – il differenziale fra occupazione femminile e maschile era di circa 12 punti percentuali. Proprio sulle donne la pandemia ha infierito maggiormente sotto il profilo occupazionale. Rispetto agli uomini hanno infatti dovuto fare i conti con nuovi carichi di cura – *specialmente nei confronti dei figli minori*, nel momento in cui le scuole sono state chiuse – e per questo hanno maggiormente faticato a bilanciare vita personale e lavoro *nelle diverse fasi dell'emergenza. I carichi sono ricaduti principalmente sulle donne, da un lato, per le caratteristiche strutturali del mercato del lavoro italiano e, dall'altro, per le decisioni di policy assunte nel quadro della crisi pandemica (dalla scelta dei settori non essenziali ma prioritari alle decisioni nel campo della scuola). Ad aggravare la situazione è venuto meno, specialmente nella fase più acuta della pandemia, anche il supporto dei nonni, più vulnerabili al Covid-19 e quindi meno in grado di rendersi disponibili per la gestione dei nipoti. L'inesorabile conseguenza per molte donne è stata la riduzione delle ore di lavoro retribuito o in casi estremi – seppur non così eccezionali – la totale rinuncia all'occupazione. Un fenomeno preoccupante ma che non sorprende se si considerano le condizioni strutturali già presenti pre-Covid-19.*

Molti sono infatti gli ostacoli alla conciliazione, a partire dal sistema di

²¹ Un dato quello italiano che rivelerebbe inoltre notevoli disparità territoriali: nel 2020 i Neet residenti al Nord sono il 23,3%, il 19,9% al Centro e il 32,6% al Sud (Database I.Stat).

fruizione dei congedi di maternità, paternità e parentali all'insufficiente offerta di servizi all'infanzia e di assistenza alle persone non autosufficienti, dall'organizzazione del sistema scolastico – che non garantisce in tutte le scuole la copertura del “tempo pieno” – alla ancora troppo bassa possibilità di usufruire di orari flessibili per bilanciare tempi di lavoro e carichi di cura. Le famiglie, e nel caso specifico le donne, avendo a disposizione strumenti formali insufficienti, cercano allora di “destreggiarsi” tra i vari impegni lavorativi e le responsabilità familiari ricorrendo ad una serie di strumenti informali. Tra questi il principale è rappresentato dal ricorso a persone vicine al nucleo familiare che mettono a disposizione il loro tempo per soddisfare i bisogni di assistenza e cura. Una soluzione molto utilizzata soprattutto da chi ha figli piccoli fino ai 6 anni. Se si considerano i costi medi dei servizi per l'infanzia sia privati che pubblici (di cui tratteremo nel paragrafo seguente), il ricorso ai nonni, ai parenti o ad altre persone vicine alla famiglia rappresenta infatti una grande fonte di risparmio e, spesso, l'unica soluzione percorribile (Maino et al. 2021). Si osservi però che sono in diminuzione le famiglie che possono contare sull'aiuto dei nonni. Sempre più spesso accade che questi vivano lontano o che siano a loro volta bisognosi di cure e assistenza e, quindi, non in grado di badare ai nipoti – un fenomeno in aumento anche perché la nascita del primo figlio arriva ormai sempre più tardi, e dunque con nonni sempre più anziani.

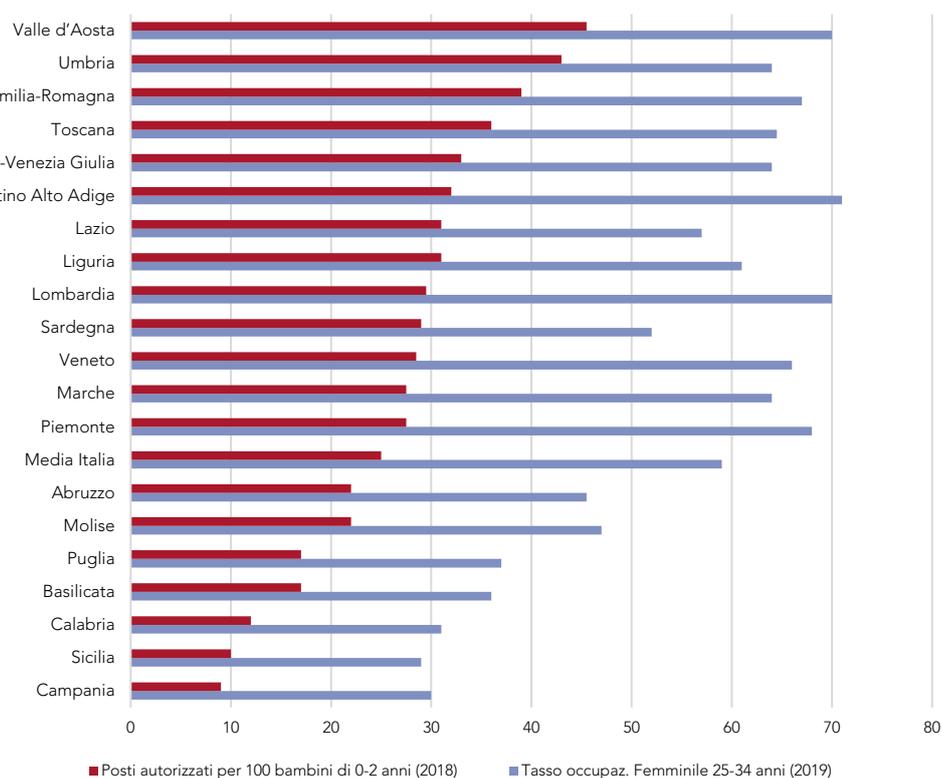
1.4. Famiglia e infanzia

La spesa per famiglia e infanzia assorbe il 3,9% della spesa pubblica sociale italiana ed è ben lontana dalla media UE a 27 nel medesimo ambito, pari all'8,6%.

Diversi sono gli indicatori utili per comprendere quanto una disponibilità (più) contenuta (rispetto all'investimento fatto da altri Paesi europei ma anche rispetto ad altri settori di intervento) di risorse pubbliche impatti sulla vita quotidiana delle famiglie italiane. I servizi per l'infanzia destinati ai bambini di età inferiore a 3 anni, ad esempio, nel 2019 coprivano meno di un quarto del potenziale bacino di utenza, garantendo dunque un'offerta

di posti disponibili negli asili nido inferiore alla soglia del 33% stabilita dall'Unione Europea²². Tali servizi sono cruciali per agevolare la conciliazione famiglia-lavoro e favorire una maggiore occupazione femminile. La disponibilità di servizi per la prima infanzia è infatti centrale per l'inclusione delle donne nel mercato del lavoro e questo emerge chiaramente guardando alla correlazione tra disponibilità dei servizi di presa in carico dei bambini più piccoli (numero di posti per la fascia 0-2 anni) e il tasso di occupazione femminile (cfr. Figura 1.3).

Figura 1.3. Tasso di occupazione femminile 25-34 anni (2019) e numero di posti in asilo nido per 100 bambini di 0-2 anni (anno 2018), valori %



Fonte: Openpolis (2021a).

²² È stato il D.Lgs. n. 65/2017 a recepire l'obiettivo del 33% di copertura e, insieme, a riconoscere agli asili nido una funzione pienamente educativa e non meramente assistenziale.

Un altro indicatore della marginalità delle politiche per la famiglia in Italia è la "distribuzione anagrafica" della povertà. Questa infatti decresce all'aumentare dell'età della persona di riferimento della famiglia stessa: tra il 2019 e il 2020, a conferma di un trend che nel nostro Paese è in atto ormai da un decennio, la povertà è aumentata tra chi ha tra i 35 e i 64 anni (da 7,2% a 9,2%), mentre si è mantenuta su valori inferiori alla media nazionale per gli over 65 (anche in questa fascia si registra comunque un aumento, dal 4,8% al 5,4%, ma molto meno marcato rispetto alle altre) (Istat 2021c). Un dato che conferma come il nostro sistema di protezione sociale sia sbilanciato verso la tutela dei rischi sociali connessi all'invecchiamento a danno di misure dedicate alle fasce più giovani della popolazione. Le famiglie composte da giovani in media dispongono di redditi più bassi, hanno minori capacità patrimoniali e pertanto hanno tendenzialmente una capacità di spesa inferiore, soprattutto se al loro interno ci sono figli minori.

Proprio i minorenni sembrano essere i più colpiti dalle conseguenze economiche della crisi pandemica. Nella fascia 0-17 anni la povertà assoluta nel 2020 si attesta al 13,5%, ben al di sopra della media nazionale pari al 9,4% e in aumento rispetto all'11,4% del 2019. In termini assoluti significa che 1 milione e 337 mila bambini e ragazzi con meno di 18 anni sono assolutamente poveri, incapaci cioè di accedere a beni e servizi essenziali per avere una vita dignitosa (Istat 2021c). Il fenomeno non è nuovo nel nostro Paese, ma fa impressione il livello di crescita seguito nell'ultimo decennio. Rispetto agli anni seguenti alla crisi economico-finanziaria del 2008, quando il livello di povertà dei minorenni era del 4,3%, il tasso di povertà assoluta è più che triplicato. Questa condizione di povertà materiale è intrecciata strettamente con i bassi livelli di scolarizzazione delle loro famiglie, che alimentano un circolo vizioso difficile da spezzare. In Italia, spiegano Openpolis (2021c, dati riferiti al 2019), tra i figli di genitori con la laurea, il 75% ha la probabilità di laurearsi a sua volta. Dato che scende al 48% tra chi ha alle spalle una famiglia dove il titolo di studio raggiunto è il diploma e al 12% se i genitori hanno la licenza me-

dia²³. La povertà materiale finisce per saldarsi alla povertà educativa²⁴ alimentando dinamiche che mettono a rischio la realizzazione economica e lavorativa di una parte della popolazione e, più in generale, la sostenibilità complessiva del welfare state.

Questa situazione è andata ulteriormente peggiorando a causa della pandemia. Oltre all'impatto economico già ricordato, che attualmente riguarda soprattutto le famiglie con minori a carico, occorre riflettere su come l'interruzione dei servizi educativi, la chiusura delle scuole e il ricorso alla didattica a distanza abbiano determinato un aumento della povertà educativa con ricadute anche nel lungo periodo. Secondo Rapporto di Save the Children "Salviamo il futuro adesso", il ricorso alla Dad ha favorito l'aumento della disuguaglianza sociale: il 42% di bambini e ragazzi vive in case sovraffollate e quindi prive di spazi adeguati allo studio; il 12,3% dei bambini fra 6 e 17 anni non dispone di un computer o di un tablet per collegarsi; il 57% di coloro che dispongono di *device* li deve comunque condividere con gli altri componenti della famiglia; solo il 30,2% dei ragazzi in Dad presenta competenze digitali alte, mentre due terzi hanno competenze basse o di base e il 3% non possiede nessuna competenza (Save the Children 2020).

1.5. Le molte facce della povertà

Nel 2019 le persone a "rischio povertà"²⁵ erano il 24,6% del totale dei residenti in Italia contro una media UE27 del 21,1%. Il fenomeno, cresciuto

²³ Desta dunque particolare preoccupazione, come evidenziato da Openpolis e Con i Bambini (2019), il processo di graduale disinvestimento pubblico sul fronte dell'educazione, cui l'Italia dedica il 3,9% del proprio Pil (dati Eurostat, anno 2016), a fronte di una media UE del 4,7%, e di valori superiori in Paesi come Francia (5,4%), Regno Unito (4,7%), Germania (4,2%).

²⁴ Le competenze in matematica, italiano e inglese risultano significativamente più basse fra i ragazzi provenienti dal quartile socio-economico e culturale più svantaggiato (cfr. i dati INVALSI riferiti al 2021).

²⁵ Calcolate da Eurostat come la percentuale di persone con un reddito disponibile equivalente (dopo i trasferimenti sociali) al di sotto della soglia del rischio, che è fissata al 60% del reddito disponibile equivalente nazionale mediano dopo i trasferimenti sociali.

fortemente nel decennio seguito alla crisi del 2009, è ulteriormente peggiorato per effetto della pandemia. Nel 2020, dopo il leggero miglioramento del 2019, la povertà assoluta è tornata ad aumentare prepotentemente raggiungendo il livello più elevato dal 2005, cioè da quando Istat compila le serie storiche su questo indicatore (Istat 2021c). Nell'anno della pandemia le famiglie in povertà assoluta sono oltre 2 milioni (con un'incidenza pari al 7,7%), per un totale di oltre 5,6 milioni di individui (9,4%), in significativo aumento rispetto al 2019 quando l'incidenza era pari, rispettivamente, al 6,4% e al 7,7%. *Inoltre, è parzialmente cambiata la distribuzione geografica della povertà.* Nel 2020 l'incidenza percentuale delle famiglie in povertà assoluta si conferma più alta al Sud, dove passa dall'8,6% al 9,4%, ma la crescita più ampia si registra nelle regioni settentrionali dove la povertà tra le famiglie sale al 7,6%, dal 5,8% del 2019. Tale dinamica fa sì che, se nel 2019 le famiglie povere del nostro Paese erano distribuite quasi in egual misura tra Nord (43,4%) e Mezzogiorno (42,2%), nel 2020 risultano prevalenti nel Nord, con il 47%, rispetto alle regioni meridionali dove si trova il 38,6% del totale.

Diversi dati ci dicono che a essere cresciuti sono soprattutto i cosiddetti "nuovi poveri", ovvero persone che si trovano per la prima volta in condizioni di indigenza a causa, in particolare, delle ripercussioni della pandemia sul mercato del lavoro. Secondo il 6° Rapporto sulle Politiche contro la povertà di Caritas Italiana (2021) la metà dei nuclei in povertà assoluta e di quelli beneficiari del Reddito di Cittadinanza (RdC) ha almeno un occupato al proprio interno a testimonianza del fatto che la "povertà lavorativa" è in forte crescita (Agostini e De Tommaso 2021). Sempre Caritas (2020) spiegava che, al principio della pandemia, *"tra gli assistiti nel periodo marzo-maggio hanno prevalso i disoccupati (il dato è segnalato dal 92,3% delle Caritas), le persone con impiego irregolare fermo a causa delle restrizioni imposte dal lockdown (indicato sempre dal 92,3%), i lavoratori dipendenti in attesa della cassa integrazione ordinaria o in deroga (87,6%) e i lavoratori precari o intermittenti che, al momento della presa in carico, non godevano di ammortizzatori sociali (81,7%)"*. Affiora in modo netto da Nord a

Sud la presenza di un'Italia dall'economia nera e grigia, sfiorata solo tangenzialmente, in particolare nei primi mesi dell'emergenza, dalle misure di tutela introdotte dal Governo, lasciando intravedere l'ipotesi di una nuova fase di "normalizzazione" della povertà, come accaduto dopo il 2008 (De Lauso e De Capite 2020). Lo confermano le informazioni raccolte presso i Centri di Ascolto (CdA) nel periodo 15 maggio-15 settembre 2020 e confrontate con quelle registrate nel medesimo intervallo temporale del 2019: i nuovi poveri rappresentano quasi la metà degli assistiti (il 45% a fronte del 31% nell'Italia pre-Covid). Rispetto ai profili socio-anagrafici, i dati dei CdA testimoniano un incremento dell'incidenza delle donne, che anche in questo caso si confermano più fragili e svantaggiate sul piano occupazionale e spesso portavoci dei bisogni dell'intero nucleo familiare. Aumenta in modo molto evidente il peso degli italiani così come l'incidenza dei giovani tra i 18 e i 34 anni e, inoltre, si registra una crescita delle famiglie con figli minori. Di contro, diminuisce il peso della grave marginalità, la percentuale di persone senza dimora, di stranieri (magari di passaggio) e delle persone sole (Caritas 2020).

Il Banco Alimentare ha segnalato di aver assistito, tra l'inizio della pandemia e la fine di giugno 2020, 2,1 milioni di persone contro gli 1,5 milioni prima del Covid-19 (un incremento di quasi il 40% del numero di assistiti, di cui il 34% proprio "nuovi poveri"). Il 77% delle famiglie già fragili ha visto cambiare la propria disponibilità economica e il 63,9% ha ridotto l'acquisto di beni alimentari (ActionAid 2021a; 2021b).

Si tratta di dati che fotografano una povertà le cui caratteristiche sono cambiate e sono tuttora in evoluzione, e rispetto alle quali sono necessari strumenti nuovi e velocemente adattabili a un contesto in costante cambiamento. In un quadro complessivamente molto critico, appare tuttavia importante evidenziare come rispetto al 2019, quando era pari al 11,4%, l'incidenza della povertà relativa familiare²⁶ nel 2020 segni un calo genera-

²⁶ È, stando alla definizione fornita da Istat, da considerarsi relativamente povera una famiglia di due componenti che presenta una spesa per consumi inferiore o uguale alla spesa media per consumi pro-capite. Inoltre, per definire le soglie di povertà relativa per famiglie di diversa

lizzato al 10,1%. Anche a livello individuale si registra una riduzione dell'incidenza: la media nazionale passa infatti dal 14,7% del 2019 al 13,5% del 2020, con un miglioramento in particolare nel Mezzogiorno (dal 25,8% al 22,6% del 2020). La variazione dell'incidenza della povertà relativa (-1,3 punti percentuali rispetto al 2019) è frutto, oltre che di un calo della spesa per consumi (Istat 2021c), anche delle misure messe in campo a sostegno dei cittadini – dal Reddito di Cittadinanza al Reddito di Emergenza e all'estensione della Cassa integrazione guadagni – che hanno consentito alle famiglie in difficoltà economica – sia quelle scivolte sotto la soglia di povertà nel 2020, sia quelle che erano già povere – di mantenere una spesa per consumi non molto distante dalla soglia di povertà. In particolare, sempre secondo il 6° Rapporto di Caritas, il Reddito di Cittadinanza, a cui sono stati destinati nel 2020 oltre 8 miliardi di euro, ha protetto una rilevante fascia della popolazione dalle conseguenze economiche della pandemia (nel corso del 2020 l'aumento di nuclei percettori della misura è stato pari al 43%) permettendo al 57% dei nuclei che lo ricevono, soprattutto famiglie composte da una o due persone, di superare la soglia di povertà. Tuttavia, il Rapporto spiega anche che solo il 44% dei nuclei poveri fruisce della misura. In altre parole, in Italia il 56% degli aventi diritto non accede al RdC: si tratta perlopiù di famiglie residenti al Nord, in cui sono presenti minori, hanno un patrimonio mobiliare (risparmi) superiore alla soglia consentita e un richiedente straniero²⁷ (Caritas 2021). Al contempo, invece, il 36% delle famiglie che ricevono il RdC non sarebbero effettivamente povere.

Un altro fattore che influenza significativamente l'incidenza della povertà è il titolo di godimento dell'abitazione in cui si vive. Secondo i dati Istat (2021c) il 43,1% di tutte le famiglie povere (866.000 famiglie) sono in affitto, a fronte di una quota pari al 18,3% sul totale delle famiglie residenti.

ampiezza, Istat utilizza coefficienti correttivi che considerano i differenti bisogni così come le economie e diseconomie di scala delle famiglie.

²⁷ Si specifica inoltre come, a causa dei limiti imposti dalla normativa (che richiede tra i criteri di eleggibilità 10 anni di residenza in Italia), attualmente siano escluse dalla possibilità di richiedere il RdC 4 famiglie straniere su 10 (Caritas 2021).

1.6. Politiche abitative

L'ultimo dato riportato nel paragrafo precedente ci permette di rivolgere l'attenzione anche alla sostanziale assenza di politiche abitative in Italia e alle conseguenze che da essa derivano. Definite "il pilastro traballante del welfare state" (Ranci e Pavolini 2015), le politiche per la casa occupano infatti uno spazio marginale nel nostro sistema di politiche sociali (Lodi Rizzini 2021a, 2021b; Maino et al. 2021). L'edilizia residenziale pubblica si attesta nel nostro Paese al 3,8%, una percentuale molto bassa in confronto, ad esempio, al 16% in Francia ma ben lontana anche dal 6% della media europea (Housing Europe 2021). Sono oggi circa 700.000 gli alloggi pubblici presenti in Italia, mentre sono 650.000 le richieste, già approvate, nelle liste di attesa municipali, il che significa che il numero degli iscritti alle liste è quasi pari al numero di alloggi esistenti, che in gran parte sono ovviamente già occupati (Housing Europe 2019). Il tasso di deprivazione abitativa²⁸ si mantiene nel 2019 sul 5%, contro una media UE del 4% (Eurostat 2021). Le stime pre-Covid riportano in 50.000 le sentenze di sfratto, con un aumento del 57% in 10 anni (dal 2006 al 2016), di cui la quota di quelli per morosità incolpevole è passata dal 75% all'89% (Forum Diseguaglianze Diversità 2021). Il "blocco degli sfratti" (ripetutamente confermato nel biennio pandemico) ha momentaneamente tenuto il problema sotto controllo, ma è ragionevole prevedere che quando sarà completamente revocato "la questione casa" si imporrà prepotentemente nelle agende politiche. Inoltre, il *lockdown* ha reso più che mai evidenti i numerosi problemi che caratterizzano molte abitazioni odierne: insalubri; troppo piccole per consentire, ad esempio, ai bambini di frequentare le lezioni e contemporaneamente ai genitori di lavorare in *smart working*; senza spazio all'aperto; sovraffollate o abusive. In tanti casi proprio gli alloggi sono divenuti luogo di contagio a causa dell'impossibilità di rispettare forme precauzionali di distanziamento.

²⁸ La grave deprivazione abitativa è definita come la percentuale di popolazione che vive in abitazioni considerate sovraffollate, presentando anche almeno uno dei problemi seguenti di deprivazione abitativa: 1) penetrazione di acqua dal tetto; 2) assenza di bagno, doccia o servizi igienici interni; 3) un'abitazione in cui la luce è insufficiente.

Questo ancora di più per gli anziani: molti di quelli che vivevano in casa propria hanno dovuto affrontare la solitudine, la difficoltà a reperire cibo e beni essenziali, ma anche nel ricevere cure e assistenza. Quelli nelle Residenze Sanitarie per Anziani (RSA) invece, se non si sono ritrovati al centro di focolai potenzialmente mortali, sono rimasti isolati per mesi.

Discutendo di abitare e invecchiamento, sono due in particolare le sfide su cui ci si dovrà concentrare superata l'epidemia (Maino et al. 2021). La prima riguarda i rapporti sociali e il sentimento di solitudine che spesso accompagna la vecchiaia. Su questo fronte si può investire in soluzioni abitative che favoriscono l'incontro e le relazioni, guardando ai *cohousing* o ai progetti di "home-sharing". Una strada percorribile considerando che più di un quarto degli italiani over 65 vive in un alloggio più grande di quanto necessario – con impatto negativo sul rischio di povertà energetica e sulla salute – e che il 70-80% delle case in Europa non è adeguato a favorire tra gli anziani una vita indipendente (Housing Europe 2020). Soluzioni abitative condivise, però, non sono semplici da far accettare agli anziani che, come sappiamo, tanto più passa il tempo, tanto più sono radicati alla propria casa, che non è solo lo spazio fisico in cui abitano ma anche luogo di memorie, di appartenenza e identità. Da qui la seconda sfida: una riforma dei servizi di cura domiciliare per favorire l'*ageing in place*, consentendo almeno agli anziani che lo desiderano di rimanere il più possibile a casa propria. Il tutto attraverso un approccio che integri casa e servizi di cure multidimensionale, a partire dal presupposto che l'autonomia non dipende solo dalle condizioni personali di salute fisica e mentale, ma anche dall'ambiente circostante (Lodi Rizzini 2020a e 2020b).

1.7. Migranti e accoglienza

Dalla metà degli anni Duemila sono cresciute anche le sfide connesse all'accoglienza e all'integrazione dei migranti (come approfondito nel Capitolo 11), trovando sempre più spazio nel dibattito pubblico e nell'agenda di *policy*, complice la crisi economica globale e le sempre più frequenti cri-

si umanitarie che hanno acuito le difficoltà materiali di fasce sempre più ampie di persone che hanno cercato di entrare nel nostro Paese.

Nel 2020 le persone accolte nelle varie strutture adibite all'accoglienza – *hotspot* (punti di crisi), Centri di Accoglienza (CdA), Centri di Accoglienza e per Richiedenti Asilo (CARA), Centri di Primo Soccorso e Accoglienza, Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), Sistemi di Accoglienza e Integrazione (SAI) (ex SPRAR/SIPROIMI)²⁹ e altre strutture temporanee – sono state quasi 80.000. Si tratta di un dato in forte calo rispetto agli anni precedenti – si pensi che nel 2017 erano state oltre 180.000 (Openpolis 2021b) – ma non per questo il tema ha richiesto e richiede minore attenzione, innanzitutto per ragioni di natura organizzativa e gestionale. Negli anni la maggioranza dei richiedenti asilo (oltre il 70%) è andata concentrandosi nei CAS – i Centri di accoglienza straordinaria gestiti dalle Prefetture dove gli stranieri ricevono servizi di base – che avrebbero dovuto rappresentare una misura temporanea (Openpolis e ActionAid 2018). La quota di richiedenti asilo accolti nei CAS è andata invece crescendo anno dopo anno in linea con l'aumento delle presenze di stranieri e di un mancato incremento dei posti disponibili nelle strutture del Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI), quello che avrebbe dovuto diventare il canale ordinario di accoglienza³⁰.

L'inefficacia delle politiche di accoglienza rivolte a chi arriva in Italia sono evidenti anche sotto il profilo della ridotta capacità di integrazione, come dimostrano i dati sulle condizioni di vita in cui si trovano le persone straniere presenti in Italia e, in particolare, sulle ampie differenze di trattamento ri-

²⁹ Il passaggio dal sistema SPRAR/SIPROIMI a quello SAI è stato previsto dal D.L. n. 130/2020. L'art. 4 che introduce il modello SAI, che intende riavvicinarsi al modello SPRAR, prevede due livelli differenziati di erogazione dei servizi: il primo è rivolto ai richiedenti asilo cui sono destinate "prestazioni di accoglienza materiale, l'assistenza sanitaria, l'assistenza sociale e psicologica, la mediazione linguistico-culturale, la somministrazione di corsi di lingua italiana e i servizi di orientamento legale e al territorio"; il secondo livello, destinato ai titolari di protezione internazionale e finalizzato all'integrazione, prevede, oltre ai servizi forniti dal primo livello, l'orientamento al lavoro e la formazione professionale.

³⁰ Il cui ruolo è stato circoscritto dal primo c.d. Decreto Sicurezza (D.L. n. 113/2018), poi parzialmente rivisto con il D.L. n. 130/2020 che ha incluso i titolari di protezione internazionale e reintrodotto i richiedenti asilo, lasciando però fuori i titolari di permesso umanitario (che costituivano una ampia quota).

spetto ai cittadini italiani. Come evidenziano Frattini e Campa (2020) l'Italia (con la Grecia), entrambe tra i principali Paesi di accoglienza, è quella in cui gli immigrati incontrano il più alto differenziale (circa 7,8%) rispetto ai nativi nella probabilità di trovarsi nel primo decile della distribuzione del reddito e, simmetricamente, di non trovarsi in quello più alto (circa l'8,9%).

Ciò è dovuto in larga parte al fatto che l'occupazione degli stranieri tende a concentrarsi in mansioni poco remunerate, il che influenza anche la loro capacità reddituale. In questo senso, non stupisce che le persone straniere in povertà assoluta siano oltre 1,5 milioni: il 29,3% di tutti gli stranieri residenti contro il 7,5% dei residenti italiani. In generale le famiglie in povertà assoluta sono nel 71,7% dei casi composte da soli italiani mentre per il restante 28,3% da stranieri, ma nel complesso le famiglie di stranieri sono solo l'8,6% del totale (Istat 2021c). Tale condizione è riconducibile anche al fatto che gran parte degli stranieri sono esclusi dalle misure di contrasto alla povertà: come ricordato sopra, 4 famiglie straniere su 10 non hanno i requisiti per richiedere il Reddito di Cittadinanza³¹. Al contempo, spesso molti, essendo con maggiore frequenza impiegati "in nero", non beneficiano delle misure di sostegno alla disoccupazione che rappresentano, per molti italiani, una misura fondamentale per non scivolare in condizioni di povertà.

Un quadro, quello qui tratteggiato, che sottolinea la necessità, oltre che l'urgenza, di definire misure di inclusione sociale rivolte a persone e famiglie straniere. Come messo in luce da De Gregorio (2019) risulta sempre più urgente, in controtendenza con l'impostazione di *policy* adottata negli ultimi anni in chiave essenzialmente securitaria, la messa a punto di vere e proprie "filieri dell'accoglienza" che adottino modelli di *governance* capaci di coinvolgere i territori e i loro stakeholder, di promuovere l'accoglienza diffusa, di costituire reti allargate alla società civile, di favorire il coordinamento tra pubblico e privato anziché il mero ricorso a modalità di *outsourcing* dei servizi.

³¹ Per beneficiare del RdC agli stranieri sono richiesti dieci anni di residenza e una documentazione estremamente complicata da reperire.

1.8. Riflessioni conclusive

I dati fin qui presentati raccontano di un welfare state che si trova in balia delle proprie distorsioni strutturali, che ora appaiono esacerbate dalla pandemia.

La spesa sociale pubblica, come detto, risulta fortemente sbilanciata verso i rischi legati alla vecchiaia ma ciononostante non sembra sufficiente per sostenere i nuovi bisogni degli anziani fragili, in particolare se soli e in condizioni di non autosufficienza. Al contempo, gli ambiti in cui si stanno verificando i maggiori cambiamenti – come povertà, lavoro, conciliazione casa e accoglienza – e su cui sarebbero necessari investimenti e strumenti flessibili, efficaci e di qualità per invertire trend sempre più negativi continuano a essere non adeguatamente finanziati. Non è un caso che in Italia oggi il rischio povertà sia più elevato per i nuclei familiari (mono-parentali e non) con figli minori, per i giovani, gli stranieri e le persone che vivono in abitazioni in affitto. O che le donne, specialmente le madri, siano state le più colpite dalle conseguenze economiche e occupazionali della crisi pandemica. E che ci siano (nuove) fasce di popolazione a rischio di essere avviate in una spirale che trascina verso il basso intrappolando in una condizione di deprivazione e povertà severa (Ferrigni 2021; Maino, Agostini e De Tommaso 2021).

Gli ultimi anni sono stati caratterizzati da diversi tentativi di riforma del welfare, alcuni portati a termine come per l'introduzione di una misura di reddito minimo su scala nazionale (il Reddito di Cittadinanza) e, nel 2021, per l'approvazione dell'Assegno Unico Universale per i Figli. Altri invece, come nel caso dell'assistenza continuativa agli anziani per affrontare il nodo della non autosufficienza associata all'invecchiamento, non hanno raggiunto risultati significativi.

La pandemia può tuttavia rappresentare un punto di rottura e aprire le porte a cambiamenti profondi nel welfare state. La straordinarietà della fase storica che stiamo vivendo, con i suoi enormi mutamenti sociali ma anche con la disponibilità di ingenti risorse finanziarie – da quelle stanziare per affrontare la fase emergenziale a quelle messe a disposizione dal Next

Generation EU per il periodo 2021-2026 – potrebbe costituire un’occasione per rinnovare finalmente il nostro sistema sociale, adeguandolo ai rischi e bisogni del presente e del futuro.

Un adeguamento che dovrebbe avvenire anzitutto su impulso del livello di Governo centrale ma che – come argomentato nei capitoli di questo Volume – sembra essere già in corso grazie ai livelli sub-nazionali di governo e ad attori non pubblici che concorrono allo sviluppo del secondo welfare. Il Capitolo 2 si interroga proprio su come la pandemia possa rappresentare una opportunità per ripensare e riformare radicalmente il welfare italiano attraverso una diversa articolazione dei rapporti tra centro e periferia e tra attori pubblici e attori non pubblici, contribuendo a consolidare quei processi che da tempo hanno iniziato a mettere in discussione la rappresentazione del welfare come un diamante (Maino 2015; Jenson 2015; Ferrera 2019) le cui punte operano in modo separato e subordinato rispetto al ruolo dello Stato. Si tratta di comprendere se l’avvicinamento e la sovrapposizione delle arene pubblica, del mercato, delle organizzazioni intermedie e della famiglia possono continuare a generare incastri virtuosi e logiche sinergiche in grado di fornire risposte ai bisogni emergenti integrate tra loro e di forte impatto sociale.

Riferimenti bibliografici

ActionAid (2021a), *La fame non raccontata*, Roma.

ActionAid (2021b), *La pandemia che affama l'Italia. Covid-19, povertà alimentare e diritto al cibo*, Roma.

Agostini C. e De Tommaso C.V. (2021), *I working poor*, in F. Longo e F. Maino (a cura di), *Platform welfare. Nuove logiche per innovare i servizi locali*, Egea, Milano, pp. 135-163.

Aiop/Ermeneia (2021), *Ospedali&Salute. Diciottesimo Rapporto annuale 2020*, Milano, FrancoAngeli.

- Banco Farmaceutico (2021), *Donare per curare, Rapporto povertà sanitaria e donazione farmaci*, Roma.
- Caritas Italiana (2020), *Gli anticorpi della solidarietà*, Report 2020 su povertà ed esclusione sociale in Italia. <https://www.caritas.it>
- Caritas Italiana (2021), *Lotta alla povertà: imparare dall'esperienza, migliorare le risposte. Un monitoraggio plurale del Reddito di Cittadinanza*, Roma.
- Cittadinanzattiva (2020), *Isolati ma non soli: la risposta alla pandemia nel racconto delle associazioni, XVIII Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità*, Roma.
- Lodi Rizzini C. (2021a), *Condividere e collaborare per cambiare l'abitare*, Rivista Solidea, 3/2021.
- Lodi Rizzini C. (2021b), *L'abitare collettivo, una nuova strada per l'housing sociale*, Rivista SRM, 1/2021.
- Da Roit B. e Ranci C. (2021), *Cura degli anziani, la riforma inizia dal PNRR*, www.lavoceinfo.it, 29 aprile 2021.
- De Gregorio O. (2019), [Accoglienza dei migranti: quali effetti avrà la Legge di Bilancio?](http://www.secondowelfare.it), www.secondowelfare.it, 10 gennaio 2019.
- De Lauso F. e De Capite N. (2020), *Gli anticorpi della solidarietà*, Rapporto 2020 su povertà ed esclusione sociale in Italia, Caritas Italiana, Roma.
- Del Vecchio M., Fenech L., Preti L.M. e Rappini V. (2020), *I consumi privati in sanità*, in Cergas-Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2020*, Egea, Milano, pp. 237-289.
- DOMINA, Osservatorio Nazionale (2021), *Secondo Rapporto annuale sul lavoro domestico 2020*, Roma.
- Ferrera M. (2008), *Il fattore D. Perché il lavoro delle donne farà crescere l'Italia*, Mondadori, Milano.
- Ferrera M. (2019), *Le politiche sociali*, Bologna, il Mulino.
- Ferrigni N. (2021), *Le nuove povertà nel territorio di Roma Capitale*, Roma, Aracne.
- Forum Diseguaglianze Diversità (2021), *Una casa dignitosa, sicura e socievole per tutti*, 14 febbraio 2021.
- Fosti G. e Notarnicola E. (2019) (a cura di), *Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali. 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Milano, Egea.
- Fosti G., Notarnicola E. e Perobelli E. (2021) (a cura di), *Le prospettive per il settore socio-sanitario oltre la pandemia, 3° Rapporto Osservatorio Long Term Care*, Milano, Egea.

- Frattini T. e Campa P. (2020), *4th^d Migration Observatory Report. "Immigrant Integration in Europe"*, Collegio Carlo Alberto e Centro Studi Luca d'Agliano.
- Housing Europe (2019), *The State of Housing in the EU 2019*.
- Housing Europe (2020), *The State of Housing in the EU 2020*.
- Housing Europe (2021), *The State of Housing in the EU 2021*.
- Jenson J. (2015), *Social Innovation: Redesigning the Welfare Diamond*, in A. Nicholls, J. Simon e M. Gabriel (a cura di), *New Frontiers in Social Innovation Research*, Palgrave Macmillan, pp. 89-106.
- IRPET (2020), *Note sugli effetti economici del Covid-19*, Nota 16/2020.
- Istat (2019), *Rapporto Bes 2019. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma.
- Istat (2020a), *Asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia. Anno scolastico 2018/2019*, Roma.
- Istat (2020b), *Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria*, Roma.
- Istat (2021a), *Bes 2020. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma.
- Istat (2021b), *La condizione di salute della popolazione anziana in Italia, Anno 2019*, Roma.
- Istat (2021c), *La povertà in Italia. Anno 2020*, Roma.
- Lewis J. (2001), *The Decline of the Malebreadwinner Model: Implications for Work and Care*, in "International Studies in Gender, State & Society", Vol. 8, pp. 152-169.
- Lodi Rizzini C. (2020a), [Invecchiare a casa: cosa sta cambiando con il Covid, www.secondowelfare.it](http://www.secondowelfare.it), 8 settembre 2020.
- Lodi Rizzini C. (2020b), [Cohousing e sanità, il benessere del nostro futuro passa da qui](http://www.corriere.it), Corriere Buone Notizie, 8 dicembre 2020.
- Maino F. (2013), *Tra nuovi bisogni e vincoli di bilancio: protagonisti, risorse e innovazione sociale*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Primo Rapporto sul secondo welfare 2013*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi, pp. 17-46.
- Maino F. (2015), [Secondo Welfare e territorio: risorse, prestazioni, attori, reti](http://www.secondowelfare.it), in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Rapporto sul secondo welfare in Italia*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi.
- Maino F., Agostini C. e De Tommaso C.V. (2021), [Contrastare le povertà](http://www.contrastarelepoverta.it), Studi sui nuovi scenari per le politiche regionali promossi dal Comitato Paritetico di Controllo e Valutazione, Consiglio Regionale della Lombardia, luglio 2021.
- Maino F. e De Tommaso C.V. (2021), *Gli anziani fragili*, in F. Longo e F. Maino (a cura di), *Platform welfare. Nuove Logiche per innovare i servizi locali*, Milano, Egea, pp. 165-190.

- Maino F. e Ferrera M. (a cura di) (2017), *Terzo Rapporto sul secondo welfare 2017*, Torino, Centro di Ricerca e Documentazione Luigi Einaudi.
- Maino F., Lodi Rizzini C. e Razetti F. (2021), *Problemi emergenti e sistemi di welfare: partire dai dati*, in F. Longo e F. Maino (a cura di), *Platform welfare. Nuove Logiche per innovare i servizi locali*, Milano, Egea, pp. 25-53.
- MEF (2020), *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 21, Roma.
- Naldini M. e Saraceno C. (2001), *Sociologia della famiglia*, Bologna, il Mulino.
- NNA – Network Non Autosufficienza (anni vari), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore.
- OECD (2020), *Accessibilità dei servizi di assistenza a lungo termine tra gli anziani nell'area OCSE e UE*, www.oecd.org/health
- Openpolis (2021a), *Asili nido in Italia*, 27 aprile 2021.
- Openpolis (2021b), *Che cosa sono i Cas, lo Sprar e gli Hotspot*, 13 settembre 2021.
- Openpolis (2021c), *In Italia il titolo di studio dei figli dipende troppo spesso da quello dei genitori*, 16 marzo 2021.
- Openpolis e ActionAid (2018), *Centri d'Italia. Bandi, gestori e costi dell'accoglienza di richiedenti asilo e rifugiati*, Roma.
- Openpolis e Con i Bambini (2019), *Scuole e asili per ricucire il Paese*, Roma.
- Pasquinelli S. e Pozzoli F. (2021), *Badanti dopo la pandemia*, Quaderno WP3 del progetto "Time to care", Milano.
- Pavolini E. e Ascoli U. (2019), *The Dark Side of the Moon: il ruolo del sistema fiscale nel sistema di protezione sociale italiano*, in "Politiche Sociali", n. 1, pp. 23-46.
- Ranci C. e Pavolini E. (2015), *Le politiche di welfare*, Bologna, Il Mulino.
- Razetti F. e Maino F. (2019), *Attori e risorse, tra primo e secondo welfare*, in F. Maino e M. Ferrera (a cura di), *Nuove alleanze per un welfare che cambia. Quarto Rapporto sul secondo welfare in Italia 2019*, Torino, Giappichelli, pp. 49-88.
- Sacchi S. e Vesan P. (2015), *Employment policy: Segmentation, Deregulation and Reforms in the Italian Labour Market*, in U. Ascoli e E. Pavolini (a cura di), *Handbook of Italian Social Policies*, Bristol, Policy Press, pp. 71-99.
- Save the Children (2020), *L'impatto del Coronavirus sulla povertà educativa*, Roma.
- Vesan P. (2019), *La politica del lavoro*, in M. Ferrera (a cura di), *Le politiche sociali*, Terza Edizione, Bologna, Il Mulino, pp. 133-201.

