



European  
Social  
Charter

Charte  
Sociale  
Européenne



COUNCIL OF EUROPE  
CONSEIL DE L'EUROPE

05/02/2013

RAP/RCha/IT/12(2013)

## **EUROPEAN SOCIAL CHARTER**

12<sup>th</sup> National Report on the implementation of  
the European Social Charter

submitted by

**THE GOVERNMENT OF ITALY**

(Articles 3, 11, 12, 13, 14, 23 and  
30 for the period 01/01/2008 –  
31/12/2011)

---

Report registered by the Secretariat between 6 December  
2012 to 5 February 2013

**CYCLE 2013**

## **ARTICLE 3**

**Droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail**

§. 1 À la suite de la réforme qui est intervenue en 2008, la législation générale en matière de santé et de sécurité dans les lieux de travail, comme on l'a déjà indiqué dans le rapport précédent, est représentée par le décret législatif n° 81 du 9 avril 2008 (**“Texte Unique” de santé et de sécurité dans le travail**), tel que modifié et intégré par le décret législatif n° 106 du 3 août 2009 et ci-après dénommé le Décret législatif n° 81/2008.

Concernant la conclusion qui a été formulée par le Comité sur le manque d'une politique nationale appropriée sur la santé et la sécurité dans le travail, en plus de renvoyer à ce qui est rapporté dans la réponse qui a été fournie au cas de non-conformité, inhérente à ce paragraphe et envoyée par écrit en 2010, on rapporte ci-après les informations d'une importance particulière qui concernent l'élaboration d'un plan de stratégie nationale en la matière.

La Commission consultative permanente pour la santé et la sécurité dans le travail, prévue par l'article 6 du décret législatif n° 81/2008 (ci-après dénommée la Commission Consultative), a été reconstituée auprès du Ministère du Travail et des Politiques Sociales – avec l'Arrêté ministériel du 3 décembre 2008 – et installée le 17 mars 2009. Elle est composée de manière paritaire et tripartite par des représentants des Administration publiques centrales compétentes en la matière, des Régions, des syndicats et des organisations des employeurs et se réunit en principe une fois par mois

Cette Commission a élaboré, dans l'année en cours, une stratégie/politique nationale pour la santé et la sécurité dans le travail, qui, il faut le souligner, est encore en cours de définition, dans l'attente qu'elle soit partagée par tous les sujets et les organismes impliqués et en pleine cohérence avec la stratégie européenne en matière de protection de la santé et de la sécurité dans le milieu de travail.

On considère que cette stratégie pourra être planifiée périodiquement, pour l'avenir, selon une procédure qui voie comme sujet proposant le comité pour l'orientation et l'évaluation des politiques actives en matière de santé et de sécurité au travail (cité ci-après) et qui opère par rapport à un espace de temps prédéterminé (que l'on considère reconnaître dans une période de trois ans), de manière à ce que, dans cet intervalle de temps, elle exerce un rôle d'orientation et de coordination des initiatives de promotion en matière de prévention des accidents et des maladies professionnelles.

Le révision des règles sur la santé et la sécurité dans les lieux de travail publics et privés qui a été réalisée par la récente réforme, a confirmé comme l'Italie peut compter au nombre des pays qui possèdent une Législation complète et moderne en matière de prévention des accidents et des maladies professionnelles, tout à fait cohérente avec les niveaux de protection qui sont reconnus par les Conventions de l'Organisation Internationale du Travail et, naturellement, par les Directives de l'Union européenne en la matière, qui ont toutes été introduites ponctuellement par l'Italie au cours des années.

En ce qui concerne particulièrement la conception et la réalisation d'initiatives de prévention au niveau national et sur le territoire, le système institutionnel qui est délinéé par le “texte unique” de santé et de sécurité dans le travail réalise une *gouvernance* sur une base tripartite des activités en matière de santé et de sécurité dans le travail qui permet aux administrations publiques (Régions et Ministères, avec l'aide de l'INAIL- Institut National pour l'Assurance contre les Accidents du Travail) de définir et de partager avec les parties sociales des orientations d'activités et de surveillance, uniformes sur tout le territoire national, en renforçant l'action de coordination des activités de prévention des accidents et des maladies professionnelles. L'objectif est, avant tout,

celui de rendre plus efficace l'action publique pour l'amélioration des niveaux de protection des travailleurs, en assurant le soutien public à la promotion de la santé et de la sécurité dans le travail.

Dans ce contexte, l'action des sujets publics institutionnels, aux différents niveaux d'intervention, ne doit donc plus être évaluée uniquement dans une perspective simplement de sanction et répressive, mais plutôt comme un instrument pour la construction d'une connaissance et d'une culture moderne de la prévention et de la sécurité, qui est partagée au sein des milieux de travail dans l'intérêt commun des travailleurs et des entreprises.

Le "texte unique" a prévu ainsi l'institution du *Comité pour l'orientation et l'évaluation des politiques actives et pour la coordination nationale des activités de surveillance* (article 5 du Texte Unique), dans lequel les administrations publiques, centrales et régionales, définissent les lignes générales de leurs politiques de prévention et de surveillance respectives.

Cet organisme, qui siège auprès du Ministère de la Santé, a été constitué en 2009 et s'est réuni avec continuité depuis 2010, en discutant des sujets très importants (campagnes d'information, de surveillance, priorité des interventions de surveillance, etc.) et en élaborant, enfin, un "acte d'orientation" spécifique pour les politiques actives en matière de protection de la santé et de la sécurité dans le travail, au travers duquel identifier les priorités de l'État et des Régions pour assurer une unité d'intentions entre les sujets publics et une uniformité d'orientations sur le territoire national.

L'article 6 du Décret législatif n° 81/2008 déligne les tâches et les fonctions de la *Commission consultative permanente pour la santé et la sécurité dans le travail* (citée ci-dessus), qui est composée de manière tripartite par des représentants de l'État, des Régions et des parties sociales (pour un total de 40 membres, dont 10 représentants des Ministères, 10 représentants des Régions, 10 représentants des associations des employeurs et 10 des syndicats). La Commission est le siège dans lequel les Ministères et les structures centrales compétentes en matière de santé et de sécurité dans le travail (l'INAIL en premier lieu) sont appelées à se confronter avec des représentants des employeurs et des syndicats sur tous les thèmes les plus importants en matière de santé et de sécurité, dans le respect des orientations qui sont définies par la Commission pour l'orientation et l'évaluation des politiques actives.

Les actions publiques en matière de surveillance, dans le cadre des décisions qui sont assumées à travers des organismes qui sont visés aux articles 5 et 6 du "texte unique" de santé et de sécurité dans le travail, sont réalisées à leur tour au niveau territorial à travers des comités régionaux (disciplinés par l'article 7 du décret législatif n° 81/2008), dans lesquels les organes de surveillance planifient les activités d'inspection sur le territoire en se confrontant avec les parties sociales.

Au niveau décentralisé, la coordination des activités de surveillance et de prévention est confiée de façon prioritaire aux Régions et aux Provinces Autonomes de Trente et Bolzano qui, à travers des Comités de coordination régionaux et, en liaison avec lesdits organismes centraux, doivent garantir la programmation et l'uniformité nécessaires des interventions sur le territoire moyennant la coopération et la coordination de tous les sujets institutionnels compétents, des collectivités locales et des parties sociales.

On a institué d'autre part une Commission "*pour les interpellations*"<sup>1</sup>, prévue par l'article 12 du décret législatif n° 81/2008, dans laquelle l'État et les Régions s'expriment sur des questions d'ordre

---

<sup>1</sup> Le droit d'interpellation (art. 9, du Décret législatif n° 124/2004, tel que modifié par le Décret-loi n° 262/2006) consiste dans la faculté de la part d'organismes associatifs d'importance nationale des collectivités territoriales, des organismes publics nationaux, ainsi que des organisations syndicales et des employeurs qui sont les plus représentatives sur le plan national et des conseils nationaux des ordres professionnels, d'adresser à la Direction Générale pour

général à propos de l'interprétation des dispositions en matière de santé et de sécurité, avec des avis qui orientent les organes de surveillance sur tout le territoire national, pour assurer une application uniforme.

Cette Commission est pleinement opérationnelle auprès du Ministère du Travail et des Politiques Sociales.

On fait remarquer que, au sein de ladite Commission consultative permanente pour la santé et la sécurité dans le travail, sont constitués des groupes "techniques" de travail (Comités). Afin d'examiner les problématiques et les activités qui leur sont transmises, la présence paritaire de représentants des Administrations Publiques (y compris des Régions) et des parties sociales, est garantie.

Grâce aux activités d'instruction qui sont accomplies dans ces assemblées, des documents d'une grande importance ont été élaborés pour les opérateurs de la santé et de la sécurité dans le travail et d'autres seront approuvés prochainement par la Commission consultative.

Dans ce contexte, une importance particulière est revêtue, en plus dudit Comité pour l'orientation et l'évaluation des politiques actives, par celui qui est appelé à mettre en œuvre le soi-disant "*système de qualification*" des entreprises, qui a le but de définir, dans des secteurs déterminés, quelles sont les entreprises qui peuvent travailler et à quelles conditions, par rapport à des éléments qui concernent la santé et la sécurité dans le travail. Ce système, qui se réalisera grâce au Décret Présidentiel qui est visé aux articles 6 et 27 du "texte unique", sera mis en œuvre dans le secteur du bâtiment en activant le soi-disant "*permis à points*", par la promulgation d'un acte normatif spécifique (Décret du Président de la République), auquel sera accordée une priorité absolue.

Parmi les dispositions qui sont le fruit des activités de la Commission consultative, il faut signaler le plein partage dans ce contexte des contenus du D.P. n° 177/2011, qui a introduit parmi les activités pour lesquelles devra être opérant le système de qualification des entreprises, les travaux qui se déroulent dans des ambiances "confinées" comme les *silos, citernes et similaires*, dans lesquels on a enregistré une hausse d'accidents ces dernières années.

La disposition, en vigueur depuis le 23 novembre 2011, prévoit une hausse importante du niveau des conditions organisationnelles et professionnelles des opérateurs dans ces contextes, en empêchant que des travaux si complexes et dangereux puissent être effectués par des sujets qui ne sont pas suffisamment formés, entraînés et informés sur les risques des travaux dans les "ambiances confinées".

A ce propos, on signale que la Commission consultative a validé la première "bonne pratique" (sous la forme d'un manuel pour les opérateurs qui est divulgué tout à fait gratuitement sur le site du Ministère du Travail et facile à consulter aussi parce qu'il utilise *un langage particulièrement simple*) pour les travaux dans des "ambiances confinées".

Parmi les documents plus récents qui ont été approuvés par la Commission consultative, il faut signaler les procédures standardisées pour l'évaluation des risques, qui sont utilisables par les entreprises avec moins de 10 travailleurs et qui seront introduites, comme le prévoit l'art. 29, alinéa 5, du "texte unique", avec un décret interministériel.

---

l'Activité d'Inspection, exclusivement par courrier, des questions d'ordre général sur l'application des réglementations qui sont de la compétence du Ministère du Travail.

Particulièrement importante est en outre l'approbation des critères de qualification du formateur en matière de santé et de sécurité dans le travail, qui sont nécessaires pour déterminer les caractéristiques que les sujets formateurs doivent posséder pour exercer efficacement le rôle important de transmetteur de compétences aux travailleurs, aux cadres et aux préposés en matière de santé et de sécurité dans le travail. Le document correspondant sera rapidement introduit au moyen d'un décret interministériel, portant la signature des Ministres du Travail et des Politiques Sociales et de la Santé.

D'autres activités prévues par le "texte unique" de santé et de sécurité dans le travail ont été également achevés ou sont dans une phase finale d'achèvement, ce qui témoigne de l'existence d'une production normative constante qui vise à intégrer et à spécifier les obligations primaires (correspondantes, comme on l'a dit, aux directives communautaires qui sont introduites au fur et à mesure en Italie) qui sont contenues dans le "texte unique" de santé et de sécurité dans le travail.

Une autre information importante concerne la naissance du Pôle de la santé et de la sécurité dans le travail, qui a eu lieu en 2010, comme résultat de l'incorporation dans l'INAIL, prévue par la loi n° 12/2010, de l'Institut de prévoyance pour le secteur maritime (Ipsema) et de l'Institut supérieur pour la prévention et la sécurité dans le travail (Ispesl).

Il s'agit de l'achèvement d'un parcours qui avait commencé, dans le cadre normatif, avec les décrets législatifs n° 626/1994 et n° 38/2000 et renforcé, par la suite, avec lesdits décrets législatifs n° 81/2008 (Texte Unique sur la sécurité dans les lieux de travail) et 106/2009.

En faisant converger sur l'INAIL les fonctions d'assurance et de protection des travailleurs maritimes de l'ancienne Ipsema et, notamment, l'activité scientifique en matière de prévention et de sécurité dans le travail, propre de l'Ispesl, le législateur a créé un sujet unique qui est à même de corréler – de manière synergique et complémentaire – des politiques qui visent à réduire les accidents du travail et inhérentes à tous les domaines qui sont concernés par ce phénomène : assurance, prévention et en ce qui concerne les accidentés, soins, indemnisation, rééducation, réinsertion. Et, à présent aussi, recherche.

Les entreprises italiennes et les travailleurs ont ainsi un interlocuteur unique avec lequel se rapporter pour tous les accomplissements qui sont prescrits par la réglementation en matière de santé et de sécurité, une possibilité qui garantit un avantage immédiat sur le front de la simplification bureaucratique, tandis que les institutions peuvent compter sur un partenaire qui est en mesure d'interagir de manière plus efficace avec le système des Régions et avec les services de préventions des Agences Sanitaires Locales et, donc, plus proche des exigences des usagers et de leurs spécificités.

Particulièrement important, par suite de l'incorporation, est l'avantage en termes de développement et intégration du patrimoine informatif qui – surtout en vue de la proche institution du Système informatif national pour la prévention des accidents et des maladies professionnelles (Sinp)<sup>2</sup> – a

---

<sup>2</sup> Le système informatif national pour la prévention dans les lieux de travail est institué afin de fournir des données utiles pour orienter, programmer, planifier et évaluer l'efficacité des activités de prévention des accidents et des maladies professionnelles, relativement aux travailleurs inscrits et non inscrits aux organismes d'assurance publics et pour orienter les activités de surveillance, au travers de l'utilisation intégrée des informations disponibles dans les systèmes informatiques actuels, également par l'intégration d'archives spécifiques et la création de banques de données unifiées. Il est constitué par le Ministère du Travail et des Politiques Sociales et le Ministère de la Santé, par le Ministère de l'Intérieur, par les régions et par les Provinces autonomes de Trente et Bolzano, par l'INAIL, par l'IPSEMA et par l'ISPESL, avec la contribution du Conseil de l'économie et du travail (CNEL). A son développement participent les organismes paritaires et les instituts de secteur à caractère scientifique, y compris ceux qui s'occupent de la santé des femmes.

doté le pays d'un instrument de connaissance partagé, qui est déterminant pour orienter les politiques et les interventions de prévention.

Il s'agit d'une ressource qui permettra une saisie plus efficace, rapide et simplifiée des données et des méthodes de recherche et une gestion des systèmes informatiques qui correspondent davantage aux objectifs à atteindre.

L'intention de l'INAIL est de mettre en valeur une synergie qui soit fortement orientée en fonction de l'analyse et de l'approfondissement des thématiques qui sont liées aux accidents et aux maladies professionnelles et, en même temps, encourager cette recherche avec une nouvelle approche, de prévention, à travers de l'ancien Ispesl qui conservera, par conséquent, également dans le nouveau contexte organisationnel, sa propre mission de centre de recherche en matière de santé et de sécurité.

Un résultat important de cet engagement, qu'il faut souligner, a été la publication d'un instrument d'une grande signification scientifique et destiné non seulement au monde de la recherche nationale et internationale, mais aussi aux institutions et aux parties sociales.

le manuel pour l'*Évaluation et la gestion du risque de stress corrélé au travail* – disponible aussi en ligne – qui recueille une série d'instruments qui visent à soutenir les entreprises, selon ce qui est prévu par la réglementation récente (décret législatif n° 81/2008).

Ce manuel, réalisé dans le respect des indications de méthode qui ont été élaborées par la Commission consultative permanente pour la santé et la sécurité dans le travail, offre toutes les ressources qui sont indispensables pour relever les paramètres typiques des conditions de stress, pour procéder à l'identification et à la caractérisation du risque et de ses causes et, enfin, pour identifier des solutions efficaces à adopter sur la base des résultats ressortis.

### ***Diffuser la culture de la santé et de la sécurité***

L'existence dans le concret d'une stratégie efficace de lutte contre le phénomène des accidents du travail ne passe pas seulement par le parachèvement du cadre juridique de référence et les activités de l'État, des Régions et des parties sociales, mais aussi par la réalisation d'une série d'actions de promotion qui visent à améliorer la prévention et les niveaux de protection dans tous les lieux de travail. Pour cette raison, en Italie sont actives ou seront prochainement activées une série de synergies entre sujets publics et privés, pour améliorer l'*impact* des activités respectives en termes d'efficacité.

Tout d'abord, comme prévu par l'article 11 du "texte unique" de santé et de sécurité dans le travail, à partir de 2008 l'État italien a financé une série d'activités de promotion de la santé et de la sécurité dans le travail, à répartir sur trois axes qui ont été déterminés par la norme :

- a) projets d'investissement en matière de santé et de sécurité pour les petites, moyennes et micro entreprises (qui sont la majorité en Italie) ;
- b) financement de projets de formation dédiés spécifiquement aux petites, moyennes et micro entreprises ;
- c) financement d'activités d'établissements scolaires, universitaires et de formation professionnelle visant à introduire le thème de la santé et de la sécurité dans le travail dans leurs programmes respectifs.

Pour l'année **2008**, l'Accord dans la Conférence État-Régions du 20 novembre 2008 a réparti les fonds, qui s'élevaient à 50 millions d'euros, de la manière suivante :

- € 20 millions pour une campagne de communication ;
- € 30 millions pour des activités de formation dans le cadre régional.

Relativement au financement concernant la *Campagne de communication*, le Ministère du Travail et des Politiques Sociales a lancé et présenté le 23 août 2010, à Rimini, la campagne de communication intégrée dédiée à la santé et à la sécurité dans le travail.

La campagne, dont le slogan a été "*Sécurité dans le travail. Ceux qui s'aiment la prétendent*", a utilisé la télévision et les journaux mais aussi une autre série d'instruments comme, par exemple, le développement de la section du site du Ministère du Travail et des Politiques Sociales qui est dédiée à la divulgation d'informations ; une campagne visant spécifiquement les maladies professionnelles et la production de matériel de divulgation, également avec des modalités interactives. Il faut souligner comme le slogan de la campagne s'attarde sur l'importance que le monde des affections revêt pour chacun d'entre nous, en soulignant indirectement combien la prévention et l'attention que nous consacrons chaque jour sur le lieu de travail sont déterminants pour ne pas mettre en danger la vie et les affections.

Pour l'année **2009**, on a préparé un décret interministériel qui a réparti les financements pour des activités de promotion en matière de santé et de sécurité dans le travail pour :

- a) **des projets d'investissement en matière de santé et de sécurité pour les petites et moyennes entreprises** (5 millions d'euros pour des modèles d'organisation et de gestion de la sécurité visés à l'article 30 du décret législatif n° 81/2008). Le financement de ces projets – après transfert des ressources correspondantes par le Ministère du Travail et des Politiques Sociales – est effectué par l'INAIL ;
- b) **le financement de projets de formation en la matière** (environ 28 millions d'euros), avec plus de 14 millions à engager dans une campagne de formation nationale, dont les buts et les caractéristiques sont définis en accord entre les parties sociales et 14 millions à engager pour la réalisation d'une campagne de formation sur base régionale ;
- c) **le financement d'activités d'établissements scolaires, universitaires et de formation** visant à introduire le thème de la santé et de la sécurité dans le travail dans leurs programmes respectifs (5 millions d'euros).

En particulier, pour l'affectation des financements destinés à la réalisation d'une "*campagne de formation nationale*", il a été nécessaire de parvenir à un Accord entre les Parties Sociales, à transmettre, ensuite, dans un avis de l'INAIL. Pour favoriser cet Accord, depuis le mois de septembre 2010 des réunions spécifiques se sont tenues au Ministère du Travail et des Politiques Sociales, au cours desquelles les parties sociales ont manifesté leur disponibilité à conclure rapidement l'Accord en question. Cet Accord a été signé le 15 décembre 2010.

Pour l'année **2010** aussi, on a préparé un décret spécifique partagé avec les Régions et les Parties Sociales au sein de la Commission Consultative, afin de répartir les fonds qui s'élevaient à plus de 36 millions d'euros. La disposition, ayant reçu formellement l'avis favorable de la part des

Ministères de l'Économie et des Finances et de l'Éducation, de l'Université et de la Recherche a été transmis à la Conférence État-Régions pour l'avis prescrit, qui a été rendu positivement en octobre 2011 et visé sans remarques par la Cour des Comptes. Du point de vue comptable, toutes les ressources en question ont été engagées régulièrement et sont donc totalement disponibles pour les activités respectives.

La disposition prévoit la répartition suivante :

- 20 millions d'euros pour le financement d'activités de promotion pour les petites, moyennes et micro entreprises, dont 15 millions d'euros relatifs à l'achat pour le remplacement d'équipements de travail conformes aux prévisions communautaires de référence et 5 millions d'euros à destiner au financement de l'adoption de modèles d'organisation et de gestion de la sécurité de la part des petites, moyennes et micro entreprises ;
- plus de 11 millions d'euros pour le financement de projets de formation cohérents avec les lignes directrices pour la formation en 2010 sur base régionale, dans la continuité des choix qui ont été effectués pour 2008 et 2009 ;
- 5 millions d'euros pour le financement de parcours de formation spécifiques dans des établissements scolaires, universitaires et de formation visant à introduire le thème de la santé et de la sécurité dans le travail dans leurs programmes respectifs.

**Un domaine spécifique d'intervention privilégiée dans le cadre de la promotion de la culture de la prévention est, ensuite, celui en faveur du système scolaire.**

L'objectif, que le "texte unique" indique comme étant stratégique pour les actions de promotion publiques, est de sensibiliser – avec des actions "ciblées" au type d'école et à l'âge des jeunes – les futurs travailleurs sur les risques professionnels, en favorisant la diffusion de la conscience de l'importance des thèmes de la prévention également auprès de ceux qui ne font pas encore partie du marché du travail.

A ces fins, suite à la stipulation d'une "Charte d'intentions" entre les Ministères du Travail et des Politiques Sociales et de l'Éducation, de l'Université et de la Recherche, en 2010, 2011 et 2012 des initiatives ont été activées (avec des ressources pour 5 millions d'euros par an) pour sensibiliser les étudiants par rapport aux thèmes du risque du travail et de la prévention des accidents et des maladies professionnelles.

On a prévu aussi l'institution d'un "Comité de Pilotage" pour l'élaboration des lignes directrices nationales pour l'introduction de la santé et de la sécurité dans les écoles.

### ***Renforcer la surveillance***

Quant aux activités de contrôle et de surveillance en matière de santé et de sécurité dans le travail, on confirme que l'attention est constante, dans tous les sièges qui sont reconnus à cet effet par le "texte unique" de santé et de sécurité dans le travail, envers la **rationalisation et la coordination des interventions d'inspection** (qui sont réservées, comme on le sait, par rapport à tous les lieux de travail et les secteurs, aux Agences Sanitaires Locales par l'article 13 du "texte unique", tandis qu'aux structures périphériques du Ministère du Travail et des Politiques Sociales revient la surveillance dans des secteurs limités, et particulièrement à risque d'accident, notamment en ce qui concerne le bâtiment) **sur tout le territoire national.**

L'objectif est de rendre la surveillance plus valable, afin d'éviter qu'il y ait des superpositions et des duplications entre les sujets qui y sont préposés institutionnellement et de permettre à chacun de travailler au mieux. Un objectif qui sera poursuivi avec davantage de force une fois que le "flux" des données du SINP sera définitivement activé et que celles-ci seront à la disposition des organes de surveillance pour "optimiser" les accès et les objectifs. Cette affirmation trouve une confirmation ultérieure dans l'expérience positive passée (mais encore en cours) du Système de surveillance sur les accidents mortels et graves, qui a été réalisé avec la collaboration de l'ISPEL, des Régions et de l'INAIL.

A l'issue de la première expérimentation concrète à l'échelle nationale, ce système a mis à disposition des archives de cas relevés, tous rassemblés en utilisant un modèle pour l'analyse des dynamiques des accidents et en prévoyant l'élaboration d'instruments opérationnels (*recommandations, lignes directrices, "profils de risque", etc.*) en soutien des activités de prévention, basés sur la "lecture" des études de cas relatives à des typologies d'accidents particulières, à des secteurs de production spécifiques, à des groupes de travailleurs particuliers. De ce projet est née une application de *Panel* d'entreprise, avec le but de diffuser dans les entreprises des instruments et des méthodologies de reconstruction des causes et des dynamiques des accidents utiles pour la réalisation et le contrôle du processus d'évaluation des risques, pour la définition, la programmation et la mise en œuvre d'actions de prévention et de protection.

A la lumière de ce qui a été rapporté ci-dessus, on considère que les demandes qui ont été formulées par le Comité dans les conclusions sont pleinement satisfaites, selon les indications qui y sont rapportées en ce qui concerne la définition dans le pays d'une politique nationale en matière de santé et de sécurité dans le travail.

Des éléments ultérieurs sur l'implémentation de la susdite politique nationale pourront être fournis dans le prochain rapport.

**NB :** On renvoie en outre à ce qui est rapporté au par. 3, en ce qui concerne les Plans de prévention relatifs aux activités d'inspection.

## §. 2

*En réponse aux demandes du Comité qui sont contenues dans les conclusions 2009 relativement à la protection des travailleurs contre l'amiante, on représente ce qui suit.*

La législation italienne en matière d'amiante se place parmi les plus avancées à l'échelle européenne et internationale, tant et si bien que la loi n° 257 du 2 mars 1992 établissait déjà dans la législation la "cessation de l'utilisation de l'amiante", et notamment l'interdiction d'extraction, importation, exportation, commercialisation et production de l'amiante et des produits de l'amiante.

Toutefois la Directive 1999/77/EC du 26 juillet 1999, qui interdit la mise sur le marché et l'utilisation de produits contenant de l'amiante à partir de 2005, a été transposée expressément dans la législation nationale avec un acte normatif spécifique, comme le **Décret Ministériel du 14 décembre 2004** – *Interdiction d'installation de matériaux contenant de l'amiante ajouté intentionnellement* et l'annexe correspondante.

A propos de la demande du Comité concernant la prévision d'un inventaire des bâtiments et des matériaux qui contiennent de l'amiante, il est à noter que le Ministère de l'Environnement et de la Protection du Territoire et de la Mer (MATTM) est intervenu en la matière, au travers de la Loi 93/2001 et du Décret 101/2003, en prévoyant la "Cartographie complète de la présence d'amiante sur le territoire national".

Environ 9 millions d'euros ont donc été alloués par le MATTM et dépensés par les Régions. La cartographie a le but de relever les sites dans lesquels on a constaté la présence d'amiante, ou l'utilisation de matériaux qui en contiennent.

Les Régions, auxquelles est confiée la tâche de cette cartographie, doivent transmettre annuellement au MATTM la mise à jour des données avant le 30 juin (D.M. 101/2003, art. 1, alinéa 3).

Le MATTM, avec la collaboration scientifique de l'INAIL- DIPIA (Département des Installations de Production et Habitats Anthropiques) :

- s'est occupé, de concert avec les régions, de déterminer les interventions d'assainissement particulièrement urgentes ;
- a financé les activités de cartographie de l'amiante sur le territoire national en entamant, entre autres, un dialogue continu avec les Régions ;
- a réalisé une base de données et un Système Informatif Territorial (SIT), constitué par des instruments matériels et logiciels, qui permet d'obtenir un catalogage et une gestion correcte des informations sur les situations réelles de risque d'amiante qui sont présentes sur l'ensemble du territoire national ;
- a organisé, dans les années 2006 et 2007, l'“École de formation permanente pour la lutte contre l'Amiante”, adressée à tous les responsables et fonctionnaires publics des Régions, Provinces, Cités Métropolitaines, Communes, ARPA (Agences Régionales pour la Protection de l'Environnement), ASL (Agences Sanitaires Locales) et également aux représentants des Forces de l'Ordre, des Syndicats et des Associations d'anciens exposés à l'amiante ;
- a approuvé et transmis à tous les SIN (Sites d'Intérêt National) les “Lignes directrices pour l'acquisition correcte des informations relatives à la cartographie du territoire national qui est intéressé par la présence d'amiante, aux termes de l'art. 20 de la Loi n° 93 du 23 mars 2001 et du Décret n° 101 du 18 mars 2003” ;
- a approuvé et transmis à tous les SIN les “Lignes directrices générales à adopter pour la gestion correcte des activités d'assainissement de l'amiante dans les SIN”.

Conformément à ce qui est prévu par le D.M. 101/2003, tous les sites cartographiés ont été catalogués selon 4 catégories de recherche :

- installations industrielles actives ou abandonnées ;
- 
- bâtiments publics et privés ;
- 
- présence naturelle ;
- 
- autre présence d'amiante par activité anthropique.

La catégorie 2 (bâtiments publics et privés) a été subdivisée ultérieurement en sous-catégories qui permettent de définir de façon plus détaillée la typologie exacte des lieux (par ex. installations de fabrication de l'amiante, installations qui ne sont pas de fabrication de l'amiante, écoles, hôpitaux).

A ce jour, la base de données spécifique et le Système Informatif Territorial correspondant contiennent des informations relatives à **34.148** sites cartographiés, qui sont distribués de manière hétérogène sur tout le territoire national.

De ce qui a été exposé ci-dessus découlent les diverses initiatives qui ont été mises en place par les Administrations centrales pour affronter les problématiques sanitaires et environnementales qui sont liées à l'amiante. Cela rend le pays parmi les plus avancés à ce propos, comme on a eu l'occasion de le vérifier dans la Conférence Mondiale sur l'Amiante, organisée par l'INAIL DIPIA – Ancienne ISPESL, qui s'est tenue à Taormina en 2009, avec la participation d'environ 20 pays communautaires et non communautaires.

A propos de la demande du Comité contenue dans les conclusions (2009) en ce qui concerne les travailleurs à durée déterminée, on confirme que ceux-ci ont les mêmes droits que tous les autres, y compris celui de bénéficier de la surveillance sanitaire de la même manière dont tous les autres travailleurs en bénéficient, selon les modalités qui sont indiquées dans le Texte Unique et qui ont été exposées dans le rapport précédent.

Par conséquent, à ces travailleurs est aussi garanti le droit d'être représentés sur les lieux de travail pour les problématiques inhérentes à la santé et à la sécurité dans le travail.

Concernant la demande d'informations supplémentaires relative à la Commission Consultative permanente, et notamment sur sa composition et ses fonctions, on renvoie à ce qui a déjà été rapporté à ce propos dans le paragraphe 1.

### §.3

#### *Accidents sur le travail et maladies professionnelles*

D'après ce qui a été rapporté dans le rapport annuel sur l'évolution des accidents 2010, élaboré par l'INAIL, le nombre d'accidents du travail en Italie en 2010 est encore en baisse, même si d'une manière plus contenue par rapport à 2009. La photographie au 30 avril 2011 confirme les estimations préalables qui avaient été faites à la fin de l'année : 15 mille accidents en moins en 2010 par rapport à 2009 et un nombre de décès qui baisse dans notre pays, pour la première fois depuis l'après-guerre, sous les mille cas. En synthèse :

- 775 mille accidents survenus et déclarés à l'INAIL, en baisse de 1,9 pour cent par rapport aux 790 mille de 2009 ;
- 980 morts sur le travail, en baisse de 6,9 pour cent par rapport aux 1.053 de l'année précédente. Cela confirme l'amélioration désormais "structurelle" de l'évolution des accidents du travail en Italie.

La diminution en 2010 ne représente pas un résultat escompté, malgré la tendance à la baisse qui avait déjà été observée les années précédentes. La comparaison, en effet, est avec l'année 2009, une année de baisse record pour les accidents, due aussi au moment culminant de la grave crise économique et de l'emploi qui a frappé l'Italie et le monde entier. La baisse des accidents 2009-2008 (-9,7%) se présentait en tout cas comme la plus forte diminution des quinze dernières années, même en estimant à environ un tiers de la diminution totale la contribution de la crise de l'emploi.

On pouvait plutôt craindre que, pour une sorte d'“effet de rebondissement”, la baisse pouvait se résoudre par une reprise du phénomène des accidents, avec un réalignement sur les niveaux plus consolidés des années précédentes.

Ce ne fut pas le cas et la baisse des accidents de 1,9 pour cent en 2010, malgré une certaine continuation de la crise, représente un résultat particulièrement important et on peut estimer de toute manière que la baisse “réelle” (nette de l'effet de la perte de quantité de travail accomplie) a été supérieure à 1% pour les accidents en général et à 6% pour les accidents mortels.

Ces chiffres n'incluent pas les accidents des soi-disant travailleurs “au noir” dont l'INAIL n'est pas informé. L'ISTAT a diffusé récemment les estimations du travail au noir pour 2009 : presque 3 millions d'unités de travail. En partant de ces données, les accidents des travailleurs au noir sont estimés périodiquement aussi par l'INAIL.

Pour 2009, il s'agit d'environ 165 mille accidents “invisibles” qui rentrent, pour la plupart, dans une gamme de gravité moyenne-légère (175 mille avait été la même estimation pour 2006).

Une première distinction importante est constituée par la modalité de l'évènement, en déterminant les cas “à l'occasion du travail” (qui ont eu lieu dans le lieu de travail, dans l'exercice effectif de l'activité) et ceux “sur le chemin du travail” (qui se sont vérifiés hors du lieu de travail, dans le trajet maison-travail-maison et causés dans la plupart des cas, mais pas exclusivement, par la circulation routière). Ces derniers ont connu en 2010 la plus forte baisse (-4,7%). La réduction des accidents “à l'occasion du travail”, qui représentent environ 90% de l'ensemble des déclarations, est contenue toutefois à 1,5%.

A signaler la recrudescence (+5,3%) des accidents survenus aux travailleurs pour lesquels la route représente le milieu de travail ordinaire (transporteurs de marchandises par route, transporteurs de personnes par route, représentants de commerce, préposés à l'entretien des routes, etc.).

Les cas sont passés de 50.969 en 2009 à 53.679 en 2010, la valeur la plus élevée depuis 2005, la première année de relevé structurel et complet de la donnée.

Tableau n° 4 - ACCIDENTS survenus dans les années 2009-2010 par modalité d'événement

Modalità di evento	Infortuni in complesso			Casi mortali		
	2009	2010	Var. %	2009	2010	Var. %
In occasione di lavoro	697.075	686.745	-1,5	779	736	-5,5
di cui:						
- <i>Ambiente di lavoro ordinario</i> (fabbrica, cantiere, terreno agricolo, ecc.)	646.106	633.066	-2,0	471	440	-6,6
- <i>Circolazione stradale</i> (autotrasportatori merci/persone, commessi viaggiatori, addetti alla manutenzione stradale, ecc.)	50.969	53.679	5,3	308	296	-3,9
In itinere (percorso casa-lavoro-casa)	93.037	88.629	-4,7	274	244	-10,9
<b>Totale</b>	<b>790.112</b>	<b>775.374</b>	<b>-1,9</b>	<b>1.053</b>	<b>980</b>	<b>-6,9</b>

Modalité d'évènement	Accidents dans l'ensemble			Cas mortels		
	2009	2010	Var. %	2009	2010	Var. %
<b>A l'occasion du travail</b>						
dont :						
<b>- Environnement de travail ordinaire</b> (usine, chantier, terrain agricole, etc.)						
<b>- Circulation routière</b> (transporteurs de marchandises/personnes par route, représentants de commerce, préposés à l'entretien des routes, etc.)						
<b>Sur le chemin du travail</b> (trajet maison-travail-maison)						
<hr/> <b>Total</b> <hr/>						

L'analyse sectorielle montre que la baisse se concentre dans l'Agriculture (-4,8%) et dans les activités industrielles (-4,7%), alors que dans les Services on relève une légère augmentation (+0,4%). Parmi les activités industrielles, plus frappées par la crise économique, le Bâtiment se distingue par une baisse importante des accidents (-12,4%) par rapport à une évolution de l'emploi qui n'est pas particulièrement pénalisante (-0,7%).

Dans les Services, la non-diminution des accidents doit être attribuée pratiquement à trois secteurs : le Personnel préposé aux services domestiques (employées de maison et aides à domicile, +25,6%), l'Éducation (+17,7%) et, plus consistant en termes absolus (presque 1.500 cas en plus par rapport à 2009), les Autres services publics (dans lesquels rentrent, par exemple, l'élimination des déchets et les blanchisseries) avec +4,0%.

L'année 2010 fait enregistrer une diminution sensible des décès dans toutes les branches d'activités : Agriculture (-10,2%), Industrie (-9,7%) et Services (-3,0%).

Parmi les secteurs les plus importants, une réduction très élevée (-37,8%, 28 décès en moins) s'est vérifiée dans la Métallurgie et dans le Commerce (-26,3%, 26 en moins), avec la donnée du Bâtiment (-6,1%, 14 en moins) qui est alignée sur la valeur générale (-6,9%). En augmentation vice-versa les victimes employées dans les Transports (+9,8%, 12 en plus par rapport à 2009).

La baisse enregistrée a intéressé toutes les régions du Pays, mais de manière croissante du Nord au Sud (de -1,3% du Nord-Ouest à -3,2% du Sud en passant par -1,6% du Nord-Est et -1,8% du Centre), ce dernier étant plus pénalisé que les autres par la baisse de l'emploi (-1,5% contre -0,7% au niveau national).

Dans le Nord continuent de se concentrer 60% des accidents, car il s'agit d'ailleurs du territoire avec la plus haute densité d'emploi (52% des travailleurs nationaux en 2010). Les Régions avec le plus grand nombre de déclarations d'accident se confirment être la Lombardie (133 mille cas), l'Émilie-Romagne (106 mille) et la Vénétie (87 mille), qui concentrent à elles seules 42% de l'ensemble du phénomène.

Tableau n° 5 - ACCIDENTS 2009-2010 repartis en fonction des branches et des principaux secteurs d'activité économique

Rami/Settori di attività	Infortuni in complesso			Casi mortali		
	2009	2010	Var. %	2009	2010	Var. %
<b>Agricoltura</b>	52.665	50.121	-4,8	128	115	-10,2
<b>Industria</b>	296.381	282.338	-4,7	487	440	-9,7
<i>di cui:</i>						
<i>Costruzioni</i>	81.487	71.421	-12,4	229	215	-6,1
<i>Metallurgia</i>	38.240	36.868	-3,6	74	46	-37,8
<i>Meccanica</i>	20.612	19.942	-3,3	18	16	-11,1
<b>Servizi</b>	441.066	442.915	0,4	438	425	-3,0
<i>di cui:</i>						
<i>Trasporti</i>	61.634	58.797	-4,6	122	134	9,8
<i>Commercio</i>	71.358	68.306	-4,3	99	73	-26,3
<i>Personale domestico</i>	3.925	4.931	25,6	4	4	0,0
<b>Totale</b>	<b>790.112</b>	<b>775.374</b>	<b>-1,9</b>	<b>1.053</b>	<b>980</b>	<b>-6,9</b>

Branches/Secteurs d'activité	Accidents dans l'ensemble			Cas mortels		
	2009	2010	Var. %	2009	2010	Var. %
<b>Agriculture</b>						
<b>Industrie</b>						
<i>dont :</i>						
<i>Bâtiment</i>						
<i>Métallurgie</i>						
<i>Mécanique</i>						
<b>Services</b>						
<i>dont :</i>						
<i>Transports</i>						
<i>Commerce</i>						
<i>Personnel domestique</i>						
<b>Total</b>						

Tableau n° 6 - ACCIDENTS survenus dans les années 2009-2010 par répartition géographique

Ripartizione geografica	Infortuni in complesso			Casi mortali		
	2009	2010	Var. %	2009	2010	Var. %
Nord-Ovest	226.850	223.875	-1,3	270	229	-15,2
Nord-Est	246.872	242.954	-1,6	218	226	3,7
Centro	160.232	157.354	-1,8	221	200	-9,5
Mezzogiorno	156.158	151.191	-3,2	344	325	-5,5
<b>Italia</b>	<b>790.112</b>	<b>775.374</b>	<b>-1,9</b>	<b>1.053</b>	<b>980</b>	<b>-6,9</b>

Répartition géographique	Accidents dans l'ensemble			Cas mortels		
	2009	2010	Var. %	2009	2010	Var. %
Nord-Ouest						
Nord-Est						
Centre						
Sud						
<b>Italie</b>						

La diminution de 6,9% des morts au travail est la synthèse de la forte baisse au Nord-Ouest (-15,2%, 41 victimes en moins) et au Centre (-9,5%) qui récupère sur l'augmentation sensible qui a été enregistrée l'année précédente au Sud (-5,5%) et, enfin, de l'augmentation de 3,7% (8 décès en plus) du Nord-Est.

#### *Une décennie d'accidents au travail (2001-2010)*

Si on étend l'observation du phénomène à la première décennie de ce millénaire, la baisse qui a été enregistrée en 2010 ne fait que confirmer une évolution tendancielle décroissante des déclarations d'accident :

- les déclarations ont baissé de 1.023.379 en 2001 à 775.374 en 2010 ;
- 
- la baisse totale a été de 24, 2% (environ 250.000 accidents en moins).
- 

Dans la décomposition du phénomène selon les trois grandes branches d'activités qui sont prévues par le classement de l'ISTAT, on continue d'enregistrer une diminution sensible et constante des accidents du travail dans l'Agriculture (-37,8% de 2001 à 2010) et dans l'Industrie (-43,6%), tandis que dans les Services on enregistre dans l'ensemble une stabilité substantielle (+0,25 dans toute la décennie).

Tableau n° 7 - ACCIDENTS survenus dans la période 2001-2010 par branche d'activité

Ramo di attività	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Agricoltura</b>	80.532	73.515	71.379	69.263	66.467	63.083	57.205	53.354	52.665	50.121
var. % su anno preced.		-8,7	-2,9	-3,0	-4,0	-5,1	-9,3	-6,7	-1,3	-4,8
var. % su anno 2001		-8,7	-11,4	-14,0	-17,5	-21,7	-29,0	-33,7	-34,6	-37,8
<b>Industria</b>	501.674	467.830	454.790	446.194	422.250	413.368	400.099	366.159	296.381	282.338
var. % su anno preced.		-6,6	-2,8	-1,9	-5,4	-2,1	-3,2	-8,5	-19,1	-4,7
var. % su anno 2001		-6,6	-9,2	-10,9	-15,7	-17,4	-20,1	-26,9	-40,8	-43,6
<b>Servizi</b>	442.173	451.310	451.023	451.239	451.296	451.690	455.098	455.631	441.066	442.915
var. % su anno preced.		2,1	-0,1	0,0	0,0	0,1	0,8	0,1	-3,2	0,4
var. % su anno 2001		2,1	2,0	2,1	2,1	2,2	2,9	3,0	-0,3	0,2
<b>TUTTE LE ATTIVITÀ</b>	1.023.379	992.655	977.192	966.696	940.013	928.140	912.402	875.144	790.112	775.374
var. % su anno preced.		-3,0	-1,6	-1,1	-2,8	-1,3	-1,7	-4,1	-9,7	-1,9
var. % su anno 2001		-3,0	-4,5	-5,5	-8,1	-9,3	-10,8	-14,5	-22,8	-24,2

Branche d'activités	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Agriculture</b>										
var. % sur année précéd.										
var. % sur année 2001										
<b>Industrie</b>										
var. % sur année précéd.										
var. % sur année 2001										
<b>Services</b>										
var. % sur année précéd.										
var. % sur année 2001										
<b>TOUTES LES ACTIVITÉS</b>										
var. % sur année précéd.										
var. % sur année 2001										

Même pour les accidents mortels, la période 2001-2010 est caractérisée par une tendance constamment décroissante, à l'appui des politiques qui ont été mises en œuvre au cours des années par les gouvernements, les parties sociales, les entreprises et les syndicats et, en général, par ceux qui s'occupent de la prévention.

Plus en détail, la baisse des morts au travail, enregistrée entre 2001 et 2010, s'avère moins soutenue dans toutes les trois grandes branches d'activités, aussi bien en termes absolus (Agriculture - 27,7%, Industrie - 42,5%, Services - 31,7%), qu'en termes relatifs (Agriculture - 17,4%, Industrie - 41,4%, Services - 38,4%).

Les différences entre les branches doivent être attribuées à la différente dynamique de l'emploi qui a enregistré, dans la période observée, une baisse de 12,5% dans l'Agriculture, et une baisse plus modeste dans l'Industrie (-1,8%), contre une croissance de 10,8% dans les Services.

De 2001 à 2010, pour l'ensemble des activités.

- les accidents mortels ont diminué de 1.546 à 980 ;
- la baisse a été de 36,6% en termes absolus ;
- cette valeur baisse à 40,1% en termes relatifs par l'effet de presque 1,3 millions de travailleurs entre 2001 et 2010 (+5,9%).

Tableau n° 8 - **ACCIDENTS mortels survenus dans la période 2001-2010 par branche d'activité**

Ramo di attività	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Agricoltura</b>	159	167	128	175	141	124	105	125	128	115
<i>var. % su anno preced.</i>		5,0	-23,4	36,7	-19,4	-12,1	-15,3	19,0	2,4	-10,2
<i>var. % su anno 2001</i>		5,0	-19,5	10,1	-11,3	-22,0	-34,0	-21,4	-19,5	-27,7
<b>Industria</b>	765	724	763	673	616	677	613	531	487	440
<i>var. % su anno preced.</i>		-5,4	5,4	-11,8	-8,5	9,9	-9,5	-13,4	-8,3	-9,7
<i>var. % su anno 2001</i>		-5,4	-0,3	-12,0	-19,5	-11,5	-19,9	-30,6	-36,3	-42,5
<b>Servizi</b>	622	587	554	480	523	540	489	464	438	425
<i>var. % su anno preced.</i>		-5,6	-5,6	-13,4	9,0	3,3	-9,4	-5,1	-5,6	-3,0
<i>var. % su anno 2001</i>		-5,6	-10,9	-22,8	-15,9	-13,2	-21,4	-25,8	-29,6	-31,7
<b>TUTTE LE ATTIVITÀ</b>	1.546	1.478	1.445	1.328	1.280	1.341	1.207	1.120	1.053	980
<i>var. % su anno preced.</i>		-4,4	-2,2	-8,1	-3,6	4,8	-10,0	-7,2	-6,0	-6,9
<i>var. % su anno 2001</i>		-4,4	-6,5	-14,1	-17,2	-13,3	-21,9	-27,6	-31,9	-36,6

Branche d'activités	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Agriculture</b>										
<i>var. % sur année précéd.</i>										
<i>var. % sur année 2001</i>										
<b>Industrie</b>										
<i>var. % sur année précéd.</i>										
<i>var. % sur année 2001</i>										
<b>Services</b>										
<i>var. % sur année précéd.</i>										
<i>var. % sur année 2001</i>										
<b>TOUTES LES ACTIVITÉS</b>										
<i>var. % sur année précéd.</i>										
<i>var. % sur année 2001</i>										

## *Maladies professionnelles*

Le phénomène des maladies professionnelles émerge, au contraire, avec une forte hausse ultérieure des déclarations en 2010 (+22% par rapport à 2009).

La croissance est devenue exponentielle dans les deux dernières années pour différentes raisons, qui ne concernent pas l'aggravation de la salubrité dans les lieux de travail. Par exemple, une conscience plus mûre atteinte par les travailleurs et les employeurs par rapport au phénomène, avec l'émergence corrélée des soi-disant maladies "perdues". Les nombreuses initiatives de formation/information qui ont été entreprises par l'INAIL et par les autres opérateurs publics et privés du secteur ont certainement contribué dans ce sens. En outre, dans les nouveaux tableaux des maladies professionnelles figurent aussi les maladies musculo-squelettiques qui sont causées par une surcharge biomécanique. Ces pathologies sont devenues ces dernières années, en Italie aussi, la première cause de maladie professionnelle et constituent presque 60% des déclarations en 2010.

Les atteintes des disques intervertébraux (plus de 9.000 déclarations) et les tendinites (plus de 8.000) sont les pathologies les plus fréquentes : elles ont presque doublé en cinq ans d'observation. A cette accélération, particulièrement évidente dans les deux dernières années, a certainement contribué l'effet de l'entrée en régime du D.M. du 9 avril 2008 qui, en insérant ces pathologies dans le tableau, leur a attribué "la présomption légale d'origine", en facilitant et en encourageant le recours à la protection d'assurance.

Les maladies de l'amiante, aussi, sont en augmentation, alors que les données relatives aux tumeurs d'origine professionnelle sont encore sous-estimées, vue la difficulté objective de trouver leur lien causal.

En outre, la situation difficile et parfois la précarité des conditions de travail ont amené aussi à déclencher chez certains travailleurs des troubles et des malaises psychologiques, jusqu'à donner lieu, dans certains cas, à des véritables maladies qui peuvent être définies synthétiquement comme des "troubles psychiques de stress lié au travail".

Tableau n° 9 – Maladies professionnelles qui se sont manifestées dans la période 2006-2010 et déclarées par gestion

Gestione	2006	2007	2008	2009	2010
Agricoltura	1.447	1.646	1.833	3.924	6.380
Industria e servizi	24.988	26.770	27.775	30.457	35.548
Dipendenti conto Stato	317	389	355	372	419
<b>Totale</b>	<b>26.752</b>	<b>28.805</b>	<b>29.963</b>	<b>34.753</b>	<b>42.347</b>

Gestion	2006	2007	2008	2009	2010
Agriculture					
Industrie et services					
Employés compte État					
<b>Total</b>					

La différence qui a été relevée par le Comité entre les données sur les accidents qui sont indiquées par EUROSTAT et celles qui sont rapportées (dans un nombre supérieur) par l'INAIL, est due, probablement à la méthodologie qui est adoptée par EUROSTAT, qui exclut, dans le relevé des accidents dans le travail, ceux qui ont lieu "sur le chemin du travail".

Les données de l'INAIL sont celles qui sont reconnues officiellement sur le territoire national et qui doivent être considérées comme étant fiables. Cela est confirmé par le fait que l'INAIL est l'organisme dispensateur duquel dépendent les prestations sanitaires et économiques, les soins, la rééducation et la réinsertion dans la vie sociale et professionnelle à l'égard de ceux qui subissent des dommages physiques à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle.

Concernant l'autre demande du Comité sur les mesures qui sont prévues pour améliorer l'évolution des accidents relative aux travailleurs atypiques, il est à noter que, pour ce type de travailleurs aussi, on a enregistré une diminution sensible des accidents dans la période de référence, comme on l'a montré au début du paragraphe par rapport aux accidents en général. Cela est du aussi aux nouvelles dispositions normatives visées au Texte Unique (Décret législatif n° 81/2008), qui prévoient, comme on le sait, l'extension des dispositions en matière de santé et de sécurité, pour la prévention des accidents et des maladies professionnelles, au travailleur qui, indépendamment du type de contrat, exerce une activité professionnelle dans le cadre de l'organisation d'un employeur public ou privé, avec ou sans salaire, même dans le seul but d'apprendre un métier, un art ou une profession.

#### *Accidents et travailleurs étrangers*

Les dernières données de l'ISTAT sur la population étrangère résidente en Italie indiquent la présence de plus de 4,2 millions d'étrangers, soit 7% du total des résidents, en croissance par rapport à 2009 lorsque le pourcentage était de 6,5%.

Si on ajoute à ceux-ci les personnes qui résident régulièrement, tout en n'étant pas encore inscrites au registre d'état civil, on arrive, d'après les estimations du Dossier Statistique de l'Immigration

2010 de la Caritas, à environ 4,9 millions) (1 immigré pour 12 résidents). En outre, on estime que les “clandestins” sont entre 500 et 700.000.

Au cours de l'année 2009, le nombre d'étrangers a augmenté de 343.764 unités (+8,8%), une augmentation encore très élevée, bien qu'inférieure à celle des deux années précédentes, principalement par suite de la diminution des entrées depuis la Roumanie (membre UE).

Environ 50% des résidents étrangers proviennent des pays de l'Est européen ; rien que de la Roumanie, environ 888.000 citoyens sont arrivés en Italie. Le nombre d'étrangers provenant des pays qui ont adhéré récemment à l'Union européenne est en hausse, tout comme les étrangers qui proviennent des pays de l'Est européen qui n'appartiennent pas à l'Union. Le pourcentage de citoyens provenant des pays asiatiques est également en hausse (+11,6%).

En 2010, les travailleurs étrangers assurés par l'INAIL ont été un peu moins de 2,7 millions, 1,6% en moins que l'année précédente.

Cette baisse a été déterminée principalement par la diminution des travailleurs de sexe masculin (-4,0% sur 2009). Les travailleuses ont augmenté, en effet, par rapport à 2009 (+1,3%), même si moins que l'année précédente.

Tableau n° 1

*Travailleurs étrangers assurés à l'INAIL dans la période 2006-2010 par sexe*

Sexe	2006	2007	2008	2009	2010
Hommes	1.247.459	1.421.164	1.536.107	1.477.588	1.417.936
Femmes	927.528	1.081.391	1.196.741	1.236.152	1.251.872
<b>Total</b>	<b>2.174.987</b>	<b>2.502.555</b>	<b>2.732.848</b>	<b>2.713.740</b>	<b>2.669.808</b>
Variation % année précédente	-	15,1	9,2	-0,7	-1,6
Variation % par rapport à 2006	-	15,1	25,6	24,8	22,8
% de femmes sur le total	42,6	43,2	43,8	45,6	46,9

Source : Banque de données des assurés à l'INAIL – il s'agit de travailleurs équivalents rapportés à l'année

Il faut signaler une amélioration en ce qui concerne les accidents mortels, qui ont encore diminué en passant de 144 en 2009 à 138 en 2010.

En général, 94,4% des accidents des étrangers se vérifient dans l'Industrie et les Services, 4,9% dans l'Agriculture et 0,7% parmi les Employés pour le compte de l'État.

Le secteur le plus frappé, comme on le sait, est celui du Bâtiment qui, avec un peu plus de 15 mille accidents, couvre 12,5% de l'ensemble des déclarations. Le secteur, caractérisé par un haut facteur de risque, est le premier aussi par nombre de décès, qui, tout en étant en forte baisse par rapport à 2009, ont été quand même 32.

Suivent les Transports (7,8%) et les Services aux entreprises (7,7%) qui englobent aussi les activités de nettoyage dans lesquelles la concentration de travailleurs étrangers est élevée.

En termes d'incidence des accidents survenus aux travailleurs étrangers par rapport à l'ensemble, il faut relever le cas du secteur relatif au Personnel domestique, en entendant par là les employées de maison et les aides à domicile, dans lequel 77 accidents sur 100 concernent justement des travailleurs immigrés, principalement des femmes.

La distribution des accidents dans le travail par âge des immigrés reflète fondamentalement celle des assurés; il s'agit principalement de jeunes : environ 43% ont moins de 35 ans et 88% ont moins de 50 ans. En ce qui concerne, par contre, tous les travailleurs, les pourcentages sont plus bas et respectivement 29% et 73%.

Le pourcentage d'accidents à attribuer aux plus de soixante-cinq étrangers est à peine de 0,2% contre 1,3% rapporté à l'ensemble des accidentés.

Les différences de genre sont légères, mais il faut cependant signaler que le pourcentage d'accidents déclarés par les femmes d'un âge compris entre 50 et 64 ans est environ 60% plus élevée que le pourcentage correspondant des hommes (16,1% contre 9,7%). Bien que les jeunes restent les plus frappés par les événements avec des conséquences mortelles, il faut relever que la part des cas

afférents aux jeunes de moins de 35 ans, qui était la plus élevée en 2009 et qui en 2010 était de 48%, s'est considérablement réduite en baissant à 37%.

En définitive, le pourcentage de cas mortels qui ont frappé les travailleurs jusqu'à 50 ans est resté à peu près inchangé (86,2% contre 85,3% en 2009), mais les pourcentages se sont invertis entre la tranche d'âge jusqu'à 34 ans et la tranche d'âge suivante 35-49 ans.

### ***Activité d'inspection***

Dans la ligne de l'action de réforme organisationnelle et fonctionnelle qui a été menée à terme avec la Directive du Ministre du Travail et des Politiques Sociales du 18 septembre 2008 sur les "Services d'inspection et activités de surveillance", la Direction Générale pour l'Activité d'Inspection du Ministère du Travail et des Politiques Sociales a voulu poursuivre l'activité de programmation de la surveillance, en tenant compte des particularités des phénomènes d'irrégularité dans les divers cadres locaux et d'un grand impact sur le plan économique et social comme *le travail au noir, la sécurité au travail, le travail irrégulier d'étrangers*.

On rapporte ci-après les données relatives à l'activité qui a été effectuée par le personnel d'inspection du Ministère du Travail et des Politiques Sociales (composé d'environ 4.000 unités), surtout en ce qui concerne son secteur de compétence, en matière de santé et de sécurité sur les lieux de travail, relatives à la période 2008-2009-2010, qui ont été transmises par la Direction Générale de l'activité d'inspection du Ministère du Travail. Cela à preuve de l'effectivité de l'inspection du travail.

Suivront les données relatives aux interventions d'inspection des ASL (Agences sanitaires locales), auxquelles, comme on l'a déjà dit dans le par. 1, aux termes de l'art. 13 du décret législatif n° 81/2008, est attribuée en règle générale la surveillance sur l'application de la législation en matière de santé et de sécurité dans les lieux de travail.

A ce propos, il est à noter que, pour éviter des superpositions dans les secteurs de compétence commune (en l'espèce, celui du bâtiment), le Ministère du Travail exerce l'activité de surveillance, en informant au préalable le service de prévention et de sécurité de l'Agence Sanitaire Locale qui est territorialement compétente.

On renvoie à toutes fins utiles en ce qui concerne l'activité de rationalisation et de coordination des interventions d'inspection, à ce qui est rapporté au par. 1, même en ce qui concerne la constitution du Comité ad hoc, en vertu de l'art. 5 du Texte Unique.

### **Année 2008**

Au cours de l'année 2008, **188.655** entreprises ont été inspectées dans l'ensemble, dont **21.776** (soit **11,54 %** du total des entreprises inspectées) ont été soumises à des contrôles concernant la vérification du respect des obligations en matière de santé et sécurité sur les lieux de travail, dans le secteur du bâtiment.

Le rapport en pourcent entre le nombre d'entreprises inspectées et le nombre d'entreprises irrégulières, au regard de la lutte contre le travail au noir et de la défense des conditions de travail, a été, pour l'année 2008, de **49%**, tandis que le rapport en pourcent relatif aux irrégularités en matière de santé et sécurité dans le secteur du bâtiment a été de **62%**.

En particulier, dans le secteur du bâtiment, dans l'année de référence, **28.892** sanctions administratives ont été infligées et **24.830** violations pénales ont été relevées.

On rapporte ci-après un tableau comprenant les infractions administratives (pour des violations différentes de celles en matière de santé et sécurité dans le travail) et pénales (pour des violations en matière de santé et sécurité) qui ont été constatées, distinguées selon le type de violation.

### **INFRACTIONS ADMINISTRATIVES**

<i>Typologie de violation</i>	<i>Nb de violations</i>
Maxi-sanction	3.538
Badge d'identification	6.145
Registre de chantier	97
Communication d'embauche préalable	5.278
Autre	13.834
<b>TOTAL</b>	<b>28.892</b>

### **INFRACTIONS PÉNALES**

<i>Typologie de violation</i>	<i>Nb de violations</i>
Surveillance sanitaire	1.759
Formation et information	1.476
Autre	21.595
<b>TOTAL</b>	<b>24.830</b>

A celles-ci s'ajoutent **10.936** violations concernant la discipline en matière d'heures de travail.

En outre, relativement aux relations de travail par rapport auxquelles, à l'occasion des visites d'inspection, on a relevé des violations administratives ou pénales, on signale que, au cours de l'année 2008, on a constaté **173.289** travailleurs irréguliers dont **49.510 (28,57 %)** totalement au noir.

En ce qui concerne spécifiquement le secteur du bâtiment, le nombre de travailleurs employés était de **90.077**, dont **15.115** irréguliers, avec un nombre de travailleurs totalement au noir égal à **4.472 (29.58 %)**.

Enfin, on rapporte que, dans la période janvier-décembre 2008, à travers du contrôle effectué sur tout le territoire national, au total **3.978** mesures de suspension de l'activité d'entreprise ont été adoptées, dont **1.535** à l'encontre d'entreprises du secteur du bâtiment (35,58% du total).

La révocation des mesures de suspension, suite à la régularisation, a intéressé **2.687** entreprises (soit **68%** des suspensions).

### **Année 2009**

Au cours de l'année 2009, **167.346** entreprises ont été inspectées dans l'ensemble, dont **30.010** (soit **17,93 %** du total des entreprises inspectées) ont été soumises à des vérifications en matière de santé et sécurité sur les lieux de travail dans le secteur du bâtiment.

Le rapport en pourcentage entre le nombre d'entreprises inspectées et le nombre d'entreprises irrégulières, au regard de la lutte contre le travail au noir et de la défense des conditions de travail, a été pour l'année 2009, de **41%**, tandis que le rapport en pourcentage relatif aux irrégularités en matière de santé et sécurité dans le secteur du bâtiment a été de **56%**.

En particulier, dans le secteur du bâtiment, dans l'année de référence, **24.527** sanctions administratives ont été infligées et **19.665** infractions pénales ont été relevées. On rapporte ci-après un tableau comprenant les infractions administratives (pour des violations différentes de celles en matière de santé et sécurité dans le travail) et pénales (pour des violations en matière de santé et sécurité) qui ont été constatées, distinguées selon le type de violation.

### **INFRACTIONS ADMINISTRATIVES**

<i>Typologie de violation</i>	<i>Nb de violations</i>
Maxi-sanction	4.479
Badge d'identification	5.397
Registre de chantier	11
Communication d'embauche préalable	5.596
Autre	9.044
<b>TOTAL</b>	<b>24.527</b>

### **INFRACTIONS PÉNALES**

<i>Typologie de violation</i>	<i>Nb de violations</i>
Surveillance sanitaire	1.365
Formation et information	1.092
Autre	17.271
<b>TOTAL</b>	<b>19.665</b>

A celles-ci s'ajoutent **22.124** violations concernant la discipline en matière d'heures de travail.

En outre, relativement aux relations de travail par rapport auxquelles, à l'occasion des visites d'inspection, on a relevé des violations administratives ou pénales, on signale que, au cours de l'année 2009, on a constaté **173.680** travailleurs irréguliers dont **50.370 (29,00 %)** totalement au noir.

En ce qui concerne spécifiquement le secteur du bâtiment, le nombre de travailleurs employés était de **81.687**, dont **13.464** irréguliers, avec un nombre de travailleurs totalement au noir égal à **5.720 (42,48 %)**.

Enfin, on rapporte que, dans la période janvier-décembre 2009, au travers du contrôle effectué sur tout le territoire national, au total **4.770** mesures de suspension de l'activité d'entreprise ont été adoptées, dont **1.771** à l'encontre d'entreprises du secteur du bâtiment (**37%** du total).

La révocation des mesures de suspension, suite à la régularisation, a intéressé **3.692** entreprises (soit **77%** des suspensions).

### **Année 2010**

Au cours de l'année 2010, **149.261** entreprises ont été inspectées dans l'ensemble, dont **29.729** (soit **19,91 %** du total des entreprises inspectées) ont été soumises à des contrôles en matière de santé et de sécurité sur les lieux de travail dans le secteur du bâtiment.

Le rapport en pourcent entre le nombre d'entreprises inspectées et le nombre d'entreprises irrégulières, au regard de la lutte contre le travail au noir et de la défense des conditions de travail, a été pour l'année en question, de **55%**, tandis que le rapport en pourcent relatif aux irrégularités en matière de santé et de sécurité dans le secteur du bâtiment a été de **64%**.

En particulier, dans le secteur du bâtiment, dans l'année de référence, **35.780** sanctions administratives ont été infligées et **24.321** infractions pénales ont été relevées.

On rapporte ci-après un tableau comprenant les infractions administratives et pénales qui ont été constatées, distinguées selon le type de violation.

#### **INFRACTIONS ADMINISTRATIVES**

<i>Typologie de violation</i>	<i>Nb de violations</i>
Maxi-sanction	6.046
Badge d'identification	7.678
Registre de chantier	4
Communication d'embauche préalable	8.850
Autre	13.202
<b>TOTAL</b>	<b>35.780</b>

#### **INFRACTIONS PÉNALES**

<i>Typologie de violation</i>	<i>Nb de violations</i>
Surveillance sanitaire	1.715
Formation et information	1.350
Autre	21.256
<b>TOTAL</b>	<b>24.321</b>

A celles-ci s'ajoutent **26.951** violations concernant la discipline en matière d'heures de travail.

En outre, relativement aux relations de travail par rapport auxquelles, à l'occasion des visites d'inspection, on a relevé des violations administratives ou pénales, on signale que, au cours de l'année 2010, on a constaté **157.574** travailleurs irréguliers dont **57.186 (36,29 %)** totalement au noir.

En ce qui concerne spécifiquement le secteur du bâtiment, le nombre de travailleurs employés était de **83.268**, dont **16.935** irréguliers, avec un nombre de travailleurs totalement au noir égal à **7.374 (43,54 %)**.

Enfin, on rapporte que, dans la période janvier-décembre 2010, au travers du contrôle effectué sur tout le territoire national, au total **7.651** mesures de suspension de l'activité d'entreprise ont été adoptées.

On précise que la plupart des entreprises destinataires des suspensions rentrent dans le secteur du bâtiment, dans lequel ont été adoptées **2.525** mesures (**33%** du total).

La révocation des mesures de suspension, suite à la régularisation, a intéressé **6.056** entreprises (soit **79%** des suspensions).

Comme demandé ultérieurement par le Comité, on communique que le nombre total de travailleurs dans le pays s'élève à environ 23 millions, tandis que le nombre de travailleurs au noir, comme on l'a déjà rapporté dans la partie relative aux accidents, s'élève à environ 3 millions.

Ci-après, comme on l'a dit ci-dessus, on rapporte également les données relatives à l'activité de surveillance qui a été effectuée par les Départements de Prévention des Agences Sanitaires Locales (ASL), dans la période de référence 2008-2009-2010, en complément de celles qui ont été fournies

dans la réponse qui a été donnée au cas de non-conformité, inhérent à ce paragraphe, et envoyée par écrit dans l'année 2010 (période 2005-2006-2007).

A titre préliminaire, on expose ce qui suit.

L'activité de surveillance des services de prévention des ASL comprend un ensemble articulé de fonctions de contrôle : parmi elles figure l'objectif de la réalisation du niveau minimum de couverture, qui est constitué par le nombre de contrôles sur la santé et la sécurité des milieux de travail.

A partir de 2007, l'année dans laquelle a été signé le Pacte État-Régions<sup>3</sup> pour la promotion de la santé et de la sécurité dans les lieux de travail, il y a eu une augmentation d'environ 35% des entreprises inspectées et de 28% des chantiers inspectés.

La stratégie concertée au travers du Pacte susdit s'est articulée dans les points suivants :

- planification des activités de prévention en coordination entre les Organismes et les parties sociales au sein du Comité de Coordination Régional, art. 7 du Décret Législatif n° 81 du 9 avril 2008, afin de développer des interventions orientées vers l'augmentation des niveaux de sécurité et de protection de la santé au travers de la surveillance ciblée aux priorités de santé.
- pleine couverture des Niveaux d'Assistance Essentiels (contrôle de 5% des unités locales avec des employés ou assimilés), en orientant les activités des services des ASL vers les priorités de santé et la lutte contre les risques les plus graves.
- développement des flux informatifs de prévention régionaux, partagés entre les Organismes, en partant des flux informatifs existants sur les accidents et les maladies professionnelles.
- développement de systèmes de surveillance sur les accidents mortels et sur les maladies professionnelles, basés sur les enquêtes effectuées par les opérateurs des ASL, et sur les travailleurs anciennement exposés à des facteurs cancérigènes.

La vérification des volumes d'activités 2010 montre comme le système de prévention régional dans les milieux de travail est en mesure de garantir dans l'ensemble la couverture des Niveaux d'Assistance Essentiels (contrôle de 5 % des unités locales avec des employés ou assimilés) en orientant les interventions vers les priorités de santé et selon des logiques d'efficacité.

Dans ce cadre s'insère l'action effectuée par les Comités de Coordination Régionaux des activités de prévention et surveillance en matière de santé et sécurité dans le travail aux termes de l'art. 7 du Décret législatif n° 81 du 9 avril 2008, institués dans toutes les Régions et Provinces Autonomes, qui ont concrétisé leur engagement en élaborant la Planification de l'activité de prévention et surveillance qui doit être effectuée en coordination entre les Organismes qui ont des compétences en matière de sécurité et régularité du travail.

La planification a poursuivi l'homogénéisation des pratiques de contrôle de la part des services, afin de garantir l'uniformité maximale des produits qui sont dispensés dans le cadre régional. A cette fin, diverses procédures opérationnelles orientées vers les principaux secteurs à risque, comme le *bâtiment* et l'*agriculture*, ont été émises

L'homogénéité des actions sur le territoire dans ces deux secteurs a été recherchée au travers du partage des objectifs qualitatifs et quantitatifs qui sont définis dans le Plan National de l'Agriculture

---

<sup>3</sup> D.P.C.M. 17 décembre 2007: "*Pacte pour la santé et la sécurité dans les lieux de travail*" en exécution de l'accord du 1<sup>er</sup> août 2007, dans le Plan National de la Prévention 2010-2012 et dans l'art. 7 du Décret législatif 81, relatif à l'activation des Comités régionaux de Coordination entre les Administrations Publiques qui sont préposées au contrôle dans les milieux de travail.

et dans le Plan National du Bâtiment. Ces deux Plans ont été approuvés par la Conférence des Présidents des Régions, par le Comité pour l'orientation et l'évaluation des politiques actives et pour la coordination nationale des activités de surveillance en matière de santé et sécurité dans le travail, en vertu de l'art. 5 du Décret législatif. 81/08, et par la Commission en vertu de l'art. 6 du Décret législatif 81/08.

Dans le détail, le Plan National de Prévention dans le Bâtiment engage les Régions et les Provinces Autonomes à augmenter le volume et la qualité de l'activité déjà effectuée dans le secteur du bâtiment : 50.000 chantiers, subdivisés de manière proportionnelle entre les Régions.

Le Plan prévoit aussi que 20% des chantiers soient contrôlés de manière coordonnée entre les Administrations, de façon à conjuguer la sécurité au travail avec la régularité des relations de travail et la chaîne des passations de marchés.

Le Plan National de Prévention dans l'Agriculture engage, enfin, les Régions et les Provinces Autonomes à augmenter le contrôle dans l'agriculture pour lutter contre les risques mortels.

Le tableau suivant (3) résume les principales actions qui sont réalisées par les ASL.

Les figures suivantes détaillent les activités qui ont été effectuées par le système des Régions dans les dernières années.

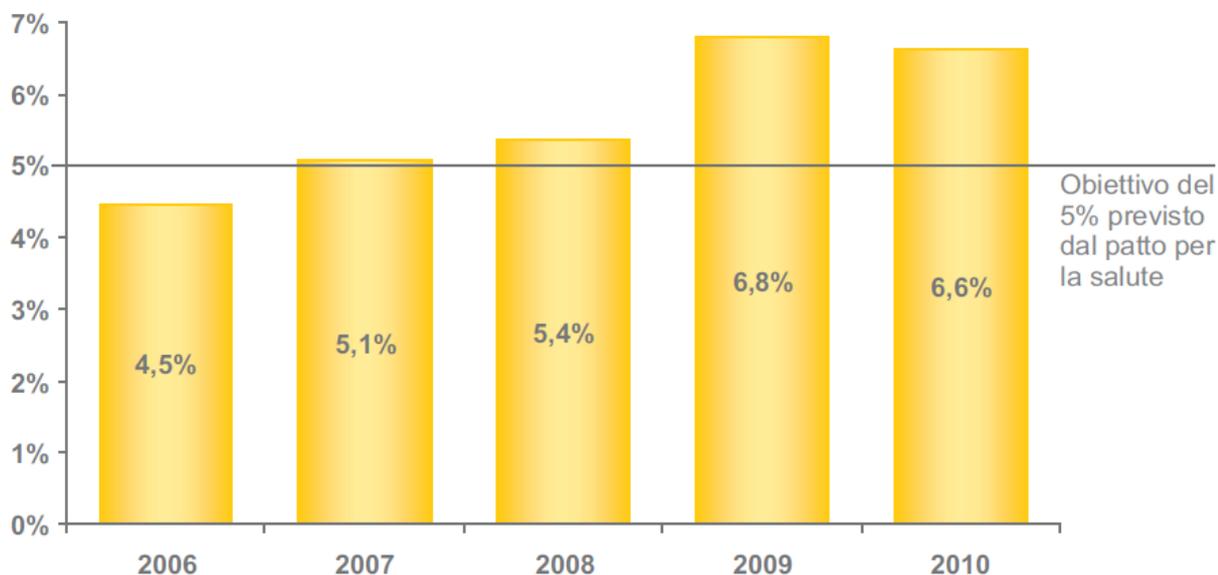
Tabella 3: Monitoraggio attuazione DPCM 21.12.2007 e dati generali di vigilanza, periodo 2007-2010.

	2007	2008	2009	2010
N° Totale aziende oggetto di ispezione (comprese ispezioni per rilascio pareri)	120.196	138.510	158.663	162.525
N° cantieri edili ispezionati	41.457	51.913	54.343	53.165
N° di cantieri edili non a norma	21.682	22.999	21.546	19.443
Cantieri edili non a norma su cantieri edili ispezionati	52,3%	44,3%	39,6%	36,6%
N° aziende agricole ispezionate	3.701	4.178	4.740	5.980
N° aziende agricole non a norma (N° di verbali di prescrizione)	n. d.	663	763	1.055
Aziende agricole non a norma su aziende agricole ispezionate	n. d.	15,9%	16,1%	17,6%
N° inchieste infortuni concluse	21.573	21.682	19.273	16.337
N° inchieste malattie professionali concluse	8.603	10.417	10.214	8.863
N° aziende o cantieri controllati con indagini di igiene industriale	3.552	3.658	2.261	3.519

**Tableau 3** : Monitoring de l'application du Décret du Président du Conseil des Ministres du 21.12.2007 et données générales de surveillance, période 2007-2010.

	2007	2008	2009	2010
Nb total d'entreprises objet d'une inspection (y compris les inspections pour la délivrance d'un avis)				
Nb de chantiers de construction inspectés				
Nb de chantiers de construction non aux normes				
Chantiers de construction non aux normes sur chantiers de construction inspectés				
Nb d'exploitations agricoles inspectées				
Nb d'exploitations agricoles non aux normes (Nb de procès-verbaux de prescription)				
Exploitations agricoles non aux normes sur exploitations agricoles inspectées				
Nb d'enquêtes d'accidents conclues				
Nb d'enquêtes de maladies professionnelles conclues				
Nb d'entreprises ou de chantiers contrôlés avec des enquêtes d'hygiène industrielle				

**Figura 1:** Percentuale delle aziende con dipendenti o equiparati ispezionate dai servizi di prevenzione delle ASL, periodo 2006 - 2010. Dopo il DPCM 17.12.2007 la percentuale si è mantenuta stabilmente al di sopra del livello previsto fin dal 2007 con un incremento progressivo del risultato.



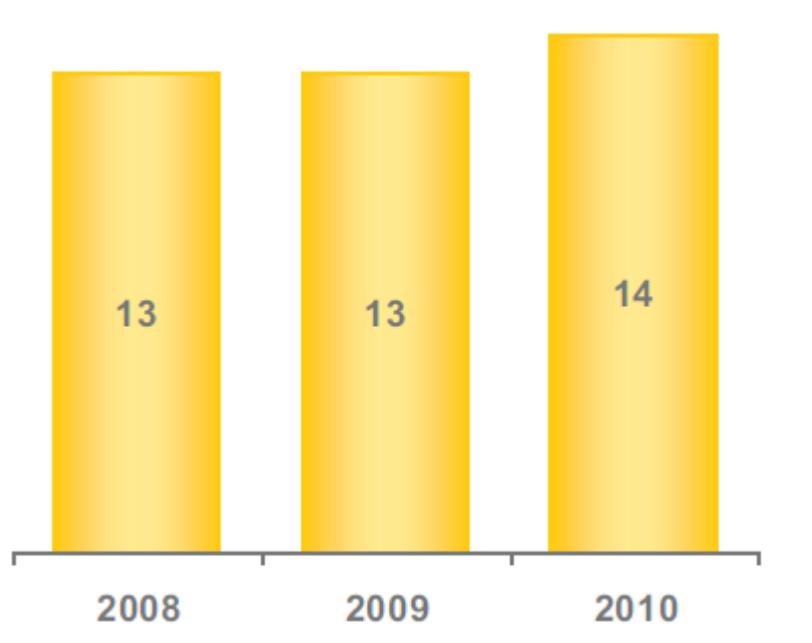
Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

**Figure 1** : Pourcentage des entreprises avec des employés ou assimilés inspectées par les services de prévention des ASL, période 2006-2010. Après le Décret du Président du Conseil des Ministres du 17.12.2007, le pourcentage s'est maintenu stablement au-dessus du niveau prévu depuis 2007 avec une hausse progressive du résultat.

Objectif de 5% prévu par le pacte pour la santé

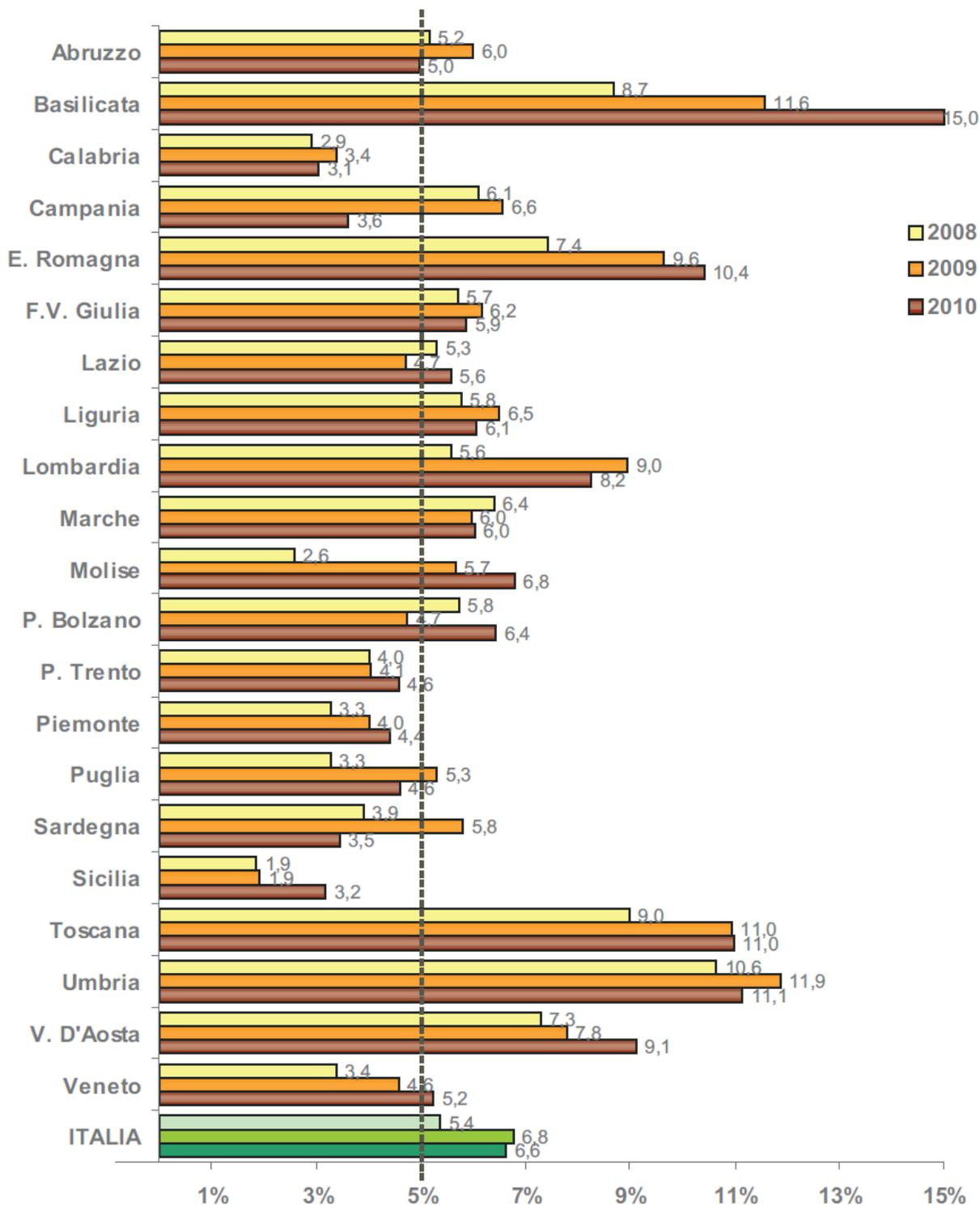
Source : *Monitoraggio effettuato per la coordinazione tecnica delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.*

**Figure 2 : Nombre régionaux au-dessus de 5% d'entreprises inspectées, période 2008-2010.**  
En 2010, les Régions qui ont atteint l'objectif de 5% ont augmenté, tandis que le pourcentage total italien s'est stabilisé, en indiquant un ajustement du système qui ne vise plus uniquement à présent le nombre de contrôles, mais aussi à orienter l'activité vers des situations à plus grand risque.



*Source : Monitoring effectué par la coordination technique des régions et provinces autonomes, élaboration PREO.*

Figura 3: Percentuale di aziende con dipendenti ispezionate nelle regioni, periodo 2008-2010.



Fonte: Monitoraggio effettuato dal coordinamento tecnico delle regioni e province autonome, elaborazione PREO.

**Figure 3** : Pourcentage d'entreprises avec des employés inspectées dans les régions, période 2008-2010.

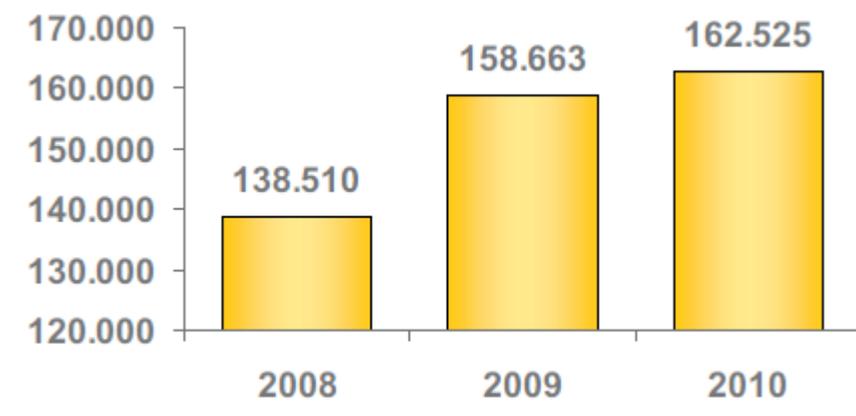
Abruzzes  
Basilicate  
Calabre  
Campanie  
Emilie-Romagne  
Frioul-Vénétie-Julienne  
Latium  
Ligurie  
Lombardie  
Marches  
Molise  
Province de Bolzano  
Province de Trente  
Piémont  
Pouilles  
Sardaigne  
Sicile  
Toscane  
Ombrie  
Val d'Aoste  
Vénétie  
ITALIE

*Source : Monitoring effectué par la coordination technique des régions et provinces autonomes, élaboration PREO.*

L'objectif indiqué par le Pacte pour la santé et la sécurité dans les lieux de travail est atteint et garanti au niveau national, malgré la présence d'hétérogénéités territoriales. Le résultat principal concerne l'amélioration quantitative des prestations qui a été poursuivie depuis 2006, mais aussi l'amélioration qualitative (efficacité et adéquation) car l'action de prévention a été orientée vers les secteurs à plus grand risque pour la santé. L'adoption d'un système de monitoring des niveaux de productivité et l'action de *benchmarking* comme méthode d'amélioration continue, ont favorisé l'augmentation des niveaux d'efficacité indiqués.

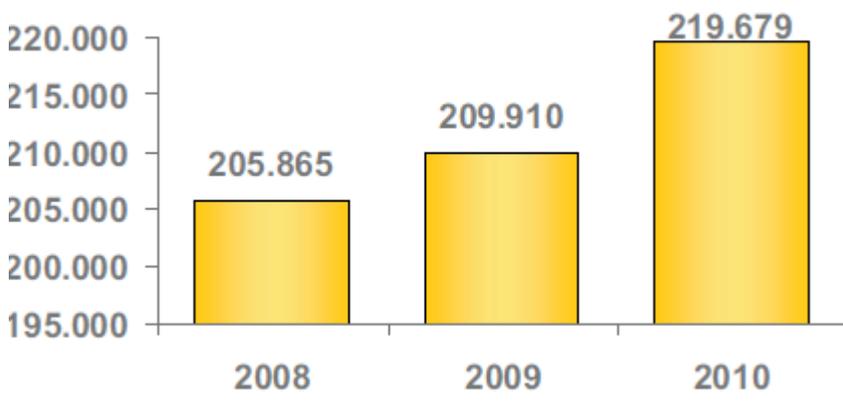
En examinant en détail les activités spécifiques qui ont été accomplies, on remarque que les contrôles effectués ont augmenté en valeur absolue (plus de 160.000 entreprises inspectées en 2010 avec presque 220.000 contrôles sur place), tandis que les violations relevées sont en baisse progressive dans tous les secteurs.

**Figure 4** : Nombre d'entreprises inspectées dans tous les secteurs de production, période 2008-2010



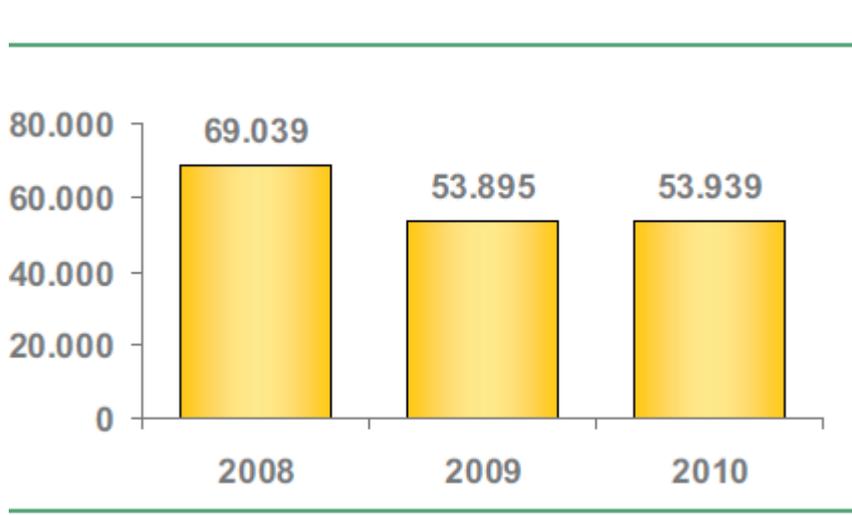
Source : *Monitoring effectué par la coordination technique des régions et provinces autonomes, élaboration PREO.*

**Figure 5** : Nombre total de contrôles sur place effectués dans tous les secteurs de production, période 2008-2010



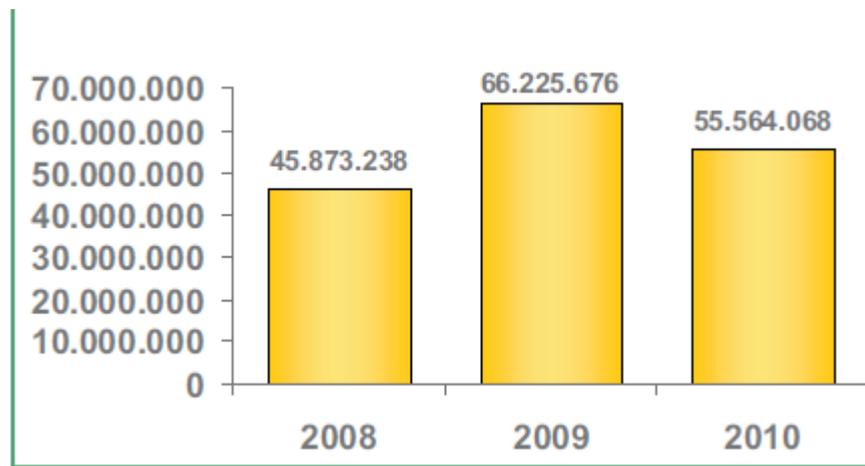
Source : *Monitoring effectué par la coordination technique des régions et provinces autonomes, élaboration PREO.*

**Figure 6** : Nombre de violations relevées dans tous les secteurs de production, période 2008-2010



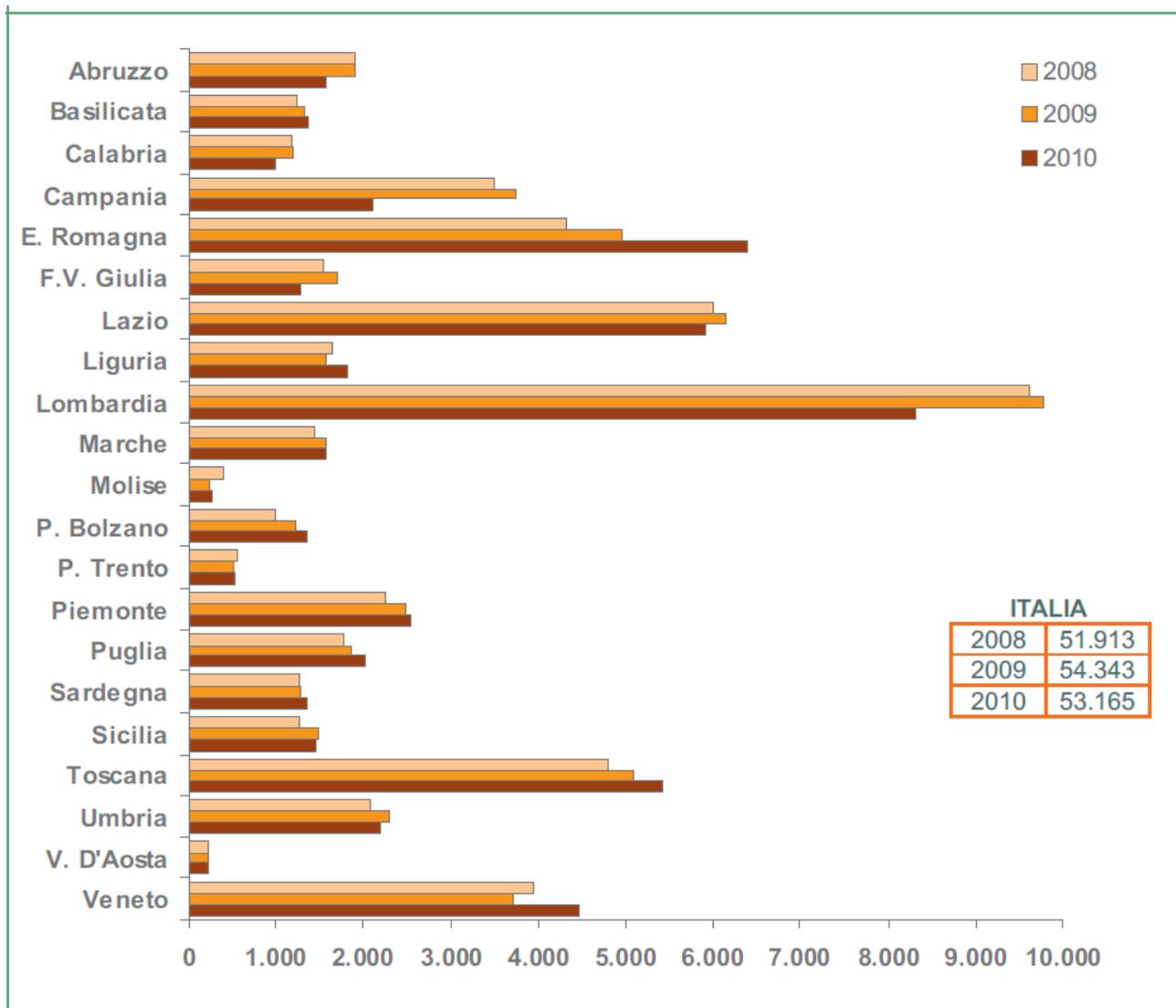
Source : *Monitoring effectué par la coordination technique des régions et provinces autonomes, élaboration PREO.*

**Figure 7** : Montant total de toutes les sanctions (administratives et pénales selon le Décret législatif 758/96) dans tous les secteurs de production, période 2008-2010



Source : *Monitoring effectué par la coordination technique des régions et provinces autonomes, élaboration PREO.*

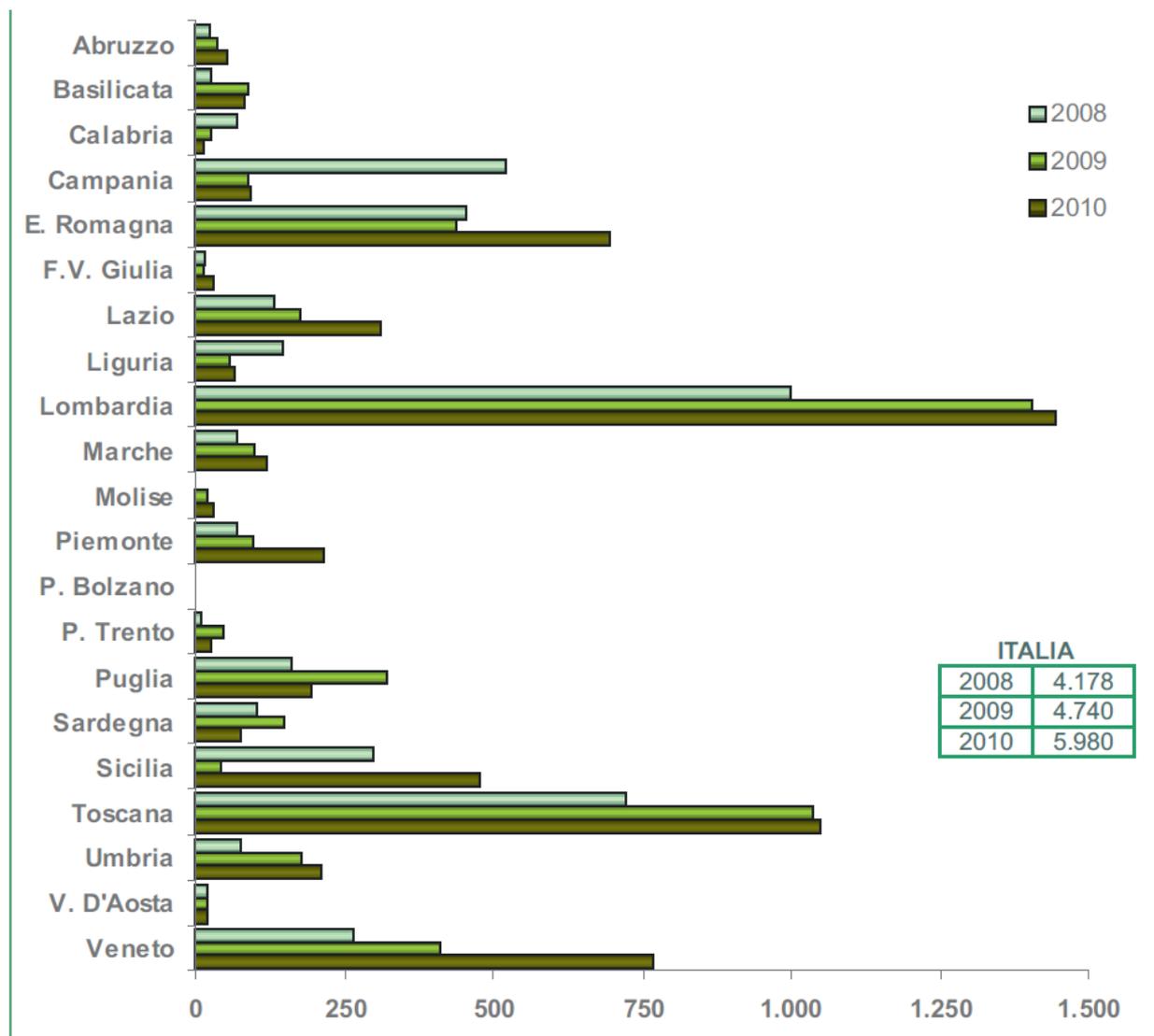
**Figure 8 :** Nombre de chantiers inspectés dans les régions, période 2008-2010.  
L'objectif national total est de 50.000 chantiers par an.



- Abruzzes
- Basilicate
- Calabre
- Campanie
- Emilie-Romagne
- Frioul-Vénétie-Julienne
- Latium
- Ligurie
- Lombardie
- Marches
- Molise
- Province de Bolzano
- Province de Trente
- Piémont
- Pouilles
- Sardaigne

Sicile  
 Toscane  
 Ombrie  
 Val d'Aoste  
 Vénétie

**Figure 11** : Nombre d'exploitations agricoles inspectées dans les régions, période 2008-2010.  
 L'objectif national proposé par le groupe de travail agriculture est de 10.000 exploitations par an.



Abruzzes  
 Basilicate  
 Calabre  
 Campanie  
 Emilie-Romagne  
 Frioul-Vénétie-Julienne  
 Latium  
 Ligurie  
 Lombardie  
 Marches  
 Molise  
 Piémont

Province de Bolzano  
Province de Trente  
Pouilles  
Sardaigne  
Sicile  
Toscane  
Ombrie  
Val d'Aoste  
Vénétie

*Source : Monitoring effectué par la coordination technique des régions et provinces autonomes, élaboration PREO.*

On souligne enfin comme un esprit de collaboration loyale entre l'État et les Régions a permis de mettre en œuvre diverses mesures d'application du décret législatif n° 81 du 9 avril 2008. D'autres mesures jugées prioritaires permettront de stabiliser le système de prévention régional sur des niveaux qualitatifs plus élevés. On signale en particulier:

- l'art. 8, SINP : Système Informatif National de la Prévention (cité à plusieurs reprises), qui permettra de planifier les activités selon des principes d'efficacité, économie et adéquation de l'action préventive, en garantissant, en même temps, des synergies entre les Administrations publiques et en évitant des duplications des interventions.
- l'art. 40 : en vue d'améliorer l'efficacité de l'action de prévention effectuée par les médecins compétents en coordination avec les Services des ASL.

#### **Par. 4**

Il est à noter, enfin, qu'il n'est pas possible de fournir la donnée qui est demandée par le Comité sur le pourcentage d'entreprises qui sont dotées de services de surveillance sanitaire car celle-ci ne peut pas être relevée pour le moment.

En annexe vous trouverez les réponses aux cas de non-conformité dont aux paragraphes 1 et 3 du présent article.

#### **Article 3 alinéa 1**

*« Le Comité conclut que la situation de l'Italie n'est pas conforme à l'article 3§1 de la Charte révisée, au motif que l'existence d'une politique nationale appropriée en matière de santé et de sécurité en milieu professionnel n'est pas établie ».*

En rapport avec la conclusion tirée par le Comité européen des droits sociaux sur l'absence d'une politique nationale adéquate en matière de santé et de sécurité au travail, nous soulignons toutefois que, suite à la réforme récente des normes de santé et de sécurité au travail, on a établi un système national de débat, de définition et d'application des orientations et des politiques en matière de santé et de sécurité au travail. Ce système est régulièrement établi par la loi et vise à imposer un cadre commun pour les activités à mener dans ce domaine de manière à les rendre nettement plus efficaces.

Grâce à la réforme récente des normes qui régissent la santé et la sécurité au travail, l'Italie s'est munie d'un système de règles préventives qui respectent à la lettre aussi bien les sources

internationales et communautaires de référence que les dispositions constitutionnelles applicables dans ce domaine. Ces dernières prévoient la compétence paritaire entre l'État et les régions afin de lutter le plus efficacement possible contre les accidents sur tous les lieux de travail publics et privés. Cette réforme a été élaborée en premier lieu grâce au **décret législatif n°81/2008** (que l'on appelle aussi texte unique sur la santé et la sécurité au travail) ainsi qu'au **décret législatif n°106/2009** par la suite. Ce décret a complété et amélioré le cadre législatif établi par la mesure prise en 2008 en tenant particulièrement compte des propositions d'amendement faites par les partenaires sociaux et les organismes administratifs compétents dans ce domaine.

Dans tous les cas, toutes les interventions proposées garantissent le respect des niveaux de protection dont bénéficient les travailleurs et leurs représentants à l'heure actuelle sur l'ensemble du territoire national ainsi que l'équilibre entre les compétences de l'État et celles des régions dans ce domaine.

En vertu des décrets législatifs n°81/2008 et n°106/2009, le respect de ces niveaux de protection et la garantie de l'homogénéité des actions publiques de prévention sont assurés par l'existence d'un système national de débat, de définition et d'application des orientations et des politiques en matière de santé et de sécurité au travail.

Le « texte unique » sur la santé et la sécurité au travail identifie et régit une série d'organismes dont le rôle permanent est de permettre :

- 1) *l'élaboration d'une stratégie nationale de prévention des accidents du travail et des maladies d'origine professionnelle grâce à l'échange entre l'État, les administrations publiques centrales (APUC) compétentes dans ce domaine, les régions et à la consultation des partenaires sociaux ;*
- 2) *l'application au niveau territorial (d'abord à l'échelle de la région puis de la province) des orientations définies en matière de prévention à l'échelle nationale ;*
- 3) *la diffusion et le partage des données concernant les accidents du travail, les maladies d'origine professionnelle ainsi que les inspections en matière de santé et de sécurité au travail avec la participation des partenaires sociaux ;*
- 4) *le débat sur les thèmes inhérents à la santé et à la sécurité au travail et leur approfondissement dans un cadre où le tripartitisme est garanti, à savoir la présence égale de représentants des administrations publiques, des employeurs et des travailleurs, l'élaboration de lignes de conduite et de bonnes pratiques au sein de ce cadre, avec une attention toute particulière pour les thèmes de la formation aux risques du travail et de leur évaluation ;*
- 5) *la mise en place de politiques nationales de soutien, y compris financier, aux actions visant à promouvoir la prévention avec une attention toute particulière pour les actions de formation et la diffusion de modèles d'organisation et de gestion de la sécurité.*

En rapport avec le premier point énoncé, il faut insister sur le fait que l'article 5 du « texte unique » sur la santé et la sécurité au travail identifie un organisme national qui sert de « chef d'orchestre » des politiques nationales de prévention permettant ainsi d'identifier les priorités, les objectifs et les délais nécessaires des activités de prévention à travers un échange permanent entre les différents membres de l'organisme.

Les axes stratégiques définis dans le cadre du Comité susvisé orientent les activités des administrations vouées à une optique d'échange et donc d'économie et d'efficacité des activités en question. Plus particulièrement, selon le deuxième point énoncé, les orientations nationales des

activités d'inspection (telles qu'elles sont définies par le Comité susvisé dans l'article 5 du « texte unique ») sont appliquées régulièrement sur le territoire national par le biais des comités territoriaux (régionaux) dont il est question dans l'article 7 du décret législatif n°81/2008 tel qu'amendé par la suite.

Les orientations régionales sont transmises à chaque province italienne par le biais d'un comité de province afin de garantir l'homogénéité des interventions de contrôle sur l'ensemble du territoire italien, en prenant également en compte les spécificités des différents territoires (ces spécificités font l'objet d'un débat au sein des comités des régions et des provinces).

La création d'un unique système d'information national pour la prévention constitue l'objectif principal de la réforme de la législation italienne sur la santé et la sécurité. À cet égard, l'article 8 du « texte unique » sur la santé et la sécurité prévoit qu'un système d'information national pour la prévention (SINP) soit établi auprès de l'INAIL (Institut national pour l'assurance contre les accidents du travail) afin de « fournir des données utiles dans le but d'orienter, de programmer, de planifier et d'évaluer l'efficacité des activités de prévention des accidents et des maladies d'origine professionnelle ainsi que pour orienter les activités de surveillance ».

Les ministères compétents en matière de santé et de sécurité (à savoir le Ministère du Travail, le Ministère de la Santé mais aussi le Ministère de l'Intérieur et le Ministère de la Défense en fonction de leurs compétences respectives), l'INAIL, les régions et les provinces autonomes de Trente et de Bolzano apportent leur contribution à ce système.

En vertu de l'article 8, alinéa 6 du décret législatif n°81/2008 tel qu'amendé par la suite, tous les membres du système d'information national pour la prévention des accidents du travail (SINP) sont tenus de fournir constamment des données concernant les domaines suivants :

- a) le cadre de la production et de l'emploi ;
- b) le cadre des risques avec une attention particulière à la problématique masculin/féminin ;
- c) le cadre relatif à la santé et à la sécurité des travailleurs et des travailleuses ;
- d) le cadre des interventions menées par les institutions compétentes ;
- e) le cadre des interventions de surveillance menées par les institutions compétentes ;
- e-bis) les données concernant les accidents du travail le seuil d'indemnisation pris en charge par l'INAIL. Ces données ont également fait l'objet d'un échange avec les partenaires sociaux.

La participation des partenaires sociaux au processus de définition des stratégies en matière de santé et de sécurité au travail en Italie est entièrement garantie notamment grâce à la clause sur leur présence permanente dans le cadre de la Commission de consultation sur la santé et la sécurité au travail telle qu'elle est définie à l'article 6 du « texte unique », ainsi que par la présence des partenaires sociaux au sein des comités régionaux telle qu'elle a été définie dans l'article 7 du décret législatif n°81/2008 et la consultation préventive sur les activités du Comité qui permettent aussi d'assurer leur participation au processus susvisé. La commission de consultation compte 10 représentants de l'État, 10 représentants des régions, 10 représentants des associations d'employeurs et 10 représentants des syndicats.

Cette commission a été constituée formellement grâce au décret ministériel du 3 décembre 2008 et elle détient des compétences considérables en matière de santé et de sécurité au travail.

Nous pouvons citer l'élaboration des procédures type pour évaluer les risques dans les petites et moyennes entreprises (PME), l'élaboration des lignes méthodologiques pour évaluer les risques liés au stress professionnel ou encore la définition des critères de qualification des formateurs comme exemples.

L'existence concrète d'une stratégie efficace pour lutter contre les accidents du travail ne peut pas se résumer à la modernisation du cadre juridique de référence que nous venons de décrire ainsi qu'à la participation des partenaires sociaux. En effet, ce processus passe aussi par la réalisation d'une série d'actions publiques et privées destinées à améliorer la prévention et les niveaux de protection sur tous les lieux de travail.

C'est pour cette raison que l'Italie tente actuellement d'accroître la coopération entre tous les acteurs des secteurs public et privé afin d'améliorer l'efficacité des activités respectives en tenant particulièrement compte des finalités définies dans le cinquième point énoncé.

Par exemple, la définition des critères d'emploi et l'allocation des fonds à des activités visant à promouvoir la santé et la sécurité (environ 50 millions d'euros) s'inscrivent dans la même optique suite à l'accord conclu le 20 novembre 2008 par la Conférence État-Régions<sup>4</sup>. Parmi les activités susvisées figurent une **campagne de communication** (dont le montant total s'élève à 20 millions d'euros) sur le thème de la santé et de la sécurité au travail (qui sera lancée sous peu) ainsi que des **activités de formation à l'échelle régionale** (dont le montant total s'élève à 30 millions d'euros). Ces fonds ont été dégagés et mis à disposition légitimement pour les activités en question. En outre, il a été demandé à chaque région de présenter un programme d'activités de formation cohérentes avec le contenu de l'accord afin d'obtenir le versement des fonds de la part du Ministère du Travail. Le Ministère du Travail a déjà versé les fonds aux régions qui ont présenté des programmes cohérents avec l'accord mentionné ci-dessus.

En ce qui concerne les fonds accordés pour l'année 2009 (plus de 37 millions d'euros), le décret interministériel a été introduit afin de répartir les financements pour les activités visant à promouvoir la santé et la sécurité au travail dans les sphères suivantes :

- **a) projets d'investissement en matière de santé et de sécurité au travail et élaboration de modèles de gestion de la sécurité pour les petites et moyennes entreprises** (5 millions d'euros) ;
- **b) financement de projets de formation** en matière de santé et de sécurité au travail (27 millions d'euros) ;
- **c) financement d'activités auprès d'instituts scolaires, universitaires et de formation visant à intégrer le thème de la santé et de la sécurité au travail dans leurs programmes pédagogiques respectifs** (5 millions d'euros). Le document en question a fait l'objet d'un débat avec les régions et les partenaires sociaux dans le cadre de la Commission de consultation sur la santé et la sécurité au travail en juin et en juillet 2009. Ce dernier a formellement obtenu l'avis favorable du Ministère de l'Économie et des Finances ainsi que celui du Ministère de l'Éducation nationale

---

<sup>4</sup> La Conférence État-Régions est chargée de favoriser la coopération entre l'activité de l'État et celle des régions et des provinces autonomes dans le cadre de la communauté nationale. Cette dernière constitue ainsi la « scène privilégiée » de la négociation politique entre les administrations centrales et le système des régions autonomes.

En vertu des points énoncés ci-dessus, nous considérons que le cas de non-conformité avec l'article 3§1 de la Charte Sociale sur l'absence d'une politique nationale adéquate en matière de santé et de sécurité au travail est désormais régularisé.

## **ARTICLE 11**

**Droit à la protection de la santé**

## §. 1

Le cadre juridique n'a pas subi de variations dans la période de référence.

Comme indiqué dans le rapport précédent, la révision constitutionnelle de 2001 a introduit à l'art. 117, alinéa 2, point m, la compétence exclusive de l'Etat sur la détermination des niveaux essentiels des prestations qui concernent les droits civils et sociaux qui doivent être garantis sur l'ensemble du territoire national. Aux Régions est confiée en revanche l'autorité concourante en matière de : "protection de la santé, protection et sécurité du travail, professions, recherche scientifique et technologique et soutien à l'innovation, alimentation, sport, prévoyance et retraite complémentaires, harmonisation des budgets publics et coordination de la finance publique et du système fiscal".

Dans ce système, le Plan Sanitaire National est l'instrument de planification principal au niveau national et définit le "grand système sanitaire" dans lequel se meuvent de nombreux sujets de gouvernement, placés dans un système subsidiaire aussi bien en termes verticaux qu'horizontaux, avec des responsabilités différentes. Le Plan développe le thème des modalités de mise en œuvre des relations entre les sujets qui sont légitimés institutionnellement à définir les politiques sanitaires par rapport aux objectifs généraux du Plan lui-même et à ceux qui ont été définis dans les politiques régionales pour la santé.

En particulier, le **Plan Sanitaire National 2011-2013** se donne comme objectif la promotion du "bien-être et de la santé des citoyens et des communautés", dans la conscience que "la vraie richesse du système sanitaire est la santé des citoyens". Il se base, donc, sur les principes de :

- responsabilité publique par la protection du droit à la santé des communautés et de la personne ;
- égalité et équité d'accès aux prestations ;
- liberté de choix ;
- information et participation des citoyens ;
- gratuité des soins dans les limites fixées par la loi ;
- globalité de la couverture de soins comme défini par les niveaux d'assistance essentiels.

Le Plan, valorisant les excellences du service sanitaire, investit dans des secteurs stratégiques comme la prévention, la recherche et les innovations médicales

Parmi les objectifs que le Plan se propose, il y a la promotion et la mise en œuvre d'une série d'interventions, parmi lesquelles :

- des prestations sur la base du tableau clinique du patient ;
- des parcours diagnostiques thérapeutiques, en fixant les temps d'attente maximums correspondants ;
- la gestion des accès par l'utilisation du système CUP (centre unique de réservation);

- une surveillance systématique des situations de suspension de la réservation et de dispensation des prestations ;
- la communication sur les listes d'attente avec des campagnes d'information et l'ouverture de Bureaux de relation avec le public.

## **L'ÉTAT DE SANTÉ DU PAYS**

Un des indicateurs globaux des conditions de santé de la population, utilisé sur le plan International par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), est celui de la perception de l'état de santé.

D'une recherche menée par l'Institut National de Statistique (ISTAT) en **2011**, dont les résultats sont rapportés dans *l'Annuaire statistique italien 2011*, **71,1%** de la population résidente en Italie a évalué que son état de santé était bon. Le taux est stable par rapport à l'année précédente, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Les femmes restent toujours désavantagées : 67,2% par rapport au 75,1% des hommes.

La perception d'un bon état de santé décroît avec l'âge. Chez les personnes âgées elle baisse à 39,4% pour la tranche d'âge 65-74 ans, jusqu'à atteindre 22,7% chez les plus de soixante-quinze ans. A âge égal, déjà à partir de 35 ans on remarque des nettes différences de genre: dans la tranche d'âge 35-44 ans, 83,5% des hommes considèrent qu'ils sont en bonne santé contre 80,6% des femmes du même âge ; les plus grandes différences sont relevées entre 65-74 ans (44,8% contre 34,7%) et à 75 ans et plus (28,2% contre 19,2%).

Au niveau territorial, le taux de personnes qui se déclarent en bonne santé est légèrement plus élevé au Nord (71,9%) par rapport au Centre (70,4%) et au Sud (70,3%). Parmi les régions italiennes, les meilleures situations par rapport à la moyenne nationale sont relevées dans le Val d'Aoste (73,7%), en Lombardie (72,9%), dans le Frioul-Vénétie Julienne (72,7%) et surtout à Bolzano et Trente (respectivement 83,5% et 80,1%).

Un autre indicateur important pour évaluer l'état de santé d'une population est la présence de pathologies chroniques, surtout dans un contexte, comme celui de l'Italie, qui est caractérisé par un taux de vieillissement de la population élevé. 38,4% des résidents en Italie ont déclaré être atteints d'au moins une des principales pathologies relevées (choisies dans une liste de 15 maladies ou conditions chroniques) ; ce taux est stable depuis 2009. Les maladies chroniques-dégénératives sont plus fréquentes dans les tranches d'âge âgées: dans la classe 55-59 ans, 54,8% en souffrent déjà, et parmi les plus de soixante-quinze ans le taux atteint 86,2%. Comme pour la santé perçue, ce sont les femmes qui sont les plus désavantagées, notamment après 44 ans.

En outre, 20% de la population a déclaré être atteint d'une ou plusieurs maladies chroniques. Parmi les personnes de plus de 75 ans, le taux atteint 67,8% (59,0% chez les hommes et 73,4% chez les femmes).

Le taux de personnes qui, tout en se déclarant atteintes d'une maladie chronique, se perçoivent dans un bon état de santé est de 42,2%, en hausse par rapport aux deux dernières années.

Les maladies ou les conditions chroniques qui sont rapportées le plus fréquemment sont : l'arthrose/arthritis (17,1%), l'hypertension (15,9%), les maladies allergiques (10,3%), l'ostéoporose (7,2%), la bronchite chronique et l'asthme bronchial (6,1%), le diabète (4,9%).

## ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE

En **2009**, selon une estimation de l'ISTAT, l'espérance de vie à la naissance était de 78,8 ans pour les hommes contre 84,1 ans pour les femmes. En analysant la population par région, on remarque une hétérogénéité dans le cadre général de vieillissement. En particulier, la Ligurie conserve la caractéristique de région la plus âgée, tandis qu'à l'extrême opposé on trouve la Campanie, où le processus de vieillissement est dans une phase moins avancée

## NATALITÉ ET MORTALITÉ

Selon les données fournies par l'ISTAT, 576.659 enfants sont nés au cours de l'année **2008** (13.000 de plus que l'année précédente). L'augmentation des naissances est surtout enregistrée dans les Régions du Centre et du Nord, tandis que dans les Régions du Sud la tendance reste à la baisse. La tendance à l'augmentation des naissances doit être mise en rapport avec une plus grande présence d'étrangers réguliers. Dans les dernières années, en effet, l'incidence des naissances d'enfants étrangers sur le total des naissances de la population résidente en Italie a fait enregistrer une très forte hausse, atteignant 12,6% des nés vivants ; en valeurs absolues il s'agissait de 72.000 naissances en 2008. Le **taux de natalité** varie de 7,5 nés pour mille habitants en Ligurie à 11,1 dans la province autonome de Bolzano, par rapport à la moyenne nationale de **9,6 pour mille**.

En **2011**, 556.000 enfants sont nés. Le taux de natalité national a atteint **9,7 pour mille**.

Du relevé des données du certificat d'assistance à l'accouchement (CeDAP) – année 2008, données du Ministère de la Santé aux termes du D.M. 16 juillet 2001 – on remarque que la distribution des enfants nés par classes de poids à la naissance est pratiquement inchangée par rapport aux années précédentes. Des poids inférieurs à 1500 grammes sont observés chez environ 1% des enfants nés, 6% avaient un poids compris entre 1500 et 2499 grammes, 87% avaient un poids entre 2500 et 3999 grammes et presque 6% dépassaient le poids de 4000 grammes à la naissance. On a relevé, en outre, 1.543 enfants mort-nés qui correspondent à un **taux de mortalité néonatale de 2,79 mort-nés pour 1000 enfants nés** et 4.517 enfants nés avec des malformations.

Le taux de mortalité maternelle en Italie est resté inchangé depuis 1998 et s'élève à **3/100 000** accouchements.

Dans la période **2008-2011**, le taux de mortalité était de **9,7 pour mille**. Il s'avère plus élevé dans les régions à plus fort vieillissement : Ligurie, Piémont, Frioul-Vénétie Julienne et Emilie-Romagne.

Actuellement, les maladies chroniques-dégénératives liées au processus de vieillissement de l'organisme se confirment comme les causes principales de mort. **Les maladies cardiovasculaires** et les **cancers** représentent les deux premières causes de mort, responsables en **2008** de **7 décès sur**

10 (396.692 sur 578.190 décès totaux). Chez les hommes, les maladies du système circulatoire sont devenues la première cause de mort en 2008 (97.953 décès sur un total de 281.824), en dépassant les cancers (97.441). Parmi les femmes, en revanche, les maladies cardiovasculaires se confirment comme la principale cause de mort avec 126.531 décès (43% du total), tandis que les cancers, responsables de 76.767 décès (25%), représentent la seconde cause de mort. Par rapport aux maladies du système circulatoire et aux cancers, toutes les autres causes sont beaucoup moins fréquentes : les maladies de l'appareil respiratoire représentent la troisième cause de décès aussi bien pour les hommes que pour les femmes (7% et 6% respectivement), suivie des causes violentes chez les hommes (5%) et des maladies endocrines et du métabolisme chez les femmes (5%), qui sont principalement attribuables au diabète sucré qui, à lui seul, est responsable de 4% de tous les décès féminins.

Les maladies du système circulatoire sont une prérogative des tranches plus âgées de la population. Elles représentent la cause principale de décès après 85 ans aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Les cancers, prérogative de la population adulte et d'âge avancé, représentent la première cause de décès après 45 ans et jusqu'à 84 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes, avant le "dépassement" par les maladies du système circulatoire. Le cancer du poumon chez les hommes (dont la mortalité est de 7,95 sur 10.000) et le cancer du sein chez les femmes (3,67 sur 10.000) sont responsables du plus grand nombre de décès qui sont attribuables à des néoplasies. Ces deux cancers sont les plus fréquents dans la population après 45 ans.

L'analyse par région de résidence montre des différences territoriales significative dans la mortalité, indépendantes des diverses structures par âge des populations qui sont confrontées. Le titre de région avec la plus haute mortalité d'Italie revient à la Campanie, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Après la Campanie, la mortalité la plus élevée, aussi bien masculine que féminine, est enregistrée en Sicile.

## LES MESURES

Le *Rapport sur l'Etat Sanitaire du Pays 2009-2010* montre que le Service Sanitaire National italien a répondu positivement aux grands défis dus aux changements démographiques et épidémiologiques avec l'amélioration des niveaux de survivance, conséquents à une baisse de la mortalité et à la hausse de l'espérance de vie de la population. Les résultats ont été atteints par la réalisation de politiques partagées entre l'Etat et les Régions visant à garantir l'application correcte des Niveaux d'Assistance Essentiels (LEA) sur tout le territoire national, en combattant les inégalités dans l'accès et dans la jouissance des services.

On signale, en particulier :

- le développement de nouveaux modèles de soins sanitaires avec une attention particulière aux soins primaires et à la continuité de soins hôpital/territoire, en impliquant activement les médecins généralistes qui doivent assurer une couverture 24h/24 sur le territoire, avec l'objectif aussi de décongestionner les activités d'urgence/urgences au sein des structures hospitalières ;

- la récente réforme des pharmacies, introduite par la Loi 9/2009<sup>5</sup> et les décrets d'application successifs, qui prévoit de nouvelles tâches pour les pharmacies (la possibilité d'effectuer la réservation de services sanitaires et le retrait des rapports médicaux, la possibilité d'effectuer des prestations d'analyses et de mesures par instruments finalisées à l'autocontrôle, la possibilité de bénéficier de prestations de physiothérapie et d'infirmier, l'aide aux soins à domicile avec la mise à disposition aussi d'opérateurs socio-sanitaires, la disponibilité de défibrillateurs semi-automatiques) ;
- le Nouveau Plan National de gouvernement des Listes d'Attente pour la période 2010-2012, stipulé avec l'Accord Etat-Régions. Le Plan prévoit le renforcement de l'engagement des Régions afin de garantir un accès approprié des citoyens aux services sanitaires qui doit être réalisé avec l'application de critères d'adéquation rigoureux, du respect des classes de priorité et de la transparence du système à tous les niveaux. Parmi les éléments innovateurs, il faut énumérer : la mise à jour de la liste des prestations de soins ambulatoires spécialisés et de soins hospitaliers pour lesquels sont fixés les temps d'attente maximums de la part des Régions et des Provinces Autonomes ; la détermination des sphères cardiovasculaire et oncologique comme sphères prioritaires pour le développement de parcours diagnostiques thérapeutiques en garantie de la rapidité du diagnostic et du traitement ; la mise en système des flux d'informations pour le suivi des prestations aussi bien ambulatoires que d'hospitalisation ; l'information transparente au citoyen avec la présence des durées d'attente sur les sites Internet des Régions et des Provinces Autonomes et des Agences sanitaires publiques et privées agréées ;
- l'Accord Etat-Région *"Lignes d'orientation pour la promotion et l'amélioration de la qualité, de la sécurité et de l'adéquation des interventions de soins dans le parcours de naissance et pour la réduction de la césarienne"* signé à fin 2010. Suite à cet accord, un Programme national articulé en 10 lignes d'action a été défini ;
- la Loi 38/2010<sup>6</sup> qui offre un cadre normatif pour les soins palliatifs et la thérapie de la douleur pour les malades de toutes les tranches d'âge, avec une attention particulière pour l'âge infantile, et pour les réseaux de soins correspondants, avec l'intention de rendre les prestations homogènes sur l'ensemble du territoire ;
- l'adoption du Nouveau Système Informatif Sanitaire (NSIS) qui permettra d'avoir des informations sanitaires exhaustives. Le système pourra être utilisé aussi pour les systèmes informatiques vétérinaires et pour la sécurité alimentaire ;
- le démarrage de la mise en réseau des différents types d'interventions de soins qui caractérisent la santé publique sur le territoire national. En particulier, dans le cadre des activités pour la diffusion de la *eHealth*, il faut signaler des interventions qui visent à favoriser la réalisation de systèmes informatiques territoriaux de soutien aux soins du patient outre qu'à la gouvernance du SSN : les Centres Uniques de Réservation (CUP), le Dossier Médical Electronique, la télémédecine, la transmission télématique des ordonnances médicales et des certificats de maladie.

---

<sup>5</sup> *"Dispositions pour le développement économique, la simplification, la compétitivité ainsi qu'en matière de procès civil"*

<sup>6</sup> *"Dispositions pour garantir l'accès aux soins palliatifs et à la thérapie de la douleur"*

## PRÉVENTION CARDIOVASCULAIRE

Avec le terme maladies cardiovasculaires on entend toutes les maladies du système circulatoire qui ont le plus souvent comme origine l'artériosclérose, comme la cardiopathie coronarienne, les accidents cérébrovasculaires, les maladies de l'aorte, des vaisseaux épi- aortiques, des artères rénales et viscérales et les artériopathies périphériques. Comme on l'a indiqué ci-dessus, les maladies du système circulatoire représentent en Italie la première cause de mortalité et de morbidité et absorbent, par conséquent, des ressources socio-sanitaires importantes. Les études épidémiologiques ont amplement démontré que le risque de contracter une maladie cardiovasculaire est réversible. En outre, en réduisant les facteurs de risque on réduit conséquemment non seulement les événements mais aussi leur gravité. L'infarctus et l'ictus sont des facteurs de risque qui peuvent être modifiés en promouvant des styles de vie corrects et, si cela ne s'avérerait pas suffisant, avec un traitement pharmacologique approprié. Par conséquent, la prévention cardiovasculaire s'articule en plusieurs phases :

- **prévention primaire.** Elle a comme objectif le contrôle des déterminants de maladie. La stratégie de prévention qui vise à combattre ces maladies s'adresse aussi bien à la collectivité qu'aux particuliers et se réalise aussi bien par des actions centrales de système, adressées aux interventions normatives, à la communication, etc., que par des actions locales qui impliquent activement et spécifiquement toute la population. Elle vise à encourager dans la population l'adoption de styles de vie correcte dès le plus jeune âge (par ex. des programmes de prévention dans les écoles ; des programmes de prévention contre le tabac pour les femmes enceintes ; l'implication de l'industrie alimentaire, etc.) de manière à conserver, au cours des années, un style de vie salubre qui puisse préserver de l'apparition de maladies cardiovasculaires. Dans cette direction, l'Italie s'est dotée d'un programme qui vise à promouvoir la santé en tant que bien collectif. Le programme, dénommé "*Gagner en santé : rendre faciles les choix salutaires*", prévoit l'implication de Ministères, Instituts scientifiques et de recherche, Régions, Provinces et Communes. Les objectifs de santé qu'il se propose de façon prioritaire sont la lutte contre le tabagisme, la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique. En plus du Programme susmentionné, un système de surveillance a été institué sur l'état de santé et la qualité de vie de la population de plus de 64 ans, dans le but de mettre à la disposition des opérateurs socio-sanitaires des informations utiles pour les politiques socio-sanitaires qui doivent être mises en œuvre afin d'améliorer la qualité de la vie de cette tranche de population. Le système, dénommé "*Des pas en argent*", est à même d'offrir un tableau complet sur les besoins de la population de plus de soixante-quatre ans et sur la qualité des interventions des services socio-sanitaires et d'assistance sociale. Dans la période 2008-2010, le système a été expérimenté dans 16 régions italiennes et a impliqué 800 opérateurs des services sociaux et sanitaires qui ont interviewé un échantillon de 8.000 personnes âgées de plus de 64 ans, en se basant sur un questionnaire standardisé.

- **Médecine prédictive.** Elle a comme objectif d'évaluer l'apparition d'une maladie. Actuellement la médecine prédictive s'identifie avec la Charte du risque cardiovasculaire. Afin d'identifier le risque de l'apparition d'une maladie cardiovasculaire, l'Institut Supérieur de Santé a mis au point des systèmes d'évaluation du risque en se basant sur des données récoltées à travers des études épidémiologiques qui ont été menées à partir des années 80 (Projet Cœur). En connaissant quelques facteurs (âge, sexe, tension artérielle, systolique et traitement anti-hypertensif, taux de cholestérol, consommation de cigarettes, présence de diabète), on peut évaluer la probabilité, pour les personnes entre 35 et 69 ans, d'être atteintes dans les 10 ans qui suivent d'un infarctus du myocarde ou d'un ictus. Le dépistage précoce de sujets à haut risque de développer une maladie cardio-cérébrovasculaires est l'objectif de santé que cette phase de prévention se fixe.
- **Prévention secondaire.** Elle a comme objectif d'anticiper au maximum le diagnostic d'une pathologie. Les mesures de prévention secondaire visent à prévenir les évènements aigus dans la population à haut risque. Les objectifs de prévention secondaire des maladies cardiovasculaire, qui visent à réduire la mortalité par cause spécifique, peuvent être réalisés moyennant des interventions de santé publique ou moyennant des activités qui sont accomplies par les professionnels dans les domaines de dispensation des soins spécialisés.
- **Prévention tertiaire.** Elle a comme objectif de réduire l'impact négatif d'une pathologie, en rétablissant les fonctions, en réduisant les complications et les probabilités de récurrence.

## PRÉVENTION ONCOLOGIQUE

Dans leur ensemble, les cancers sont une pathologie de l'âge adulte-avancé ; en effet le risque de tomber malade ou de mourir double presque dans les tranches d'âge plus avancées. Dans la période qui nous intéresse, l'incidence des cancers s'est avérée en hausse chez les deux sexes tandis que la mortalité est en baisse aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

L'Italie est engagée depuis des années dans la réduction de l'incidence des tumeurs à travers la recherche, la prévention, l'amélioration des traitements et des soins. En ce qui concerne la prévention, celle-ci concerne deux domaines principaux : la prévention primaire et la prévention secondaire.

**Prévention primaire.** L'objectif de réduire l'incidence des cancers se réalise à travers des interventions qui s'adressent à la population en général, à ses sous-groupes, ainsi qu'aux individus en particulier. Il est évident que certains déterminants de santé sont hors du contrôle du Système Sanitaire et, parmi eux, des risques importants pour l'apparition de la pathologie, comme l'habitude du tabac et de l'alcool, une alimentation non salubre et peu d'activité physique. Dès lors, une réponse cruciale a été fournie à travers la mise en œuvre de politiques intersectorielles, fondées sur la collaboration entre le secteur de la santé et les autres secteurs de la société, aussi bien publics que privés, avec l'intention de faciliter l'adoption de styles de vie corrects de la part de la population. Les principaux interlocuteurs sont l'école, le monde de la production (en particulier

celui des aliments), les transports, l'urbanisme, le travail. Au niveau national, le Programme "Gagner en santé : rendre faciles les choix salutaires" est l'instrument de promotion principal des choix salutaires. Parmi les objectifs qu'ils se proposent, il y a :

- la lutte contre le tabagisme
- la promotion de l'activité physique et la lutte contre l'obésité
- la lutte contre l'abus d'alcool
- l'amélioration de la qualité de l'air, de l'eau, du sol et la réduction de la pollution.

Ces indications ont été entièrement accueillies, en 2010, dans deux actes :

- Le Plan National pour la Prévention (PNP) 2010-2012, approuvé par l'Entente Etat-Régions le 29 avril 2010 ;
- Le Document d'orientation pour réduire la charge de maladie du cancer (le soi-disant Plan Oncologique National) approuvé par l'Entente Etat-Régions le 10 février 2011.

**Prévention secondaire (dépistage).** La prévention secondaire des cancers a pour objectif de réduire la mortalité cause-spécifique ; elle est poursuivie moyennant des opérations de santé publique ou moyennant des initiatives des professionnels dans les domaines de dispensation de la médecine spécialisées. Déjà à partir de 2001, les programmes de dépistage ont été inclus dans les LEA (Niveaux Essentiels d'Assistance) en ce qui concernait les cancers du sein, du col de l'utérus et du rectum. En 2008, le "First Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening" a montré une augmentation positive de ces activités en Italie et a confirmé l'importance de poursuivre leur implémentation. La programmation italienne a agi sur deux plans : l'introduction de la dispensation des programmes de dépistage dans le Plan National de la Prévention (PNP) 2005-2007 et le soutien des infrastructures régionales moyennant les financements prévus par la Loi 138/2004<sup>7</sup> et par la Loi 286/2006<sup>8</sup> ; ce double niveau de planification a été ensuite adopté dans le nouveau PNP 2010-2012.

En 2006, on a recensé en Italie 130 programmes de dépistage du cancer de la mamelle, présents dans toutes les 20 Régions (9 au Nord, 4 au Centre et 7 au Sud). L'état d'avancement des programmes de dépistage peut être trouvé dans les Rapports de l'Observatoire National Screening. Les données de ces activités montrent que le pays a étendu les programmes de dépistage : en 2009, sur 2.464.701 femmes invitées pour le **dépistage du cancer de la mamelle**, 1.370.272 se sont présentées et on a diagnostiqué 5.945 cas de cancer du sein.

Relativement au **dépistage pour le cancer du col de l'utérus**, dans la même année 3.547.457 femmes ont été invitées. Parmi elles, 1.393.243 ont effectué le dépistage qui a permis de diagnostiquer 13.554 adénomes avancés.

Les personnes invitées pour le dépistage **colon-rectal** ont été 2.975.278 ; 1.423.063 d'entre elles ont été visitées et 3.662 cas de cancer ont été diagnostiqués.

## PREVENTION DU DIABÈTE ET DES MALADIES MÉTABOLIQUES

<sup>7</sup> "Conversion en loi, avec modifications, du décret-loi n° 81 du 29 mars 2004, portant interventions urgentes pour faire face à des situations de danger pour la santé publique "

<sup>8</sup> "Conversion en loi, avec modifications, du décret-loi n° 262 du 3 octobre 2006, portant dispositions urgentes en matière fiscale et financière"

L'ISTAT a estimé qu'en 2008 en Italie, 2,8 millions de personnes étaient atteintes du diabète, avec une prévalence de 4,8% (5,2% chez les femmes, 4,4% chez les hommes) au niveau national. La prévalence la plus basse était enregistrée au Nord (3,9%) par rapport au Centre (5,3%) et au Sud de l'Italie (5,8%). Indépendamment de la zone géographique, la prévalence augmente avec l'âge. En effet, on passait de 2,9% dans la tranche d'âge 45-54 ans à 18,8% chez les plus de 75 ans. Les données de 2010 indiquent que la prévalence a augmenté régulièrement dans les dix dernières années. Dans la même année, en effet, 4,9% de la population était diabétique (5,2% de femmes et 4,5% d'hommes), soit environ 3 millions de personnes. Par rapport à la distribution géographique de la prévalence, les données de 2010 confirmaient la tendance qui avait été relevée les années précédentes.

Les données de l'ISTAT ont été confirmées fondamentalement par celles qui ont été relevées par le système PASSI (Progrès des Agences Sanitaires pour la Santé en Italie), un programme continu de surveillance de la population adulte italienne sur les principaux facteurs de risque comportementaux (sédentarité, alimentation non correcte, tabac, alcool, risque cardiovasculaire, sécurité domestique, screening oncologique, etc.) qui a été confié par le Centre national pour la prévention et le Contrôle des Maladies (CCM) du Ministère de la Santé à l'Institut Supérieur de Santé.

Dans la même année, le *Rapport Osservasalute 2010*, rédigé par l'Observatoire National sur la Santé dans les Régions italiennes qui a son siège auprès de l'Université Catholique de Rome, a calculé, pour évaluer l'impact du diabète sur notre système sanitaire, sur la base des données de l'Istat, les taux de sortie hospitalière et de mortalité qui sont corrélés à la maladie, en utilisant comme référence la population résidente. Les taux de sortie en régime d'hospitalisation ordinaire ou d'hospitalisation de jour relatifs à la période 2007-2008, utiles pour vérifier l'adéquation des soins qui sont dispensés au niveau national, montrent des valeurs plus élevées que la moyenne nationale pour les Régions du Sud et les Iles, tandis que les Régions du Centre-Nord ont des valeurs qui sont plus basses. Pour les deux typologies d'hospitalisation, les taux standardisés de sortie hospitalière sont plus élevés chez les hommes, avec un rapport national d'environ 1,4:1.

En outre, vue la corrélation directe entre obésité/excès de poids et diabète de type 2, il est important de surveiller cette condition chez la population italienne. Relativement à 2009, l'ISTAT a relevé qu'en Italie, chez la population adulte, le pourcentage d'excès de poids était de 36,6% (45,6% chez les hommes, 28,1% chez les femmes), alors que les obèses étaient 10,6% (11,6% d'hommes, 9,5% de femmes). Dans le Sud et dans les Iles, on relève le pourcentage le plus élevé de personnes obèses et avec un excès de poids (respectivement 11,8% et 39,8%). Dans l'ensemble, on estimait en Italie un nombre d'environ 6 millions d'adultes obèses.

A côté des programmes de surveillance sur l'état nutritionnel adressés à la population adulte, d'autres programmes ont été adressés aux plus jeunes et, plus spécifiquement, aux enfants et aux adolescents. Il est démontré, en effet, qu'un enfant obèse a plus de probabilités qu'un enfant de poids normal d'être aussi en excès de poids à l'âge adulte, avec un risque conséquent de développer des maladies qui sont corrélées à cette condition, comme le diabète en particulier.

Afin d'avoir un tableau mis à jour du phénomène de l'obésité et de l'excès de poids chez les enfants italiens, le CCM a confié à l'Institut Supérieur de Santé la coordination du projet "*Système d'études sur les risques comportementaux entre 6 et 17 ans*". Le projet est divisé en 2 études : la première a été menée en 2008 et en 2010 et est dénommée "OKkio alla SALUTE" (surveillance nutritionnelle et sur les facteurs de risque comportementaux sur un échantillon représentatif d'élèves du primaire qui sera illustrée en détail au §2 du présent rapport) ; la seconde s'est déroulée durant l'année scolaire 2009-2010 et fait partie de l'étude européenne HBSC (*Health Behaviours in School-aged Children*).

La prévalence d'excès de poids relevée en 2008 par le projet "OKkio alla SALUTE" s'est avérée plutôt élevée en 2008 : au niveau national 23,2% des enfants étaient en excès de poids tandis que 12% étaient obèses ; autrement dit plus de 1 enfant sur 3 avait un poids supérieur à celui qu'il aurait dû avoir pour son âge. En rapportant ces valeurs à toute la population d'enfants entre 6 et 11 ans, on estimait à plus de 1 million les enfants en excès de poids ou obèses en Italie. On a remarqué, en outre, des différences importantes par Région : de 49% d'enfants en excès de poids ou obèses en Campanie à 23% dans la même condition dans le Val d'Aoste. Généralement, en tout cas, les valeurs les plus élevées ont été relevées dans les Régions du Sud. La seconde récolte de données du projet "OKkio alla SALUTE" (42.000 enfants impliqués) a fourni des valeurs presque semblables à ce qui a été relevé en 2008, avec 22,9% des enfants en excès de poids et 11,1% en condition d'obésité.

L'étude HBSC 2009-2010 a concerné 77.000 jeunes entre 11 et 15 ans, en montrant, entre autres, une plus grande fréquence d'excès de poids et d'obésité parmi les jeunes âgés de onze ans (29,3% chez les garçons, 19,5% chez les filles) par rapport à ceux de quinze ans (25,6% chez les garçons, 12,3% chez les filles) et une activité physique inférieure parmi les jeunes de 15 ans (47,5% chez les garçons, 26,6% chez les filles) par rapport à ceux de treize ans (50,9% chez les garçons, 33,7% chez les filles).

On renvoie au §2 du présent article pour les mesures relatives à la prévention de l'obésité infantile qui sont adoptées en milieu scolaire.

Etant donné que le diagnostic précoce, la gestion du patient et l'offre de soins demandent des ressources importantes, s'agissant d'une maladie très fréquente il faut que les parcours thérapeutiques soient intégrés et organisés dans le réseau du Service Sanitaire Régional, au sein de chaque contexte géographique.

Dans ce contexte, le PNP 2010-2012 poursuit les objectifs suivants:

- Dépister précocement la maladie chez la population à risque augmenté, selon des critères et des caractéristiques d'adéquation (selon une enquête omnibus de l'ISTAT plus de 50% de la population adulte contrôle annuellement sa glycémie)
- Mettre en place des protocoles pour le contrôle et la gestion intégrée du diabète
- Définir des parcours de soins surtout en ce qui concerne l'adéquation de l'hospitalisation ou du traitement ambulatoire, de la gestion de la part du médecin de soins primaire ou spécialisés et de l'éducation thérapeutique des patients, en considérant aussi la présence fréquente de comorbidités

- Evaluer, pour chaque Région, le réseau de soins pour les maladies aiguës et les chronicités et introduire des critères de standardisation et de rationalisation
- Favoriser l'implémentation de systèmes informatifs et de banques de données qui facilitent la gestion et l'évaluation des programmes

## PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES

Les maladies infectieuses représentent une priorité de la Santé Publique, principalement à cause de leur contagiosité et, par conséquent, de leur diffusion. Bien que plusieurs maladies infectieuses puissent être prévenues efficacement, l'engagement pour leur contrôle et, si possible, pour leur élimination et éradication, doit être constant. Pour beaucoup de maladies transmissibles, même endémiques, l'Italie s'est dotée de programmes de prévention dédiés qui voient engagées des ressources humaines et financières afin de maintenir un niveau de bien-être global pour la collectivité. Le point cardinal de la stratégie de prévention est représenté par la surveillance, qui fournit des indications pour la planification et la réalisation des interventions préventives.

En Italie, la surveillance des maladies infectieuses se base sur le Système de notification obligatoire qui, comme prévu par le D.M. du 15 décembre 1990 "*Système informatif des maladies infectieuses et diffusives*", prévoit le signalement obligatoire, de la part des médecins, des cas de maladies qui sont énumérées dans le même décret. En sus de la réglementation nationale, il faut tenir compte aussi des normes communautaires. En particulier, la Décision de la Commission Européenne du 28 avril 2008, portant modification de la Décision 2002/253/CE, définit les cas pour lesquels est nécessaire la déclaration des maladies transmissibles au réseau de surveillance sanitaire institué aux termes de la Décision 2119/98/CE du Parlement Européen et du Conseil. Des ces Directives dérive l'obligation de récolter, analyser, valider et communiquer les données, au niveau européen et international, des maladies infectieuses qui se sont vérifiées dans chaque pays.

Dans le cadre de la prévention, on remarque des actes programmatiques et législatifs de concert entre Etat et Régions, dont le but est de prévenir activement des problématiques pour la santé qui sont jugées prioritaires (risque cardiovasculaire, complications du diabète, dépistages oncologiques, vaccinations), au travers d'un ensemble d'interventions qui sont adressées à la population en général ou à des groupes à risque, avec une implication intégrée des divers sujets du SSN qui sont engagés dans les activités de prévention primaire et secondaire. Dans ce contexte, le Plan National de la Prévention 2010-2012 (Entente Etat-Régions du 29 avril 2010) poursuit et étend le parcours qui avait déjà été entamé avec le PNP 2005-2007. Dans le cas des maladies infectieuses, le nouveau PNP a introduit parmi les thématiques d'intérêt également les maladies qui ne peuvent pas être prévenues par la vaccination.

Le Plan prévoit, aussi, des Actions Centrales de la part du Ministère de la Santé en soutien de la conception et ensuite de la réalisation des accomplissements de la part des Régions. Dans ce cadre s'inscrivent des Projets nationaux dans la sphère des maladies infectieuses et des vaccinations, dont les thèmes affrontés ont une importance nationale et internationale.

## ***VIH***

Avec le D.M. du 31 mars 2008, le Ministère de la Santé a institué le système de surveillance National des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH, en s'occupant aussi d'ajouter l'infection à la liste des maladies infectieuses qui sont soumises à une notification obligatoire. Jusqu'en 2008, en effet, seul le SIDA était soumis à la notification obligatoire, tandis que l'infection par le VIH (dans la phase pré-SIDA) ne l'était pas.

La surveillance des nouveaux diagnostics d'infection par le VIH, qui rapporte les données des personnes qui sont positives au test VIH pour la première fois, a été activée dans toutes les régions italiennes.

Les données rapportées par ce système de surveillance indiquent qu'en 2010 on a diagnostiqué 5,5 nouveaux cas de positivité VIH pour 100.000 habitants. L'incidence est plus élevée dans le centre-nord par rapport au sud et aux îles.

L'incidence est de 4,0 nouveaux cas chez les italiens résidents et 20,0 nouveaux cas chez les étrangers résidents. En 2010, presque une personne sur trois diagnostiquée comme VIH positive était de nationalité étrangère

Les estimations plus récentes indiquent que le nombre de personnes qui vivent avec une infection par le VIH (y compris les cas de Sida et les personnes qui ignorent qu'elles sont infectées) a augmenté, passant de 135.000 cas en 2000 à 157.000 cas en 2010, principalement par suite de la plus grande survivance liée aux traitements antirétroviraux.

## **LES MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES**

Les maladies respiratoires chroniques représentent une large gamme de graves conditions pathologiques qui incluent l'asthme, les rhinites allergiques, la broncho-pneumopathie chronique obstructive et d'autres maladies. Dans leur ensemble, elles représentent un sérieux problème de santé publique et constituent la troisième cause de décès après les maladies cardiovasculaires et les cancers. La prévalence de ces maladies est prévue à la hausse à cause du vieillissement de la population.

Les pathologies respiratoires apparaissent à cause de l'action d'un ensemble de facteurs de risque qui peuvent être classifiés en deux catégories : facteurs de risque individuels (génétiques et liés à la familiarité) et facteurs de risque environnementaux (tabac, exposition professionnelle, pollution atmosphérique extérieure et domestique, conditions sociales, alimentation, infections).

La lutte contre les maladies respiratoires se réalise au travers d'interventions qui visent aussi bien la prévention primaire (comme la lutte contre le tabac et la lutte contre les polluants présents dans les milieux de vie et de travail) que la prévention secondaire. Dans ce dernier domaine, le diagnostic précoce est d'une importance fondamentale pour dépister la maladie dans sa phase initiale et empêcher sa progression vers des degrés plus sévères.

Etant donné que l'objectif est donc la réduction de l'incidence et de la mortalité des maladies respiratoires, la contribution que la prévention peut donner dans ce secteur de soins est de type méthodologique. Le PNP 2010-2012 poursuit les objectifs suivants :

- Déterminer des dépistages de population pour l'identification précoce de ces maladies, selon des critères et des caractéristiques d'adéquation ;
- Mettre en place des protocoles thérapeutiques pour le contrôle des principaux facteurs de risque, selon des critères d'efficacité et analyse des coûts –bénéfices des différents principes actifs ; on évaluera notamment aussi bien l'utilisation de médicaments que celle d'appareils de prothèse ainsi que des protocoles appropriés pour l'oxygénothérapie ;
- Définir des parcours diagnostiques-thérapeutiques-réhabilitatifs en apportant une attention particulière à l'adéquation de l'hospitalisation ou du traitement ambulatoire et de la gestion de la part de la médecine de soins primaires ou spécialisés ;
- Evaluer pour chaque Région, le réseau de soins pour les patients aigus et les chronicités et introduire des critères de standardisation et de rationalisation.

### LES DÉMENCES

En Italie, les personnes atteintes d'Alzheimer sont environ 1 million et on estime que dans les années à venir, avec l'augmentation de la population âgée, le nombre de malades est destiné à augmenter.

Par conséquent, le thème des démences a été inséré parmi les priorités d'action au sein du Plan National de la Prévention 2010-2012. L'attention primaire a été placée sur des thèmes comme :

- gouvernance clinique globale
- promotion des meilleures pratiques basées sur des évidences cliniques
- définition de parcours de soins validés et partagés

Il appartient aux Régions d'insérer des conceptualités spécifiques, déclinées au niveau territoriale et local, dans leurs Plans de Prévention Régionaux (PRP). Pour soutenir le travail des Régions, le Ministère de la Santé a prévu aussi une série d'Actions **de Soutien Centrales** basées sur le partage des documents sur la gestion intégrée, issus de projets de recherche financés au préalable, et sur la formation multidisciplinaire et multi-professionnelle des différents sujets, même informels comme la famille, qui sont impliqués dans le travail de soins.

Un second instrument en soutien de l'opérationnalité dans le secteur des démences a été reconnu dans l'Accord Etat-Régions du 8 juillet 2010 et s'axe sur des **Objectifs de Plan pour les Régions**. L'Accord a prévu l'affectation et l'allocation aux Régions de 20 millions d'euros, afin de financer des projets spécifiques dans le secteur des soins aux patients atteints de démence.

Actuellement, le cadre des soins en Italie reste essentiellement celui qui s'est dessiné en 2000 suite au Projet *Cronos*, avec la réalisation des Unités d'Evaluation Alzheimer (UEA). En particulier, le

Décret Ministériel 20 juillet 2000 prévoyait l'identification de la part des Régions et des Provinces autonomes des structures pour le diagnostic et le traitement de la démence d'Alzheimer (UEA), de manière à garantir le maximum d'accessibilité à tous les patients concernés. Les critères suggérés dans le protocole du Projet *Cronos* étaient axés sur l'identification d'unités fonctionnelles basées sur la coordination des compétences neurologiques, psychiatriques, de médecine interne et gériatriques présentes au sein des départements hospitaliers et des services d'agences spécifiques, de la médecine générale et des services de soins à domicile, de manière à garantir :

- la capacité d'évaluer le sujet avec des troubles cognitifs-comportementaux en suivant un parcours diagnostique structuré
- la capacité de garder un contact et une interaction continue avec le médecin de famille de manière à assurer une continuité de soins au malade
- la disponibilité de structures pour la dispensation de médicaments pour le traitement symptomatique de la démence d'Alzheimer

Dans les années 2002 et 2006, deux relevés ont été effectués sur les UEA. Ces relevés ont montré qu'elles sont environ au nombre de **500**, distribuées sur l'ensemble du territoire National, et qu'elles comptent plus de **2000** opérateurs entre médecins spécialistes (neurologues, gériatres et psychiatres), médecins en spécialisation, psychologues, infirmiers, thérapeutes de la réhabilitation, assistants sociaux et personnel technique – administratif.

Pour chaque patient admis au traitement, après les quatre premiers mois, les pharmacies dispensent gratuitement les médicaments sur la base des ordonnances qui sont délivrées par le médecin de famille du malade.

## **LES STRUCTURES D'HOSPITALISATION**

Le service hospitalier est à ce jour le secteur sanitaire qui absorbe le plus de ressources économiques, mais il est en train de s'orienter de plus en plus vers le traitement des pathologies aiguës et des casuistiques les plus complexes, dans la tentative de rationaliser l'utilisation des ressources et de transférer les prestations qui demandent des soins médicaux de basse intensité vers les services sanitaires territoriaux. Les documents de programmation sanitaire, nationaux et régionaux, rédigés ces dernières années recommandent en effet le développement et le renforcement des services de soins alternatifs à l'hospitalisation en régime ordinaire, comme l'hospitalisation de jour, la chirurgie ambulatoire, le service de jour, l'hospitalisation long terme postcure résidentielle, l'activité ambulatoire, les soins à domicile.

En **2008** les soins d'hospitalisation comptaient **1.271** établissements, dont **51,5%** étaient publics. En **2009**, les établissements de soins étaient **1.172**, dont 54% étaient publics et les autres 46% privés agréés. L'évolution décroissante du nombre d'établissements est due à la reconversion et à l'unification de nombreuses structures en vue de ladite rationalisation des ressources.

66% des structures publiques sont constituées par des hôpitaux qui sont gérés directement par les Agences Sanitaires Locales, 12% par des Agences Hospitalières et 22% par les autres typologies d'hôpitaux publics.

Le SSN dispose d'un peu plus de **220.000 lits** pour l'hospitalisation ordinaire, dont 20% dans les structures privées agréées, 22.754 lits pour l'hospitalisation de jour, presque totalement publics (91%), et 8.141 lits pour la chirurgie ambulatoire, en grande majorité publics (81%). Au niveau national, 4,2 lits sont disponibles pour 1.000 habitants ; en particulier les lits dédiés à l'activité pour les patients aigus sont 3,6 pour 1.000 habitants. Toujours au niveau national, les lits dédiés à la postcure et à l'hospitalisation long terme sont 0,6 pour 1.000 habitants.

Un intérêt particulier a revêtu ces dernières années **le secteur de l'urgence** : en 2009, 51% des hôpitaux publics étaient dotés d'un département d'urgence et plus de la moitié du total des établissements (59,1%) d'un centre de réanimation. Le service des urgences était présent dans plus de 80% des hôpitaux, tandis que le service des urgences pédiatriques était présent dans 15% d'entre eux. Les services directement reliés à la sphère de l'urgence disposent pour l'ensemble des établissements publics et privés agréés de plus de 4.750 lits de thérapie intensive (7,6 pour 100.000 habitants), 1.063 lits de thérapie néonatale intensive (1,9 pour 1.000 nés vivants) et 2.741 lits pour unité coronarienne (4,6 pour 100.000 habitants).

En plus des structures hospitalières, le SSN comptait **9.658 structures pour les soins ambulatoires spécialisés**, **5.715 pour les soins territoriaux résidentiels**, **2.510 pour les soins territoriaux semi-résidentiels**, **5.444 pour les autres soins territoriaux** et **968 pour les soins postcure**. En ce qui concerne la nature des structures, celles qui dispensaient des soins hospitaliers (54,4%) et d'autres soins territoriaux (86%) étaient en majorité publiques. Autrement, les structures qui dispensaient des soins postcure et les structures de soins territoriaux résidentiels étaient principalement privées agréées (respectivement 75,8% et 74,2%).

En outre, au 31 décembre 2009, on relevait **13.207 complexes résidentiels d'assistance sociale et socio-sanitaires**, pour une offre totale de 429.220 lits (7,11 pour 1.000 habitants). Plus de 70% des lits se trouvaient dans une "unité de service" de type socio-sanitaire et étaient destinés à accueillir principalement des personnes âgées non autosuffisantes, tandis que la part restante était destinée à des services résidentiels de type assistance sociale. Plus de la moitié des lits relevés dans l'ensemble se concentraient dans les régions du Nord, où on enregistrait 10 lits pour 1.000 habitants, tandis que dans le Sud la part d'offre se réduisait à 3 lits pour 1.000 habitants. Les hôtes des structures résidentielles s'élevaient au total à 404.170, dont plus de 300.000 étaient des personnes âgées d'au moins 65 ans (74%), un peu plus de 80.000 étaient des adultes entre 18 et 64 ans (20%) et environ 23.000 étaient des mineurs (6%). Les structures recensées appartenaient, dans 70% des cas, à des entités privées qui les géraient directement. Les entités publiques qui ne géraient pas directement les structures confiaient le plus fréquemment leur gestion à d'autres institutions publiques dans le Nord (63% des cas), tandis que dans le Centre et dans le Sud la gestion était souvent confiée au secteur privé. Dans l'ensemble, la gestion des structures

résidentielles en Italie était confiée dans 60% des cas au secteur privé (dont 40% au secteur à but non lucratif).

En ce qui concerne le **taux d'hospitalisation**, parallèlement à l'évolution de l'offre de lits, celui-ci a baissé dans le temps, notamment en régime ordinaire (de 180 hospitalisations pour 1.000 habitants en 1997 à 138 en 2007). Des taux particulièrement élevés étaient enregistrés dans les Abruzzes et au Molise, respectivement 168 et 176 pour 1.000 habitants, tandis que les plus bas étaient enregistrés au Piémont et en Basilicate, respectivement stabilisés tous deux à 111 pour 1.000 habitants. Des taux élevés étaient également relevés dans les Pouilles, en Emilie Romagne, en Lombardie et dans le Latium.

En 2009, les fiches de sortie hospitalière<sup>9</sup> étaient environ 11,7 millions, les jours d'hospitalisation étaient presque 73,5 millions. Par rapport à 2008, on observait des baisses significatives, aussi bien pour l'activité en régime ordinaire que pour celle en hospitalisation de jour. Les hospitalisations de patients aigus en régime ordinaire avaient baissé de 1,8 pour cent en termes de sorties et de 2,8 pour cent en termes de jours d'hospitalisation. Toutefois, les changements les plus importants ont concerné l'activité d'hôpital de jour : le volume de sorties s'est réduit de 8,7 pour cent pour les patients aigus et de 3,6 pour cent dans l'activité postcure.

Ces changements dérivent de l'impulsion de la réglementation en direction d'une hospitalisation vers le régime ambulatoire et territorial. L'activité d'hospitalisation long terme restait fondamentalement stable (+1 pour cent).

L'hospitalisation moyenne en régime ordinaire pour les patients aigus se maintient fondamentalement stable dans le temps et en 2009 elle était de 6,7 jours. Les places les plus hautes du classement sont occupées par les hospitalisations qui sont liées à la grossesse et à l'accouchement, aux maladies cardiaques et vasculaires, aux maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil digestif, au traitement des cancers.

Atteignant environ le nombre de 10,8 millions, les hospitalisations dans les services pour patients aigus étaient la typologie la plus fréquente (92,4 pour cent), dont 70 pour cent en régime ordinaire et le 30 pour cent restant en hôpital de jour. En approfondissant l'analyse de cette typologie d'hospitalisation, on remarque clairement une baisse dans le temps de l'utilisation des structures hospitalières : le taux de sortie hospitalière pour les patients aigus était passé de 212,4 pour 1.000 habitants en 1999 à 178,9 en 2009. Le traitement des patients aigus en régime d'hôpital de jour par rapport au régime ordinaire avait augmenté dans la même période de 20% à 30% et la variabilité régionale s'était réduite dans le temps: alors qu'en 1999 le pourcentage de sorties de l'hôpital de jour variait d'un minimum de 3,5% dans le Molise à un maximum de 28,6% en Ligurie, en 2009 le minimum était de 19,6% dans les Pouilles et le maximum de 42,7% en Ligurie.

---

<sup>9</sup> La fiche de sortie hospitalière représente l'instrument ordinaire pour la récolte des informations relatives à chaque patient qui sort des établissements publics et privés sur tout le territoire national et a été instituée par le Ministère de la Santé avec le décret ministériel du 28 décembre 1991, et définie comme faisant partie intégrante du dossier médical. Elle contient aussi bien les données d'état civil que toutes les informations cliniques relatives à la période de séjour du patient à l'hôpital jusqu'à sa sortie.

La géographie des taux de sortie hospitalière pour patients aigus montre comme la réduction du recours à l'hospitalisation a intéressé presque toutes les régions, à l'exception du Molise, de la Campanie et de la Sicile.

Les taux de sortie hospitalière en régime ordinaire pour patients aigus avaient baissé en moyenne de 25% entre 1999 et 2009 et la réduction avait été encore plus consistante dans les provinces autonomes de Trente et Bolzano, en Ligurie, dans les Abruzzes, en Basilicate et en Calabre. Au contraire, les taux de sortie hospitalière pour patients aigus en hôpital de jour dans la même période avaient subi une augmentation de 22%, déterminée par des augmentations dans l'utilisation des structures hospitalières en régime diurne, particulièrement consistantes dans la province autonome de Bolzano et dans le Molise, qui portaient de valeurs particulièrement basses, et dans les régions du Latium, de la Campanie, de la Basilicate et de la Sicile.

## **L'ASSISTANCE TERRITORIALE**

L'objectif de l'assistance sanitaire territoriale est de promouvoir la santé au travers d'activités éducatives, de la médecine préventive, du diagnostic, des soins et de la rééducation de premier niveau. Les secteurs d'intervention sont les suivants : les soins offerts par les services de santé primaires, le service de continuité de soins, les soins à domicile, les soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

En ce qui concerne l'**assistance de district**, en 2008 les ambulatoires et les laboratoires publics et privés conventionnés étaient environ 16 pour 100.000 habitants.

L'**assistance intégrée à domicile** représente un service de santé d'une importance fondamentale dans une société comme la société italienne où le processus de vieillissement de la population est très évident. Ce service assure au domicile du patient des prestations de médecine générale, spécialisée, de soins infirmiers à domicile et de rééducation, d'aide domestique de la part des membres de la famille ou du service compétent des agences sanitaires locales (Asl) et d'assistance sociale. En 2008, le service était actif dans 154 Asl sur 157. Dans la dernière année de disponibilité des données, la plupart des régions (18 sur 21) avaient un service actif dans la totalité des Asl. Les patients assistés à domicile ont augmenté au cours des années : de 414 mille en 2006 à 475 mille en 2007, jusqu'à arriver à 494 mille en 2008. Les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans qui bénéficiaient de l'assistance à domicile représentaient une part très importante du total: au niveau national le pourcentage s'élevait à 81%.

En ce qui concerne les **Centres unifiés de réservation**, les Asl qui ont activé le service ont augmenté en pourcent, passant de 121 (sur 171 Asl) en 2007 à 141 (sur 157) en 2008.

Les Asl qui fournissaient un service de transport pour patients sous dialyse étaient 89 (sur 171) en 2007 et 88 (sur 157) en 2008.

En 2008, les Asl qui possédaient un **Département de santé mentale** actif étaient 154, celles qui avaient activé un **Département materno-infantile** étaient 129 et celles qui avaient un **Département de prévention** actif étaient 151.

Une autre typologie de services qui joue un rôle important, aussi bien pour favoriser le processus de de-hospitalisation que pour assurer une réponse appropriée à la demande sanitaire provenant

de personnes qui ne sont pas autosuffisantes ou avec des graves problèmes de santé, est représentée par les **structures de soins semi-résidentiels et résidentiels**. Dans la période 2007-2008, on a assisté à une augmentation du nombre de ces services : les lits dans les structures de soins résidentiels sont passés d'environ 188 mille en 2007 à 191 mille en 2008, avec une hausse de l'ordre de 2% en un an ; dans les mêmes années les lits pour les soins semi-résidentiels sont passés de 41 mille à 43 mille, avec une variation dans ce cas de 4 pour cent.

## **LE PERSONNEL MÉDICAL ET INFIRMIER**

Le personnel employé par le Service National de Santé en **2009**, la dernière année relevée, est constitué par le personnel des Agences Sanitaires Locales, y compris celui des établissements de soins à gestion directe, par le personnel des Agences Hospitalières et par le personnel des Agences Hospitalières intégrées avec les universités. Ce personnel s'élevait à **646.083** unités, dont **318.878** au Nord, **140.663** au Centre et **186.542** au Sud, et était réparti de la manière suivante : 70,2% personnel sanitaire, 18,0% personnel technique, 11,6% personnel administratif et 0,2% personnel professionnel.

Les **médecins et les odontologues** étaient **107.333**, ainsi distribués : **45.243** au Nord, **24.464** au Centre et **37.626** au Sud.

Le **personnel infirmier** s'élevait, toujours en 2009, à **264.093** unités sur l'ensemble du territoire national. Au Nord les infirmiers étaient **129.216**, au Centre **60.670** et dans le Sud **74.207**.

En ce qui concerne l'**assistance de district**, les médecins de médecine générale en 2008 étaient environ **47.000**, avec une offre d'environ 8 médecins pour 10.000 habitants. Bien que le contrat des médecins de médecine générale prévoit que l'on puisse assister jusqu'à un maximum de 1.500 patients, la donnée moyenne nationale est significativement sous ce seuil : 1.124 patients par médecin.

Dans la même année, près de **7.700 médecins pédiatres** exerçaient sur le territoire national: environ 9 pour 10.000 enfants jusqu'à 14 ans. Le nombre moyen d'enfants assistés par chaque pédiatre était de 841.

Les médecins et les opérateurs sanitaires des **structures d'hospitalisation publiques et assimilées** s'élevaient, en 2009, à **99.854 médecins** et **247.239 infirmiers**.

## **LA DÉPENSE DE SANTÉ**

La dépense de santé publique mesure ce qui est destiné pour satisfaire les besoins de santé des citoyens en termes de prestations sanitaires (y compris tous ses coûts : services administratifs, intérêts passifs, impôts et taxes, etc.).

La dépense de santé publique totale de l'Italie s'élevait en **2010** à environ **111 milliards d'euros**, équivalant à 7,2% du PIB et avec une dépense par tête d'habitant d'environ 1.842 € (source Ministère de l'Économie et des Finances).

En 2008, la dépense de santé publique s'élevait à **107 milliards d'euros** (6,9% du PIB). En particulier, la dépense pour les services de santé dispensés directement a été de **61.205 millions d'euros** (3,9% du PIB) tandis que celle pour les services de santé en régime de convention se stabilisait sur **39.593 millions d'euros** (2,5% du PIB). Dans la même année, la dépense par habitant en Italie était de 1.800 euros, d'une manière analogue à ce que l'on observait pour la répartition du Nord. Au-dessus de cette valeur moyenne nationale se plaçait la répartition du Centre (1.881 euros par tête d'habitant), tandis que pour le Sud la dépense s'élevait à 1.753 euros. Sur base nationale, 36,8% des 1.800 euros par an de dépense de santé publique a été destiné à des services en régime de convention, tandis que plus de la moitié (56,8%) concernait la fourniture de services dispensés directement. La dépense en convention était essentiellement adressée vers l'assistance pharmaceutique (28,4%), les soins médicaux (25,3%) et les prestations fournies par les établissements de soins privés (23,9%).

Selon ce qui est indiqué dans le "*Rapport général sur la situation économique du pays – 2010*" rédigé par le Ministère de l'Économie et des Finances, les ressources qui sont destinées au financement du Service National de Santé pour l'année 2010 s'élevaient au total à **108,842 milliards d'euros**, dont 108,280 milliards d'euros rapportés aux régions et aux provinces autonomes et 0,563 milliards d'euros rapportés à d'autres entités du SNS financés directement par l'État. Le rapport entre financement total du SNS et PIB se stabilisait sur 7,0%, une valeur égale à celle de l'année précédente. Le financement moyen national par tête d'habitant était de 1.084 euros, dont 1.794 rapportés aux régions et aux provinces autonomes.

## **LA COPARTICIPATION DES CITOYENS AU COÛT DES PRESTATIONS**

Comme indiqué dans les rapports précédents, il faut calculer parmi les ressources qui affluent aux Régions pour le financement des niveaux de soins essentiels – en plus des transferts publics ordinaires – également les coparticipations des citoyens au coût des prestations. L'apport annuel correspondant à la participation au coût des prestations qui est due par les assistés participe, en effet, aux disponibilités financières totales pour le financement du SNS.

L'introduction des tickets modérateurs pharmaceutiques est notamment une des mesures qui garantissent, au niveau régional, la limitation de la dépense pharmaceutique conventionnée dans le plafond programmé, qui est fixé au niveau national.

La récente manœuvre financière (art. 17, alinéa 6, du décret-loi n° 98 de 2011, converti en la loi n° 111/2011) a réintroduit l'obligation pour les assistés non exemptés (voir rapports précédents) de payer une part fixe de 10 euros sur toutes les ordonnances de soins ambulatoires spécialisés, en plus du ticket modérateur ordinaire déjà en vigueur (voir tableau dans le rapport précédent) et égale au tarif de chaque prestation jusqu'au montant maximum de 36,15 euros par ordonnance. Seules quelques régions (notamment l'Émilie-Romagne, la Toscane et l'Ombrie) ont décidé de moduler la part fixe

de 10 euros en plusieurs parts d'un montant différent, en fonction du revenu des assistés et ont établi des modalités et des termes particuliers pour leur permettre de certifier ce revenu.

\* \* \*

*De suite vous trouverez la réponse au cas de non-conformité dont au §1, fournie par écrit par la représentante de l'Italie en l'occasion de la 122<sup>e</sup> Réunion du Comité gouvernemental de la Charte Sociale européenne (11-14 octobre 2010).*

« En ce qui concerne ce cas de non-conformité, nous soulignons que dans le cadre du service sanitaire national la réalisation des prestations dans des délais appropriés représente une composante structurelle des Niveaux d'assistance de base (LEA) en fonction de la pathologie et des besoins médicaux.

La vérification de l'avancée de la mise en place du Plan de réduction des listes d'attente adopté par les régions, conformément à l'accord conclu entre l'État et les régions le 28 mars 2006, fait apparaître que toutes les régions et les provinces autonomes ont préparé un plan en vue de la mise en place du plan national de réduction des temps d'attente en identifiant les prestations qui font l'objet d'un suivi et les temps maximaux tant pour les prestations des centres de soin que pour les hospitalisations. En outre, les critères généraux d'accès aux prestations en fonctions des catégories cliniques prioritaires ont aussi été identifiés en définissant des domaines d'intervention prioritaires, tels que la sphère oncologique, cardio-vasculaire, maternelle et infantile, gériatrique ainsi que les visites spécialisées très importantes pour les patients et autres prestations.

Par conséquent, la volonté concrète des régions et de l'administration publique (A.P.) de résoudre le problème des listes d'attente en étroite collaboration afin de garantir aux patients une meilleure protection de leur santé est évidente au vu de ce qui a été énoncé précédemment.

La signature de l'accord sur les lignes directrices nationales du système unique de réservation (CUP) par la Conférence État-Régions le 29 avril 2010 ne fait que confirmer ce qui a été exposé ci-dessus. Elaborées par le Ministère de la Santé en étroite collaboration avec les régions, ces lignes directrices répondent à la nécessité de mettre en place une action de coordination visant à définir les orientations nécessaires en vue du développement et de l'harmonisation des systèmes CUP à l'échelle nationale afin de fournir une vision globale et complètement intégrée du réseau de l'offre des services sanitaires et de proposer aux citoyens un meilleur service en augmentant le choix et en réduisant les temps moyens d'attente pour la réalisation des prestations.

Les lignes directrices prennent également en compte les aspects fonctionnels parmi lesquels figure la gestion de la réservation des prestations sanitaires « de façon circulaire », à savoir à travers tous les points d'accès au système CUP, indépendamment de l'appartenance à une structure sanitaire spécifique dans le respect de l'environnement territorial de garantie prévu pour telle ou telle typologie de prestations pour les personnes assistées.

En 2009, le Ministère de la Santé a mené une troisième enquête (suite à celles qui ont été menées en 2005 et en 2007) sur l'utilisation du réseau internet comme instrument de transmission de données concernant les temps et les listes d'attente sur les sites web des régions et des administrations publiques, les structures sanitaires locales (ASL), les structures hospitalières, les instituts

d'hospitalisation et de soin à caractère scientifique (IRCCS) ainsi que les policliniques universitaires.

Le suivi révèle que 34% des sites web consultés fournissent des données sur les temps et les listes d'attente avec une hausse respective de 11% et 12% par rapport aux résultats des enquêtes menées en 2005 et en 2007 (Voir « temps d'attente sur les sites web des régions, des administrations publiques et des structures du service sanitaire national: 3<sup>ème</sup> rapport national » - (<http://www.salute.gov.it/imgs/C17pubblicazioni1240allegato.pdf>) »

## §.2

### Initiatives dans le cadre scolaire

#### Alimentation et styles de vie

Dans le paragraphe précédent, on a illustré le projet "OKkio alla SALUTE" qui consiste en une étude menée par le Ministère de la Santé et coordonnée par l'Institut Supérieur de Santé, avec la collaboration du Ministère de l'éducation, de l'université et de la recherche, 18 régions italiennes et avec la participation de l'Institut national de recherche et nutrition. L'objectif de cette étude est d'estimer la prévalence d'excès de poids et d'obésité chez les enfants du primaire et d'examiner les facteurs qui y sont associés, afin d'adopter des initiatives efficaces pour améliorer les conditions de vie et de santé des enfants. L'initiative est reliée aussi bien au programme européen "*Gagner en santé*" qu'au Plan national de la prévention.

Dans la ligne des orientations des institutions internationales et dudit programme "*Gagner en santé*", le Ministère de la Santé s'est intéressé à la restauration scolaire avec la constitution d'un groupe de travail spécifique qui a défini les "*Lignes d'orientation nationale pour la restauration scolaire*". Le document, qui a été approuvé dans la Conférence État-Régions le 29 avril 2010,

s'adresse à tous les opérateurs de la restauration scolaire et focalise l'attention sur certains aspects fondamentaux, afin de fournir des indications pour améliorer la qualité des repas dans ses divers aspects, en particulier l'aspect nutritionnel. Ce document contient, en outre, des indications pour organiser et gérer le service de restauration, définir le cahier des charges et fournir un repas qui convient aux besoins pour les diverses tranches d'âge, en éduquant l'enfant à l'acquisition d'habitudes alimentaires correctes. La bonne gestion de la restauration, outre que produire et distribuer les repas dans le respect des Niveaux d'apports nutritionnels quotidiens qui sont recommandés pour la population italienne, peut jouer un rôle important dans l'éducation alimentaire en impliquant les enfants, les familles et les enseignants. Un aspect d'une importance fondamentale est celui de la formation des enseignants et des préposés au service. La formation se base sur les principes de l'alimentation, sur l'importance des sens dans le choix alimentaire, sur les méthodologies qui sont susceptibles de conduire les enfants vers une consommation d'aliments variée, sur l'importance d'une conservation correcte, sur la préparation et le portionnement des repas.

En continuité avec les lignes d'orientation susmentionnées, le Ministère de l'Éducation, de l'Université et de la Recherche (MIUR) a publié, en 2011, les *“Lignes directrices pour l'éducation alimentaire dans les écoles italiennes”*. Les Lignes directrices, en plus de fournir des orientations innovantes en matière d'éducation alimentaire, entendent introduire cet enseignement dans les programmes d'éducation des Établissements scolaires. Pour cela, elles doivent tenir compte à la fois des récents processus de réaménagement des différents degrés de l'enseignement, du primaire au secondaire de deuxième degré, et des indications de l'Union Européenne en matière de développement des compétences-clé. En même temps, les Lignes Directrices valorisent ce qui a été réalisé de manière autonome dans les écoles en matière d'éducation alimentaire.

Associé au programme *“Gagner en santé : rendre faciles les choix salutaires”* le Ministère de la Santé a promu l'opuscule *“Cinq bons petits lapins”*, adressé aux enfants des deux premières classes du primaire. Le projet, inséré dans le programme *“École et Santé”*, est un instrument utile pour introduire les enfants à la découverte de thèmes fondamentaux pour leur bien-être : **alimentation, sport et mouvement, jeux et lecture, comportements corrects**. En synthèse, l'opuscule se présente comme un guide aux styles de vie sains et corrects, riche en pistes et en parcours didactiques pour aider les enfants à apprendre les bonnes habitudes.

Dans le rapport précédent, on avait illustré le projet pilote national **“Frutta Snack”** dont l'objectif était d'encourager chez les enfants du secondaire de deuxième degré la consommation de fruits et légumes à l'école et, indirectement, en famille, afin de conserver le bien-être psycho-physique et prévenir les maladies et les déséquilibres nutritionnels. Le projet prévoyait une action directe, un soutien aux écoles, l'implication des enseignants et des élèves au travers d'activités de formation et d'animation, la réalisation d'une campagne de sensibilisation et la production de matériel d'information. L'expérimentation avait été lancée dans la période comprise entre décembre 2006 et

mai 2007 et avait impliqué 3 régions représentatives du nord, du centre et du sud de l'Italie (Emilie-Romagne, Latium, Pouilles).

Le projet a vu l'adhésion d'un nombre d'établissements supérieur à celui qui était prévu. Au total ont adhéré 82 écoles supérieures, pour 1.975 classes et 42.544 élèves de tous les ordres : Lycées, Instituts techniques et Instituts professionnels. 119 enseignants ont été impliqués dans l'activité de formation. L'installation des 82 distributeurs, fournis aux écoles en prêt à usage gratuit, et leur gestion logistique ont été effectuées par des sociétés spécialisées qui ont collaboré à l'initiative. La campagne d'information et de sensibilisation a été adressée prioritairement aux élèves mais aussi à leurs familles, aux citoyens et aux médias.

Le projet a reçu l'appréciation des enseignants, qui ont demandé que l'expérience soit poursuivie, et des élèves qui ont déclaré avoir augmenté leur consommation de fruits et légumes.

A côté des projets susmentionnés, il faut citer le programme national **“Gagner en Santé dans l'Adolescence”**, coordonné par la Région du Piémont et qui vise à :

- a) construire un programme unitaire d'interventions de protection et de promotion de la santé adressées aux adolescents sur tout le territoire national ;
- b) promouvoir des stratégies efficaces de prévention et de promotion de la santé dans l'adolescence qui répondent à des critères de bonne pratique.

Le programme prévoit l'organisation et la réalisation d'un plan national pour le démarrage d'interventions coordonnées et unitaires de prévention et promotion de la santé dans l'adolescence sur cinq secteurs thématiques :

- 1) **Tabac, alcool et substances.** Projet de prévention de la consommation d'alcool dans les contextes du divertissement et des loisirs au travers d'unités mobiles.
- 2) **Accidents de la route.**
- 3) **Sexualité.** Projet de promotion de la santé sexuelle dans le contexte scolaire avec l'intervention d'éducateurs.
- 4) **Promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique.** Intervention dans le contexte scolaire par le biais des enseignants sur la base de projets nationaux.
- 5) **Bien-être et santé mentale.**

La possibilité a été offerte aux Régions et aux Provinces Autonomes d'expérimenter sur leur territoire les projets sélectionnés dans la période 2010-2012. 18 Régions et la Province Autonome de Trente ont adhéré au programme national, pour un total de 69 projets.

Le financement global à la disposition des Régions pour le développement local des 69 projets s'élève à € 1.500.000,00. Pour chaque projet est prévu un financement de € 21.428,57 qui est transféré aux 18 Régions adhérentes et à la Province Autonome de Trente grâce à la convention avec la Région du Piémont.

Les 2097<sup>10</sup> Centres de consultation familiale publics présents sur tout le territoire national accueillent un service “Espace Jeunes” dédié aux garçons et aux filles de 14 à 20 ans, qui peuvent y accéder librement sans ordonnance médicale. Le service est gratuit et garantit le respect de la

---

<sup>10</sup> Source : Ministère de la Santé *“Organisation et activités des Centres de Consultation Familiale Publics en Italie – année 2008”* publié en 2010

privauté. Le service est prévu de manière à créer une atmosphère informelle qui facilite la relation, la création de parcours socio-sanitaires, l'accompagnement vers les services spécialisés. Le personnel (gynécologues, psychologues, obstétriciennes, assistants sociaux, assistants sanitaires, éducateurs et diététiciens) possède une formation spécifique pour accueillir les jeunes et répondre à leurs problèmes, outre que pour fournir des soins. Les Espaces Jeunes, avec la collaboration d'autres services de l'Agence Sanitaire Locale, d'entités et d'institutions du territoire (communes, écoles, centres d'agrégation sportive et récréative, associations, etc.) réalisent des projets d'éducation à la santé adressés aux jeunes et aux adultes de référence (enseignants, parents, éducateurs, entraîneurs sportifs, etc.). Les projets offerts sont : éducation socio-affective, éducation sexuelle, prévention du SIDA et des maladies transmises sexuellement, éducation alimentaire, prévention de l'utilisation de substances, etc.

En 2008 (dernière annualité relevée), **65%** des Centres de consultation familiale publics ont effectué des cours d'**éducation sexuelle** dédiés aux jeunes et aux adolescents

*Le Comité européen des droits sociaux a demandé, dans les Conclusions 2009, d'indiquer la fréquence avec laquelle les départements materno-infantiles des Agences Sanitaires Locales fournissent les divers services qu'elles prévoient dans le cadre de la médecine scolaire. À ce propos, il est à noter qu'aucun monitoring n'a été mené en l'état sur l'activité qui est accomplie par ceux-ci dans les diverses régions italiennes et que l'on n'est donc pas en mesure de fournir les informations qui ont été demandées.*

### §.3

## Tabagisme

La prévention du tabac est l'un des secteurs d'action du Programme "Gagner en santé : rendre faciles les choix salutaires" (voir ci-dessus), promu par le Ministère de la Santé et approuvé avec le Décret de la Présidence du Conseil des Ministres du 4 mai 2007.

La stratégie italienne se développe sur trois directions :

1. **Protéger la santé des non-fumeurs**, par le soutien et le monitoring de la Loi n° 3/2003 qui a étendu la protection à toute la population et révolutionné l'attitude culturelle à l'égard du tabac qui est passée de la règle à l'exception ;
2. **Réduire la prévalence des nouveaux fumeurs**, au travers de programmes de prévention dans les écoles de tout ordre et degré et de campagnes multimédias ;
3. **Soutenir l'arrêt chez les fumeurs actuels**, grâce à une série d'interventions qui concernent la formation de professionnels sanitaires et non sanitaires, les programmes de communauté, Les Centres Anti-tabac et les entreprises sans tabac, la régulation des ingrédients, les paquets, les prix et la fiscalité des produits du tabac.

Selon les données de l'Institut National de Statistique, en 2011 en Italie sur 52 millions d'habitants âgés de plus de 14 ans, les fumeurs étaient environ 11,6 millions (22,3%) dont 7,1 millions

d'hommes (28,4%) et 4,5 millions de femmes (16,6%). En 2003, avant ladite Loi n° 3/2003, la prévalence des fumeurs était de 23,8% (31% d'hommes et 17,4% de femmes) avec une baisse totale de 6,3% (-8,4% d'hommes et -4,6% de femmes). Les valeurs les plus élevées pour les hommes étaient enregistrées chez les jeunes adultes entre 25 et 34 ans, avec un pourcentage de 38,9%, tandis que pour les femmes la tranche d'âge avec la plus haute prévalence était celle entre 45 et 54 ans avec un pourcentage de 23,3%. La prévalence chez les jeunes entre 15 et 24 ans était stable, toutefois, avec une valeur de 21,4% (26,5% d'hommes et 15,9% de femmes).

Comme indiqué dans le rapport précédent, en janvier 2005 est entrée en vigueur la Loi n° 3/2003 (art. 51 : "protection de la santé des non-fumeurs") qui réglemente la consommation de tabac dans tous les locaux publics et privés – y compris les lieux de travail et les structures du secteur de l'accueil. L'activité de monitoring de l'application de la loi est toujours en cours et s'articule sur 5 niveaux :

1. ventes des produits de tabac
  2. effets sur la santé
  3. contrôle du respect de la loi
  4. tentatives d'arrêt et traitement du tabagisme
  5. autres activités de prévention et communication.
- 
1. D'après l'élaboration des données de l'Administration Autonome des Monopoles d'État, au cours de l'année 2010<sup>11</sup> on estime que les **ventes de cigarettes ont baissé de 2,4% par rapport à 2009** (presque 1 paquet en moins par mois acheté par chaque fumeur). Pour la première fois depuis 1997, les ventes ont baissé sous le seuil de 90 millions de kg. **Par rapport à 2004, la diminution de la vente de cigarettes est de l'ordre de 12%.**
  2. En ce qui concerne les **effets sur la santé**, les diverses études qui ont été menées montrent une réduction des événements coronariens aigus entre 2004 et les années qui ont suivi l'introduction de la loi, avec des valeurs qui vont de **-4% à -13% des hospitalisations pour infarctus chez les personnes en âge de travail (en dessous de 70 ans).**
  3. Sur mandat du Ministre de la Santé, à parti de 2005, les NAS – les Carabiniers pour la défense de la santé - effectuent des contrôles ponctuels sur tout le territoire national dans les lieux dans lesquels l'interdiction de fumer est en vigueur. Au **31/12/2011 les NAS ont accompli 22.000 contrôles dans toute l'Italie**, dans diverses typologies de locaux (gares de chemin de fer, hôpitaux, ambulatoires, musées et bibliothèques, aéroports, bureaux de poste, salles de paris, discothèques, pubs et pizzerias), qui ont montré le respect substantiel de la norme. En **2011**, les NAS ont effectué **3.824 inspections**, en retournant aussi dans les lieux qui étaient les plus à risque de non-respect de la loi (discothèques et hôpitaux). Ces inspections ont amené à contester **220 infractions** (5,8% du total) : 94 à des personnes qui fumaient malgré l'interdiction (2,5%) et 126 pour non-affichage ou affichage erroné du

---

<sup>11</sup> Source : Ministère de la Santé – *Activités pour la prévention du tabagisme – Rapport année 2011* – publié en janvier 2012

panneau d'interdiction ou pour la présence de locaux pour fumeurs qui n'étaient pas réglementaires (3,3% du total). En 2010, les contrôles avaient été 3.916, avec 299 infractions (7,5% du total).

4. Selon les données de l'Institut National de Statistique, les anciens fumeurs étaient 12,2 millions en 2011 (23,4%), dont 7,7 millions d'hommes et 4,5 millions de femmes (16,7%). D'après les données du système de surveillance PASSI (voir ci-dessus), en 2009, 60% des fumeurs qui avaient consulté un médecin ou un opérateur sanitaire au cours de l'année, avaient reçu le conseil d'arrêter de fumer. Un rôle très important pour aider les fumeurs à arrêter de fumer peut être joué, en outre, par les Centres Anti-tabac qui existent dans les Agences Sanitaires Locales, les Entreprises Hospitalières ou dans les structures du volontariat pour le soutien spécialisé offert aux personnes dans les traitements de désaccoutumance. D'après le recensement de l'ISS-OSFAD, actualisé au mois de **décembre 2010**, **396 Centres Anti-tabac** étaient actifs en Italie, dont 303 afférents au SNS, et 93 à la Ligue Italienne pour la lutte contre les tumeurs (LILT). L'Institut Supérieur de Santé (ISS) exerce une activité de conseil, soutien et information sur les problématiques qui sont liées au tabagisme avec le Numéro Vert contre le Tabac 800 554088 de l'Observatoire Tabac, Alcool et Drogue. La LILT met à disposition le numéro vert 800 998877, qui consiste en un service téléphonique géré par des figures professionnelles, des médecins et des psychologues, pour aider "à distance" les fumeurs qui n'ont pas la possibilité de suivre directement un programme de soutien pour arrêter de fumer dans un service territorial.
5. Dans le cadre de la prévention du tabagisme, en 2009 le Ministère de la Santé avait réalisé la campagne "*Le tabac tue, défend-toi !*", une campagne multimédia qui privilégie l'approche encourageante/positive/prépositive, en se servant d'un témoin – un célèbre acteur de cinéma et de théâtre – immédiatement reconnaissable par le public, crédible et influent. En 2010, l'activité de communication des risques du tabac et l'invitation à arrêter et à faire arrêter de fumer s'est poursuivie avec une nouvelle campagne de communication, avec un titre multimédia "*Je ne fumerai jamais !*", adressée principalement aux tous jeunes.

Pour soutenir les activités de prévention du tabagisme et mettre en œuvre les objectifs qui sont prévus pour le tabac par le Programme "Gagner en santé", le Centre pour la prévention et le contrôle des maladies du Ministère de la Santé a promu, dès sa constitution en 2004, la réalisation de nombreux projets, qui ont été confiés pour la plupart à la coordination des Régions et de l'Institut Supérieur de Santé. Au total, entre 2004 et 2011, 17 projets visant à lutter contre le tabagisme (avec un financement total de plus de 7 millions et demi d'euros) ont été approuvés. Ces projets ont permis, entre autres, de réaliser un parcours de formation sur la planification régionale des interventions de prévention, de soins et de contrôle du tabagisme qui a facilité l'introduction de la lutte contre le tabagisme dans les actes institutionnels de programmation de toutes les Régions. En outre, des interventions de prévention adressées aux jeunes ont été expérimentées au niveau local.

La décennie **2000-2010** a enregistré une croissance de la consommation de boissons alcooliques et de spiritueux chez les jeunes et chez les jeunes adultes, souvent hors des repas et avec une fréquence occasionnelle. L'augmentation des consommations hors des repas a été importante dans la décennie aussi bien chez les hommes que chez les femmes, qui ont enregistré une augmentation presque égale à celle des hommes. La consommation hors des repas s'est particulièrement implantée chez les plus jeunes et les tous jeunes : dans la tranche d'âge 18-24 ans, les consommateurs hors repas sont passés de 33,7% à 41,9% et chez les tous jeunes entre 14 et 17 ans, de 14,5% à 16,9%.

Le *binge drinking*, la manière de boire importée de l'Europe du Nord qui implique la consommation de nombreuses unités d'alcool dans un court laps de temps, s'est désormais diffusée stablement à partir de 2003, en enregistrant une augmentation constante chez les deux sexes, en 2010 a concerné 13,4% des hommes et 3,5% des femmes.

Dans l'ensemble, d'après les données de l'Institut Supérieur de Santé, en **2010**, 25,4% des hommes et 7,3% des femmes âgés de plus de 11 ans, environ 8.600.000 personnes, consomment des boissons alcooliques sans respecter les indications de consommation des agences de santé publique, en s'exposant aux risques qui sont liés à l'alcool.

Pour évaluer le phénomène de la dépendance de l'alcool, il faut tenir compte, outre que des alcooliques qui sont en traitement dans les services alcoolémiques publics, également de ceux qui fréquentent dans un but rééducatif les groupes d'auto-aide et d'aide mutuelle et les associations de volontariat sans but lucratif qui travaillent aussi bien de manière autonome qu'en collaborant avec les services des structures publiques. En 2009, 42,8% des services ont collaboré avec les Clubs d'Alcooliques en traitement (53,4% en 2008), 33,9% avec les groupes d'A. A<sup>12</sup>. (41% en 2008) et 10,5% avec d'autres groupes d'auto-aide et d'aide mutuelle (14,4% en 2008). Au **31.12.2009**, on a relevé **514** services ou groupes de travail pour l'alcool dépendance distribués dans 19 Régions et Provinces Autonomes : 95,0% étaient de type territorial, 3,3% de type hospitalier et 1,7% de type universitaire. Au total, en 2009, **3.579** unités de personnel ont été préposées aux activités relatives à l'alcool dépendance, dont 685 préposées exclusivement (19,1% du total) et 2894 préposées partiellement (80,9% du total). La proportion la plus élevée de préposés exclusifs revient aux infirmiers professionnels (28,2%), suivis des médecins (22,8%), des assistants sociaux (16,8%) et des psychologues (15,8%) ; les préposés partiels sont le plus souvent des infirmiers professionnels (24,7%), des médecins (23,1%) et des psychologues (17,5%).

En **2009**, les alcool dépendants qui ont été pris en charge dans les services alcoolémiques publics territoriaux ont été **65.360**, une valeur qui est inférieure pour la première fois à celle qui a été relevée l'année précédente (66.548) et qui interrompt la tendance de croissance qui était présente depuis 1996. Les usagers masculins ont été 51.294 (51.491 en 2008) tandis que les femmes ont été 14.066 (15.057 en 2008). Le rapport H/F était de 3,6 en considérant le total des usagers (les hommes représentent 78,5% du total des usagers) et de 4,0 chez les nouveaux usagers.

---

<sup>12</sup> Alcooliques Anonymes

Dans la ligne des indications qui sont contenues dans les lignes directrices qui sont visées à l'Accord État-Régions 21/1/1999 "Réorganisation du système d'aide aux toxicomanes", les fonctions qui ont été exercées effectivement par les services ou les groupes de travail au cours de l'année 2009 ont été les suivantes. Un pourcentage élevé de services ont effectué des activités d'accueil, observation et diagnostic (69,3%), ont défini (67,9%) et/ou réalisé (69,3%) des programmes thérapeutiques et de rééducation ; les interventions de prévention ont été effectuées par 67,3% des services. Pour les fonctions de coordination, les pourcentages d'activation les plus bas sont rapportées à celles qui impliquent les relevés épidémiologiques (50,0%) et les interventions d'autres structures ou services sanitaires publics (52,7%) ; les plus élevés sont attribuables à la coordination avec le service social public (64,6%), avec les services hospitaliers (63,8%) et avec le médecin de famille (62,8%). Les plans opérationnels de formation du personnel et de sensibilisation ont impliqué 56,0% des services relevés.

En 2009, l'âge moyen des usagers était de 45,1 ans ; les femmes continuaient d'avoir un âge moyen plus élevé que celui des hommes (46,8 contre 44,4) et les nouveaux usagers étaient en moyenne plus jeunes par rapport aux usagers qui étaient déjà pris en charge ou revenus (42,9 contre 46,1). Les usagers de 20-29 ans entre 2008 et 2009 sont passés de 9,6% à 10,5% et parmi eux les nouveaux usagers sont passés de 14,2% à 15,4%.

En revanche, pour les alcool dépendants en dessous de 20 ans, on a enregistré pour 2009 aussi une stabilité substantielle sur des valeurs autour de 0,6%. En ce qui concerne les nouveaux usagers de cette tranche d'âge, qui représentaient en 2009 1% du total des nouveaux usagers, la tendance se confirmait à une légère baisse constante des prévalences à partir de 2006.

En 2009, 8,6% des usagers des services alcoolémiques faisaient un usage concomitant d'alcool et de substances stupéfiantes. La valeur était inférieure à celle qui avait été relevée en 2008 (10%), ce qui confirmait la tendance à la baisse de ce comportement, à partir de 2007.

Afin de lutter contre l'abus de boissons alcooliques et de spiritueux et d'orienter la population vers des styles de vie salutaires, le gouvernement italien et, notamment, le Ministère de la Santé ont adopté diverses mesures, parmi lesquelles :

- **Le Plan National Alcool et Santé (PNAS)**, approuvé par la Conférence État-Régions dans la séance du 29 mars 2007. Il s'agit d'un document programmatique d'orientations concertées entre le Ministère et les Régions, selon les prévisions de la loi 125/2001, dans le but de promouvoir l'implémentation d'un ensemble de stratégies et d'actions qui visent à renforcer les activités de prévention et à réduire la mortalité et la morbidité qui sont reliées à l'alcool en Italie. Dans le Plan, la réduction des dommages causés par l'alcool est reconnue, selon les orientations adoptées dans les Plans Sanitaires Nationaux les plus récents, comme un objectif de santé publique important et on y confirme la nécessité de politiques et d'actions qui visent à favoriser la prévention et l'information correcte afin de souligner les aspects de risque qui sont liés à l'alcool. Le PNAS a eu une durée de trois ans (1<sup>er</sup> janvier 2007- 31 décembre 2009).

- **Le Programme “Gagner en santé – Rendre plus faciles les choix salutaires”** (voir ci-dessus). Les objectifs du Programme incluent aussi les initiatives qui visent à réduire l'abus d'alcool et à éduquer à une consommation consciente et modérée. En particulier, le Programme se propose de :
  - 1 Réduire la disponibilité de boissons alcooliques dans le milieu de vie et de travail et le long des principales artères routières
  - 2 Favoriser la limitation de la quantité d'alcool dans les boissons alcooliques
  - 3 Informer correctement les consommateurs
  - 4 Eviter les accidents de la route liés à l'alcool
  - 5 Renforcer les interventions de prévention primaire et secondaire dans la médecine de

base

- 6 Trouver des alliances avec le monde du travail
  - 7 Protéger les mineurs contre le dommage lié à l'alcool
  - 8 Former les opérateurs.
- **Le Plan National de la Prévention 2010-2012.** Relativement à la prévention de l'alcool, le Plan prévoit une série d'actions qui visent la promotion de la santé, l'éducation, la formation et la communication, avec les objectifs suivants :
    - réduction des diverses catégories de consommateurs d'alcool à risque, comme les consommateurs hors repas, les consommateurs de quantités journalières qui ne sont pas compatibles avec une bonne santé, les “binge drinkers”, les consommateurs qui conduisent en état d'altération psychophysique due à l'alcool, les consommateurs dans les lieux de travail, qui doivent être évalués avec les données de l'Institut National de Statistique, de l'Institut Supérieur de Santé et avec des systèmes de surveillance spécifique ;
    - introduction des lignes stratégiques du Plan National Alcool et Santé ;
    - stipulation d'accords avec les associations professionnelles pour garantir une plus grande responsabilité dans la vente et dans la distribution des boissons alcooliques.
 Le PNP prévoit aussi des actions centrales de soutien aux Régions pour la prévention de l'alcool. Conséquemment, toutes les Régions ont élaboré des Plans de Prévention Régionaux, en les articulant dans des programmes/projets concernant les divers macro-secteurs et les lignes d'intervention et en les envoyant au Ministère de la Santé pour l'évaluation prévue. Au mois de janvier 2011, au total 641 programmes/projets étaient parvenus au Ministère, dont 114 relatifs à la prévention des facteurs de risque comportementaux, rapportés dans de nombreux cas aussi à la prévention de l'usage nocif de l'alcool. Des projets sont en outre parvenus qui visaient la prévention des accidents de la route (28) et sur le travail (67), dérivant de l'utilisation et de l'abus d'alcool.
 

Les projets/programmes visant exclusivement ou spécifiquement la prévention des dommages liés à l'alcool dans le cadre des différentes lignes d'intervention sont au nombre de 12 au total, présentés par 10 Régions et Provinces Autonomes (Piémont, Vénétie, Émilie-Romagne, Toscane, Ombrie, Marches, Latium, Calabre, Sicile et Province Autonome de Trente).
  - **Le Plan Sanitaire National 2011-2013.** Dans le cadre des orientations qui sont définies dans la Stratégie de l'Union Européenne pour la réduction des dommages

liés à l'alcool, approuvée par le Conseil de l'U.E. en novembre 2006, le Plan définit les objectifs suivants à poursuivre dans la période de trois ans :

- agir au niveau culturel pour modifier correctement la perception de la boisson en tant que comportement à risque et diffuser des informations précises et univoques sur le risque connexe ;

- adopter des politiques et des actions de prévention ciblées, en tenant compte des implications de risque que la boisson comporte dans les diverses tranches de la population, surtout en ce qui concerne les personnes âgées, les jeunes et les femmes;

- adopter des politiques et des actions de prévention spécifiques, rapportées à des conditions de vie et de travail particulières, surtout en ce qui concerne la conduite, les activités professionnelles, la grossesse, la condition de dépendance ;

- promouvoir l'identification précoce et l'intervention brève pour la prévention des problèmes liés à l'alcool dans la médecine de base et dans les contextes de travail ;

- accroître la disponibilité et l'accessibilité de traitements appropriés pour les sujets avec des comportements d'abus grave et pour les alcool dépendants, en mettant en place des parcours qui garantissent la continuité de la prise en charge, l'intégration avec les services de santé contigus et avec les services sociaux, l'évaluation de l'efficacité des interventions ;

- soutenir le monitoring et la surveillance par rapport à la consommation d'alcool, à son impact sur la santé et sur les services socio-sanitaires, aux politiques de lutte qui sont activées.

L'art. 3, alinéa 4, de la loi 125/2001 dispose une allocation annuelle de ressources sur un chapitre budgétaire spécifique du Ministère de la Santé pour le monitoring des données relatives à l'abus d'alcool et aux problèmes liés à l'alcool, à réaliser selon des modalités qui garantissent l'élaboration et la diffusion des données au niveau régional et national.

Pour l'année 2010, **468.702** euros, répartis entre toutes les Régions, ont été alloués pour le monitoring des données.

## **Les Toxicomanies**

Comme illustré dans les rapports précédents, l'instrument législatif qui discipline toute la matière est le Décret du Président de la République n° 309/1990 (Texte Unique sur les toxicomanies) et ses modifications successives (Loi n° 45 de 1999 et Loi n° 49 de 2006).

Le "*Rapport National sur l'utilisation de substances stupéfiantes et sur l'état des toxicomanies en Italie*", qui a été rédigé en 2012 par le Département des Politiques Anti-drogue de la Présidence du Conseil des Ministres, contient les résultats d'une recherche qui a été menée sur un échantillon représentatif de plus de 18.000 italiens. On a estimé que le nombre total de consommateurs (en entendant par ce terme aussi bien les consommateurs occasionnels que ceux avec une dépendance de substances avec un usage quotidien) était de 2.327.335. L'analyse générale de l'évolution du nombre de consommateurs de substances stupéfiantes au cours des deux dernières années, rapportés à la tranche de population entre 15 et 64 ans, confirme la tendance à la diminution du

nombre de sujets, qui avait déjà été observée en 2010 pour toutes les substances considérées. La comparaison des consommations de stupéfiants chez les jeunes de la tranche d'âge 15-19 montre, à partir de 2002, une réduction progressive de la prévalence de consommateurs de cannabis, caractérisée par une certaine variabilité jusqu'en 2008, et par une stabilité substantielle à partir de 2010 jusqu'à maintenant. La cocaïne, après une augmentation tendancielle jusqu'en 2007, marque une réduction constante et continue de la prévalence de consommateurs jusqu'en 2012, avec une plus grande variabilité dans les deux dernières années. Les consommateurs de substances stimulantes (ecstasy et amphétamines) suivent l'évolution de la cocaïne jusqu'en 2011. Depuis 2004, la consommation d'héroïne est en baisse constante et continue.

Les sujets avec une dépendance de substances (toxicomanes avec un besoin de traitement) étaient 562.400 en 2010. Le total des personnes en traitement dans les services publics pour les toxicomanies (voir ci-dessous) ont été 172.211 en 2011 (176.430 en 2010). Ces données ont été calculées à partir du flux informatif du Ministère de la Santé avec un taux de couverture des services de 90%. Les régions avec le plus haut pourcentage d'usagers en charge pour usage primaire d'héroïne étaient, dans l'ordre : Ombrie, Basilicate, Trentin-Haut-Adige et Ligurie. Les régions avec le plus haut pourcentage d'usagers en charge pour usage primaire de cocaïne étaient, dans l'ordre : Lombardie, Sicile, Campanie et Val d'Aoste.

Les structures socio-sanitaires actives qui sont dédiées au soin et à la récupération de personnes avec un besoin d'aide lié à l'utilisation de substances psychotropes sont au total **1.630** : 563 (34,5%) services publics pour les toxicomanies (Ser.T.) ; 1.067 structures sociales de réhabilitation, principalement des structures résidentielles (66,4%).

La distribution des structures socio-sanitaires sur le territoire national montre une plus grande concentration dans les régions du Nord et notamment en Lombardie, Vénétie et Emilie-Romagne.

Les coûts attribuables aux activités de lutte s'élèvent à environ 2 milliards d'euros (7,1% du total), dont presque la moitié (48,2%) pour la détention, 18,7% pour les activités des forces de l'ordre, 32,6% pour les activités dispensées par les tribunaux et par les préfetures.

Les coûts socio-sanitaires s'élèvent à 1,8 milliards d'euros, dont 40,2% pour le soin des pathologies corrélées, 40,0% pour l'assistance des sujets dans les services pour les dépendances, et 14,2% pour l'assistance dans les structures sociales de réhabilitation.

La part d'investissements financiers dans le secteur de la prévention a augmenté d'environ 60%.

Les régions qui ont investi le plus en prévention sélective, en termes absolus, ont été respectivement la Toscane, la Lombardie, l'Emilie-Romagne et le Latium.

Le montant total qui a été investi en 2011 a été d'environ 28.125.000 euros en prévention universelle et 19.873.000 euros en prévention sélective pour un total de 47.998.000 euros.

Le Département des Politiques Anti-drogue a financé, durant toute l'année 2011, des projets de prévention universelle (campagne nationale) et de prévention sélective (projets pour parents, écoles, postes de travail, accidents de la route) à hauteur de 21 % de son budget annuel pour un total de 1.497.000 euros.

Relativement aux traitements dispensés par les Services pour les toxicomanies, selon les informations qui sont parvenues du Ministère de la Santé (le flux de données est en cours de parachèvement) et sur la base des estimations de 2011, les traitements dispensés ont été 186.073.

Du profil de la distribution en pourcent des traitements qui ont été dispensés en 2011, on peut remarquer que pour 66,4% il s'agit d'un traitement pharmacologique (surtout de la méthadone, 75,1%) tandis que pour 33,4% le traitement est de type psycho-social et/ou de réhabilitation non intégré avec des médicaments.

Dans tous les plans régionaux, on a enregistré une forte présence de programmes de réinsertion professionnelle avec un investissement global de la part des régions au cours de l'année 2011 d'environ 9,4 millions d'euros. 75% des régions considéraient prioritaire l'activation de programmes de réinsertion professionnelle avec une haute accessibilité aux services pour l'emploi. En même temps, 50% des régions ont activé des interventions pour l'achèvement de l'éducation scolaire.

En 2011, 2.306 personnes ont été confiées aux services sociaux, en allant s'ajouter à celles qui étaient déjà en placement (2.436). Les sujets en placement étaient donc 4.742.

En ce qui concerne les décès liés à la drogue, on enregistre désormais depuis longtemps une tendance à la baisse.

En 1999, les décès ont été 1.002, en 2011 ils ont été 362 (374 en 2010). Les décès chez les femmes ont subi une hausse proportionnelle par rapport à ceux des hommes (9,0% en 2009, 13,3% en 2011). On remarque aussi une augmentation de l'âge moyen du décès qui est de 37 ans.

\* \* \*

## **LA PRÉVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES**

### **Les vaccinations**

Comme indiqué dans le rapport précédent, le Plan National des Vaccins (PNV) 2005-2007 poursuivait les objectifs de maintenir des couvertures vaccinales élevées, comme prévu par les Plans Sanitaires Nationaux 1998-2000 et 2003-2005, et de promouvoir des interventions vaccinales appropriées pour les maladies qui n'ont pas encore atteint des niveaux de couverture optimaux.

Après le PNV 2005-2007, le Plan National de la Prévention 2010-2012, en plus des objectifs pour la prévention des maladies susceptibles de vaccination, s'était proposé de :

- maintenir les couvertures vaccinales pour les maladies pour lesquelles est fixé l'objectif de l'élimination ou de la limitation significative ;
- améliorer les couvertures vaccinales chez les sujets à haut risque ;
- définir des stratégies vaccinales pour les nouveaux vaccins ;
- informatiser les analyses vaccinales ;
- renforcer la surveillance épidémiologique et le monitoring des couvertures vaccinales ;
- réaliser des initiatives d'information et de communication.

### **Couverture vaccinale**

En 2011, les vaccinations poliomyélite-diphtérie-tétanos (DT), ou diphtérie-tétanos-coqueluche (DTC) – DT DTC – et hépatite B (HBV) étaient distribuées uniformément sur tout le territoire national, avec une moyenne supérieure à **96%**. En ce qui concerne la vaccination rougeole-oreillons-rubéole (MPR) la moyenne de couverture nationale se stabilisait sur 90,7%. Relativement à l’HIB (Haemophilus Influenzae de type B), dans les dernières années on a observé une augmentation progressive de la couverture, qui a atteint 95,9% en 2011.

## **SÉCURITÉ ALIMENTAIRE**

Le système des sauvegardes et des contrôles sur les produits alimentaires ainsi que l’articulation des différents instituts préposés à cet effet, déjà illustré dans les rapports précédents, n’a pas subi de variations dans la période qui intéresse le présent rapport.

On rapporte, ci-après, les résultats de la surveillance et du contrôle officiel effectué sur les aliments au niveau national de la part des Administrations centrales et territoriales déléguées (Régions, Agences Sanitaires Locales, Laboratoires du contrôle officiel, Ministère des Politiques Agricoles et Forestières, Ministère de l’Environnement, Police Financière, laboratoires chimiques des Douanes, qui sont contenus dans le rapport *“Surveillance et contrôle des aliments et des boissons en Italie – année 2011”*, qui a été rédigé par le Ministère de la Santé.

Au cours de l’année **2011**, les Services Hygiène des Aliments et Nutrition et les Services des Départements de Prévention des ASL ont contrôlé au total **358.196** unités opérationnelles, soit 24,7% des structures signalées sur le territoire national (1.448.072). Les unités avec des infractions ont été **53.180**. Les pourcentages d’irrégularités les plus élevés ont été surtout relevés dans le secteur de la restauration et chez la catégorie des producteurs et des conditionneurs, avec des irrégularités principalement à la charge de l’hygiène personnelle et des structures.

Le Commandement des Carabiniers, au travers de l’activité des NAS (Unités pour la Répression des Fraudes), accomplit des activités d’inspection pour la défense de la santé. En effet, en **2011**, il a effectué **58.689 inspections** dont 38.700 dans les secteurs d’intérêt du Plan National Intégré en notifiant **4.189 infractions pénales**.

Les activités d’inspection de 2006 ont produit un nombre énorme d’échantillons dérivant de produits alimentaires, pour un total de 107.383. Les contrôles d’analyses ont été effectués dans des Laboratoires publics qui ont pu relever, en appliquant des méthodes agréées et à l’avant-garde, des non-conformités dans 3.557 échantillons, soit 3,3% du total, principalement à cause de contaminations biologiques.

## **SÉCURITÉ DANS LES MILIEUX DE VIE**

## **Les accidents domestiques**

Les accidents domestiques représentent un problème d'un grand intérêt pour la santé publique et d'une importance sociale pour l'impact psychologique qu'ils ont sur la population, qui considère la maison comme le lieu sûr par excellence.

En Italie, selon l'enquête *“Aspects de la vie quotidienne – Année 2006”* qui a été menée par l'ISTAT sur les familles italiennes, les **accidents dans le cadre domestique** ont concerné, dans les trois mois qui ont précédé l'interview, environ 3,2 millions de personnes. 60% des accidents ont concerné des femmes (plus de 2 millions). Suivent parmi les catégories les plus atteintes, les jeunes jusqu'à 14 ans (où la prévalence est plus élevée chez les hommes) et les personnes âgées, notamment les plus de quatre-vingt ans. Les données ont été confirmées par l'INAIL pour les années 2007 et 2008.

Pour lutter contre cette réalité, en 2011 on a lancé un Plan national du Ministère de la Santé, réalisé avec la collaboration du CCM et de la Région Frioul-Vénétie-Julienne. L'objectif est de soutenir et offrir une assistance aux plans régionaux de prévention des accidents domestiques, en promouvant la remise à niveau professionnelle des opérateurs impliqués, qui sont choisis parmi les opérateurs des Services Territoriaux et Hospitaliers. Une attention particulière est portée au relevé des facteurs de risque d'accident présents dans les habitations, qui sont liés aussi aux caractéristiques des sujets qui y demeurent (enfants, personnes âgées, sujets porteurs d'handicap, sujets avec des habitudes de vie à risque). Les référents sont indiqués par chaque Région et constituent le premier noyau d'un réseau d'experts dans le domaine de la prévention des accidents domestiques.

Au sein de ce projet, on a présenté le manuel technique *“Accidents dans les habitations”* qui recueille tous les aspects du risque d'accidents dans les habitations, de la sécurité des installations à l'analyse des comportements à risque, des diverses fragilités des personnes qui vivent dans la maison, aux problématiques liées à l'intervention des opérateurs de la prévention qui travaillent dans les institutions.

En outre, on a activé un site Internet interactif pour connaître et calculer le risque d'accidents dans les habitations. Le site est le résultat du Projet *“Soutien et implémentation des activités de surveillance et prévention des accidents domestiques et de la route”*, qui a été confié par le Ministère de la Santé à l'INAIL.

## **SÉCURITÉ ROUTIÈRE**

Selon l'ISTAT, en Italie en 2010, on a enregistré 211.404 accidents de la route avec des blessures corporelles. Le nombre de morts s'est élevé à 4.090, celui des blessés à 302.735. Par rapport à 2009, on a enregistré une légère diminution du nombre d'accidents (-1,9%) et des blessés (-1,5%) et une baisse plus consistante du nombre de morts (-3,5%).

Par rapport à l'objectif fixé par l'UE dans le Livre Blanc de 2001, qui prévoyait une réduction de la mortalité de 50% avant 2010, en Italie la diminution s'est stabilisée à 42,4%, en s'approchant, par conséquent, de l'objectif qui avait été fixé.

En plus des nouveautés qui sont contenues dans la Loi n° 160 du 2 octobre 2007, *“Conversion en loi, avec modifications, du décret-loi n° 117 du 3 août 2007, portant dispositions urgentes de modification du code de la route pour augmenter les niveaux de sécurité dans la circulation”*<sup>13</sup>, il faut signaler l'adoption de la Loi n° 120 du 29 juillet 2010, *“Dispositions en matière de sécurité routière”*, qui a introduit des sanctions plus restrictives pour ceux qui conduisent en état d'ébriété et qui contient une série de nouveautés relatives à la distribution et à la vente de boissons alcooliques.

En outre, parmi les objectifs que le Plan National pour la Prévention 2010-2012 entend poursuivre, il y a aussi celui de réduire la mortalité et les invalidités qui sont liées aux accidents de la route, surtout en ce qui concerne ceux qui sont déterminés par l'utilisation de substances stupéfiantes et/ou alcooliques, par l'excès de vitesse et ceux qui sont dus à la non-utilisation de protections passives (usage correct du casque, des ceintures de sécurité et utilisation des sièges pour enfants). Le Plan a prévu en particulier les lignes d'intervention suivantes :

- interventions dans le cadre scolaire, au travers de l'introduction parmi les enseignements de la sécurité routière et en favorisant des cours pour l'obtention du permis cyclomoteur ;
- campagnes de communication ;
- utilisation/activation de systèmes de surveillance.

## **POLLUTION ATMOSPHÉRIQUE**

La pollution atmosphérique représente un des principaux facteurs de risque environnemental et sanitaire. Les thématiques associées aux émissions de gaz à effet de serre, au réchauffement global et à l'impact du changement climatique - et des politiques connexes - sur la santé et sur l'environnement ont été discutées durant la 5<sup>e</sup> Conférence Ministérielle sur Environnement et Santé, qui s'est tenue à Parme en 2010 et qui a vu réunis les Ministres de la Santé et de l'Environnement des 53 États de la Région Européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé. Dans la déclaration finale, les Gouvernements se sont engagés à réduire d'ici 2020 l'impact de l'environnement sur la santé, également par la réalisation de programmes nationaux visant à améliorer la qualité de l'air et à libérer l'environnement des agents chimiques toxiques. Parmi les divers défis sur lesquels les Ministres se sont engagés, il y a la recherche de politiques appropriées dans des secteurs comme, par exemple, le développement urbain et les transports.

A la fin de l'année 2010 s'est conclu le *Programme Stratégique National Environnement et Santé* (financé par le Ministère de la Santé), dont le but était d'évaluer *“l'impact sanitaire associé à la résidence dans des sites pollués, dans des territoires intéressés par des installations d'élimination/incinération d'ordures et à l'exposition à une pollution atmosphérique dans des zones urbaines”*. Le Programme a représenté le premier exemple d'approches de recherche multidisciplinaire au niveau national dans le domaine des déterminants environnementaux de la santé. Parmi les six projets de recherche afférents au Programme Stratégique, trois projets ont concerné de manière spécifique le thème des effets sanitaires corrélés à la pollution atmosphérique.

---

<sup>13</sup> voir rapport précédent

La nécessité de contenir la contamination de l'environnement et de l'air a induit les institutions supranationales et nationales à une mise à jour constante de la législation de réglementation des activités anthropiques et de maintien de standards de qualité acceptables. En particulier, le décret législatif 155/2010, qui a introduit dans la législation nationale la Directive 2008/50/CE, a repris toute la réglementation inhérente à la qualité de l'air ambiant, en introduisant une valeur limite annuelle pour le matériau particulaire PM<sub>2,5</sub>, en introduisant un "indicateur d'exposition moyenne" et en confirmant l'attention sur des micropolluants spécifiques, comme l'arsenic, le cadmium, le mercure, le nickel et les hydrocarbures polycycliques aromatiques et sur leurs dépôts sur le sol.

Afin de se procurer des informations sur l'état de la qualité de l'air, l'Italie s'est dotée de 708 stations de monitoring, 411 placées en milieu urbain, 205 dans des zones suburbaines et 92 dans des zones rurales, qui contrôlent les principaux contaminants sur le territoire national.

## **BRUIT**

Dans le cadre de la lutte contre la pollution acoustique, l'Union européenne a défini une approche commune pour éviter, prévenir ou réduire les effets nocifs de l'exposition au bruit ambiant. A cette fin, la Directive 2002/49/CE du Parlement européen et du Conseil a été adoptée et transposée ensuite dans la législation nationale avec le Décret législatif n° 194 du 19 août 2005. La directive visait à lutter contre le bruit auquel sont exposées les personnes dans les zones bâties, dans les parcs publics ou dans d'autres zones silencieuses des agglomérations, dans les zones silencieuses en rase campagne, à proximité des écoles, des hôpitaux et d'autres bâtiments et dans les zones particulièrement sensibles au bruit, mais ne tenait pas compte du bruit généré par la personne exposée elle-même, par les activités domestiques ou par le voisinage, ni le bruit sur le poste de travail ou à bord de moyens de transport ou le bruit dû à des activités effectuées dans les zones militaires. Parmi les objectifs qu'elle se proposait, il y avait la cartographie acoustique réalisée sur la base de méthodes communes, l'information au public et la réalisation de plans d'action au niveau local. Les États membres étaient donc tenus de rendre publiques les informations correspondantes aux autorités et aux organismes responsables de l'élaboration et, le cas échéant, de l'adoption des cartes acoustiques stratégiques. Dans les 5 ans qui suivaient son entrée en vigueur, les États membres auraient dû notifier à la Commission les principaux axes routiers sur lesquels transitaient plus de 6 millions de véhicules par an, les principaux axes ferroviaires sur lesquels transitaient plus de 60.000 convois par an, les principaux aéroports et les agglomérations urbaines avec plus de 250.000 habitants qui étaient situés sur leur territoire.

A la suite de la transposition de la directive dans la législation nationale, les Provinces, les Communes et le réseau autoroutier se sont dotés de plans d'action spécifiques pour la limitation de la pollution acoustique en zone urbaine et sur le réseau routier.

Toutefois, l'Union européenne entend fixer un nouvel ensemble de méthodes d'évaluation acoustique, pour parvenir, avant 2017, à dessiner une nouvelle carte du bruit. Cela permettra de surmonter les différences qui sont ressorties de la comparaison entre les cartes des États membres

au travers de l'élaboration de critères communs et organiques sur lesquels fonder les nouveaux plans d'action.

En ce qui concerne, en revanche, la réglementation en matière de prévention des travailleurs de l'exposition au bruit, on ne signale pas de variations.

## **POLLUTION DU SOL ET DU SOUS-SOL**

Le Décret législatif n° 152 du 3 avril 2006, *“Normes en matière d'environnement”* a été l'objet de deux interventions de modification importantes. La première au travers du Décret législatif n° 4 du 16 janvier 2008, *“Dispositions correctives et intégratives ultérieures du décret législatif n° 152 du 3 avril 2006, portant normes en matière d'environnement”* et la seconde au travers du décret législatif n° 128 du 29 juin 2010, *“Modifications et intégrations au décret législatif n° 152 du 3 avril 2006, portant normes en matière d'environnement, aux termes de l'article 12 de la loi n° 69 du 18 juin 2009”*. Les modifications et les intégrations qui ont été introduites par les deux décrets ont amené à une réécriture complète de la Partie II, Titre III, du Texte Unique de l'Environnement, en intéressant tous les aspects principaux, parmi lesquels : définitions, aspects procéduraux et administratifs, listes des projets soumis à une Évaluation d'Impact Environnemental, sanctions.

## **PROTECTION DES EAUX**

Avec ledit décret législatif n° 152 du 3 avril 2006, l'Italie a accueilli aussi la directive 2000/60/CE (*Directive-cadre sur l'Eau*). Les objectifs que se proposait la directive étaient la prévention de la détérioration qualitative et quantitative, l'amélioration de l'état des eaux ainsi qu'une utilisation durable basée sur la protection à long terme des ressources hydriques disponibles. Elle établissait, d'autre part, que chaque État membre devait protéger les eaux au niveau de *“bassin hydrographique”* et que l'unité territoriale de référence pour la gestion du bassin était reconnue dans le *“district hydrographique”*, une zone de terre et de mer, constituée par un ou plusieurs bassins limitrophes et par les eaux souterraines ou côtières respectives. Chaque État membre aurait dû analyser les caractéristiques de chaque district hydrographique ; examiner l'impact provoqué par les activités humaines sur l'état des eaux superficielles et souterraines ; effectuer une analyse économique de l'utilisation hydrique. Relativement à chaque district, il fallait mettre en place un programme de mesures qui devait tenir compte des analyses effectuées et des objectifs environnementaux fixés par la directive, avec le but ultime d'atteindre un *“bon état”* de toutes les eaux d'ici 2015. Les programmes de mesures sont indiqués dans les Plans de Gestion que les États membres devaient préparer pour chaque bassin hydrographique.

Le décret d'accueil de la directive divisait le territoire national en 8 districts hydrographiques et prévoyait la rédaction d'un plan de gestion pour chaque district, en attribuant la compétence aux Autorités de district hydrographique. Ensuite, le décret-loi

n° 208 du 30 décembre 2008, converti avec des modifications en la Loi n° 13 du 27 février 2009, portant *“Mesures extraordinaires en matière de ressources hydriques et de protection de l’environnement”*, établissait que les plans de gestion devaient être adoptés par les Comités institutionnels des Autorités de bassin d'importance nationale, intégrés par les membres désignés des régions dont le territoire retombait dans le district auquel se référait le plan.

## **AMIANTE**

Le cadre normatif est resté inchangé.

## **ARTICLE 12**

### **Droit à la sécurité sociale**

## **ARTICLE 12**

### **Droit à la sécurité sociale**

#### **§. 1**

L'Italie, comme on l'a indiqué dans les rapports précédents sur le présent article, a montré un engagement constant dans le maintien des standards de sécurité sociale. Même si des modifications du cadre juridique ne sont pas intervenues dans la période qui intéresse le présent rapport, on illustre quelques-unes des dispositions qui ont été adoptées en matière de protection sociale.

### **PRESTATIONS DE MATERNITÉ**

Comme indiqué dans le rapport précédent, les prestations sociales de **maternité** sont réglementées par le **Décret Législatif n° 151 du 26.3.2001**, Texte Unique des dispositions législatives en matière de protection et soutien de la maternité et de la paternité.

On rappelle que la prestation économique est payée par l'Institut National Prévoyance Sociale – INPS (pour les travailleuses employées, elle est avancée par l'employeur) et équivaut à 80% du salaire moyen journalier ou du revenu en cas d'emploi indépendant. Les conventions collectives nationales de travail garantissent, en général, la totalité du salaire, en engageant l'employeur à payer la différence. L'indemnité est versée aux travailleuses pour la période de congé de maternité ou pour l'interruption de grossesse aussi après le 180<sup>e</sup> jour après le commencement de la gestation.

Le jugement de la Cour Constitutionnelle n° 116 du 04.04.2011 a déclaré illégitime sur le plan constitutionnel l'article 16, point *c*, du Décret législatif 151/2001, "*dans la partie où il ne permet pas, en cas d'accouchement prématuré avec hospitalisation du nouveau-né dans une structure sanitaire publique ou privée, que la mère travailleuse puisse bénéficier, à sa demande et dans la mesure où ses conditions de santé établies par une documentation médicale le permettent, du congé obligatoire auquel elle a droit, ou d'une partie de celui-ci, à compter de la date d'entrée de l'enfant dans la maison familiale*".

En application de ladite prononciation jurisprudentielle, par conséquent, dans le cas en examen, la travailleuse-mère a la possibilité de bénéficier du congé de maternité auquel elle a droit après l'accouchement (aux termes de l'art. 16, points *c* et *d*, du Décret législatif 151/2001) à compter de la date d'entrée du nouveau-né dans la maison familiale (qui coïncide avec la date de sortie du nouveau-né de l'hôpital), en offrant en même temps à l'employeur sa prestation de travail, sur présentation des certifications médicales qui attestent la compatibilité de ses conditions de santé avec la reprise du travail.

Le travailleur-père, toujours en cas d'accouchement prématuré avec hospitalisation du nouveau-né dans une structure sanitaire publique ou privée, en cas de décès ou de grave infirmité de la mère, d'abandon du nouveau-né de la part de la mère ou d'attribution exclusive de la garde du nouveau-né au père, a la possibilité de différer le commencement du **congé de paternité** à la date d'entrée du nouveau-né dans la maison familiale.

La Loi de Finance pour 2008 (Loi n° 244 du 24 décembre 2007) a augmenté à cinq mois le congé de maternité/paternité pour les parents adoptifs. Ce droit est reconnu aussi si le mineur, au moment de l'adoption, est âgé de plus de six ans et revient pour toute la période, même dans le cas où celui-ci atteint sa majorité durant le congé.

L'art. 2 du décret législatif n° 119 du 18 juillet 2011 (application de l'art. 23 de la loi 183/2010) intervient sur l'art. 16 du décret législatif 151/2001 (T.U. de la maternité/paternité) en ajoutant l'alinéa 1-bis qui prévoit, en cas d'**interruption spontanée ou thérapeutique de la grossesse** après le 180° jour depuis le commencement de la gestation ainsi qu'en cas de décès de l'enfant à la naissance ou durant le congé de maternité, la faculté pour les travailleuses de reprendre à tout moment leur activité de travail avec un préavis de dix jours à l'employeur et sous réserve de la présentation d'une certification médicale qui atteste l'absence de conditions préjudiciables qui empêchent la reprise du travail.

L'art. 8 dudit décret législatif n° 119/2011 modifie l'alinéa 1 de l'art. 45 du T.U. en disposant que les repos journaliers pour allaitement, en cas d'adoption ou de garde, peuvent être utilisés "endéans la première année qui suit la date d'entrée du mineur dans la famille" au lieu de "endéans la première année de vie de l'enfant".

En ce qui concerne le **congé parental**, l'article 1, alinéa 788 de la Loi 296/06 (*Loi de Finance pour 2007*) dispose qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2007, même les travailleuses et les travailleurs inscrits à la Gestion séparée (travailleuses par projet et collaboratrices coordonnées et continues) qui ne sont pas titulaires d'une pension et qui ne sont pas inscrites à d'autres formes de prévoyance obligatoires, peuvent en bénéficier pour une période de 3 mois endéans la première année de vie de l'enfant. L'indemnité pour le congé parental, égale à 30% du salaire moyen global journalier perçu dans le mois qui précède immédiatement le début du congé, revient pour une période maximale, totale entre les parents, de six mois endéans la troisième année de vie de l'enfant (en cas d'adoption ou de garde, endéans les trois ans qui suivent l'entrée dans la famille). En cas de dépassement des six mois et à partir de trois ans révolus jusqu'à l'âge de huit ans de l'enfant, l'indemnité revient à condition que le revenu individuel du parent demandeur ne dépasse pas deux fois et demi le montant du traitement de pension minimum qui est en vigueur à cette date (en 2008, la valeur provisoire de cette limite était de € 14.401,4 ; en 2009, elle était de € 14.891,5 ; en 2010, elle était de € 14.981,52 ; en 2011, elle était de € 15.191,47).

En outre, des formes de protection sont aussi prévues pour les mères, citoyennes italiennes, communautaires ou extracommunautaires, qui possèdent un permis de séjour pour résidents de longue durée (ancienne carte de séjour).

L'**allocation de l'État** est prévue pour la mère qui :

1. a une relation de travail en cours et une forme de protection quelconque pour la maternité et qui ait **au moins 3 mois** de cotisation dans la période comprise entre les **18 et les 9 mois qui précèdent** la naissance de l'enfant (ou son entrée dans la famille, en cas d'adoption ou de garde) ;
2. a démissionné volontairement de son emploi durant la grossesse et a au moins **3 mois** de cotisation dans la période comprise entre les **18 et les 9 mois qui précèdent** la naissance de l'enfant (ou son entrée dans la famille, en cas d'adoption ou de garde) ;
3. a eu droit au préalable à une prestation de l'INPS (par exemple pour maladie ou chômage) pour avoir travaillé au moins trois mois, pourvu qu'une période de temps déterminée, différente selon les cas, ne se soit pas écoulée (jamais supérieure à neuf mois).

L'**allocation des Communes** est accordée aux mères dont le revenu familial ne dépasse pas le plafond qui est prévu par l'Indicateur de Situation Economique Equivalente. La demande doit être présentée à la commune de résidence.

Les deux prestations, qui ne peuvent pas être cumulées entre elles, doivent être demandées dans les 6 mois qui suivent la naissance de l'enfant ou son entrée dans la famille en cas d'adoption ou de placement pré-adoptif.

## **INDEMNITÉ DE MALADIE**

- I. En ce qui concerne la période de deux ans 2010-2012, le décret-loi n° 201 du 6 décembre 2011 (le soi-disant décret Monti), converti en la loi n° 241 du 23 décembre 2011 (à partir de l'art. 24, alinéa 26), établit qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 est étendue aux indépendants inscrits à la Gestion séparée, qui ne sont pas retraités et qui ne sont pas inscrits à d'autres formes de prévoyance obligatoires, la protection sociale pour la maladie qui est déjà prévue pour les travailleurs para-subordonnés et les catégories assimilées, aux termes de l'art. 1, al. 788, de la loi n° 296 du 27 décembre 2006 (loi de finance pour 2007).
- II. Dans le régime de retraite italien, il existe des dispositions législatives qui prévoient un système de protection obligatoire contre la maladie.
- III. La loi n° 311 du 30 décembre 2004 (loi de finance 2005), art. 1 point 148, a supprimé la disposition qui prévoit l'octroi de prestations supplémentaires de maladie aux travailleurs employés des sociétés de transport public par rapport à celles qui sont octroyées aux travailleurs du secteur industriel. Aussi, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, les prestations de maladie sont elles payées selon les modalités et les limites qui sont prévues pour les travailleurs de l'industrie, tandis que les prestations supplémentaires sont considérées comme des obligations contractuelles qui sont à la charge des employeurs.
- IV. L'art.1, alinéa 773, de la loi n° 296 du 27 décembre 2006 (loi de finance 2007), a étendu aux apprentis, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, la protection sociale relative à la maladie qui est prévue pour les travailleurs employés. L'alinéa en question dicte, en effet, la nouvelle discipline contributive du contrat d'apprentissage et prévoit aussi que, à compter de cette date,, aux travailleurs engagés avec ce type de relation aux termes du chapitre I du titre VI du décret législatif n° 276 du 10 septembre 2003, et ses modifications successives, sont étendues les dispositions en matière d'indemnité journalière de maladie selon la discipline générale qui est prévue pour les travailleurs salariés.  
Pour l'application de cette disposition législative, il s'agit fondamentalement d'une extension pure et simple de la discipline générale à un secteur de travail qui était dépourvu au préalable d'une protection de prévoyance obligatoire contre la maladie.
- V. L'art. 1, alinéa 788, de la loi n° 296 du 27 décembre 2006 (loi de finance 2007), a introduit en faveur des travailleurs par projet et des catégories assimilées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, une indemnité journalière de maladie spéciale. A ce propos, l'alinéa en question récite textuellement : à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, aux travailleurs par projet et catégories assimilées inscrits à la gestion séparée visée à l'article 2, alinéa 26, de la loi n° 335 du 8 août 1995, qui ne sont pas titulaires d'une pension et qui ne sont pas inscrits à d'autres formes de prévoyance obligatoires, est versée une indemnité de maladie journalière à la charge de l'INPS dans la limite maximale de jours qui est égale à un sixième de la durée totale de la relation de travail et en tout cas non inférieure à vingt jours dans l'espace de l'année solaire, à l'exception des évènements morbides d'une durée inférieure à quatre jours.
- VI. Le décret-loi n° 201 du 6 décembre 2011 (le soi-disant décret Monti), converti en la loi n° 241 du 23 décembre 2011 (à partir de l'art. 24, alinéa 26), établit qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 est étendue aux indépendants inscrits à la Gestion séparée, qui ne sont pas retraités et qui ne sont pas inscrits à d'autres formes de prévoyance obligatoires, la protection sociale pour maladie qui est déjà prévue, pour les travailleurs para-subordonnés et catégories

assimilées, aux termes de l'art. 1, al. 788, de la loi n° 296 du 27 décembre 2006 (loi de finance pour 2007).

## **1. Champ d'application**

Tous les ouvriers du secteur privé, les employés du secteur tertiaire, les travailleurs agricoles à durée déterminée et indéterminée, les travailleurs inscrits à la Gestion séparée, ont droit aux prestations économiques de maladie. Les chômeurs et les suspendus y ont également droit, mais seulement si la maladie se vérifie dans les 60 jours qui suivent la cessation ou la suspension de la relation de travail.

Dans la période de référence, un système de transmission télématique des certifications de maladie des travailleurs employés des secteurs publics et privés a été réalisé en Italie.

Plusieurs normes sont intervenues à ce propos (art. 55 septies du décret législatif n° 165/2001, introduit par l'art. 69 du décret législatif n° 150/2009, art. 25 de la Loi n° 183/2010, le décret du Président du Conseil des ministres du 26 mars 2008 et le décret interministériel du 26 février 2010) qui ont établi l'obligation de l'envoi télématique desdites certifications à l'INPS de la part des médecins en cas d'absence des travailleurs pour maladie.

L'Institut s'occupe ensuite de rendre ces certifications disponibles aux employeurs publics et privés pour les accomplissements de leur ressort.

Avec le Décret-loi n° 78 du 31 mai 2010, converti, avec des modifications, en la loi n° 122 du 30 juillet 2010, on a entamé un processus d'extension et de développement des services télématiques qui sont offerts par l'INPS aux citoyens moyennant la présentation télématique des demandes de prestation et de services fournis par l'Institut. Dans le cadre de la prestation de l'indemnité de maladie, par exemple, il est actuellement possible pour les entreprises de demander un contrôle médico-légal sur l'état d'incapacité de travail de leurs employés en utilisant le système en ligne.

## **LES PRESTATIONS EN SOUTIEN DU REVENU**

### **CHÔMAGE ORDINAIRE, CHÔMAGE AVEC DES CONDITIONS RÉDUITES, CAISSE D'INDEMNISATION DU CHÔMAGE PARTIEL ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE**

On signale que, dans la période qui intéresse le présent rapport, des variations ne sont pas intervenues en ce qui concerne les institutions qui sont préposées au soutien du revenu (indemnité de chômage ordinaire, chômage avec des conditions réduites, caisse d'indemnisation du chômage partiel ordinaire et extraordinaire). On indique, par conséquent, les montants mis à jour, relatifs à **2011**, des prestations susdites.

#### **Traitements d'intégration salariale**

**1<sup>er</sup> Plafond** (rétributions mensuelles jusqu'à € 1.961,80)

*Indemnité mensuelle brute € 906,80*

*Indemnité mensuelle nette € 853,84*

**2<sup>e</sup> Plafond** (rétributions mensuelles supérieures à € 1.961,80)

*Indemnité mensuelle brute € 1.089,16*

*Indemnité mensuelle nette € 1.026,24*

#### **Traitements d'intégration salariale– secteur du bâtiment (intempéries saisonnières)**

**1<sup>er</sup> Plafond** (rétributions mensuelles jusqu'à € 1.961,80)

*Indemnité mensuelle brute € 1.088,16*

*Indemnité mensuelle nette € 1.024,61*

**2<sup>e</sup> Plafond** (rétributions mensuelles supérieures à € 1.961,80)

*Indemnité mensuelle brute € 1.307,87*

*Indemnité mensuelle nette € 1.231,49*

#### **Indemnité de mobilité, caisse d'indemnisation du chômage partiel et indemnité de chômage ordinaire (non agricole)**

**1<sup>er</sup> Plafond** (rétributions mensuelles jusqu'à € 1.961,80)

*Indemnité mensuelle brute € 906,80*

*Indemnité mensuelle nette € 853,84*

**2<sup>e</sup> Plafond** (rétributions mensuelles supérieures à € 1.961,80)

*Indemnité mensuelle brute € 1.089,16*

*Indemnité mensuelle nette € 1.026,24*

#### **Indemnité de chômage ordinaire (non agricole) avec des conditions réduites et chômage agricole avec des conditions normales et réduites**

**1<sup>er</sup> Plafond** (rétributions mensuelles jusqu'à € 1.961,80)

*Indemnité mensuelle € 892,96<sup>14</sup>*

**2<sup>e</sup> Plafond** (rétributions mensuelles supérieures à € 1.961,80)

*Indemnité mensuelle € 1.073,25*

---

<sup>14</sup> Dans le cas de l'indemnité de chômage ordinaire non agricole avec des conditions réduites et de l'indemnité de chômage agricole avec des conditions normales et réduites, à liquider par rapport à l'activité accomplie au cours de l'année 2010, on applique les montants qui sont établis pour cette année et indiqués dans la Circulaire INPS n° 18 du 5/2/2010.

En 2010, on a enregistré une augmentation de 31,7% des heures de chômage temporaire autorisées par rapport à l'année précédente : 913,6 millions en 2009 contre 1.197,8 millions en 2010.

Dans le premier semestre 2011, on a enregistré en revanche une baisse de 19,6% par rapport au premier semestre 2010 : 631,5 millions dans le premier semestre 2010 contre 507,7 millions dans le même semestre 2011.

Par rapport à 2009, les heures de chômage partiel autorisées en 2010 ont augmenté de 125,3%, en passant de 215,6 à 485,8 millions. Dans le premier semestre 2011, on a relevé, en revanche, une baisse des heures de chômage partiel par rapport au même semestre de 2010 : 223 millions dans le premier semestre 2011 contre 246 millions dans le premier semestre 2010 (9,3%). En 2010, 42,4% des heures autorisées étaient localisées dans les régions du Nord-Ouest, 23,5% dans celles du Nord-Est, 17,3% dans les régions du Sud, 14,7% dans celles du Centre et enfin 2,1% dans les Iles.

En 2010, 34,8% des bénéficiaires d'indemnités d'*Intégration salariale ordinaire* travaillaient dans les régions du Nord-Ouest, 27,0% dans celles du Nord-Est, 17,7% dans celles du Sud, 15,6% dans celles du Centre et enfin 4,8% dans les Iles.

En 2010, 36,4% des bénéficiaires d'indemnités d'*Intégration salariale extraordinaire* (CIGS et CIGD) travaillaient dans les régions du Nord- Ouest, 27,5% dans celles du Nord-Est, 17,8% dans celles du Centre, 15,1% dans celles du Sud et enfin 3,2% dans les Iles.

## **ALLOCATION POUR LE NOYAU FAMILIAL**

On indique les principales innovations normatives qui sont intervenues en la matière, dans la période 2008-2011.

Comme on l'a indiqué précédemment, l'allocation pour le noyau familial, instituée avec la Loi n° 153 de 1988, est une prestation en soutien des familles des travailleurs salariés et des titulaires de prestations de prévoyance dérivant d'un travail salarié.

La prestation revient aux travailleurs italiens et communautaires qui exercent une activité professionnelle en Italie, pour les membres de leur famille susmentionnés, où qu'ils se trouvent, et aux travailleurs extracommunautaires résidents en Italie, soumis aux régimes de prévoyance d'au moins deux États Membres, pour lesquels s'appliquent les mêmes règles que les citoyens communautaires, cela en vertu du **Règlement UE n° 1231/2010** qui étend le règlement (CE) n° 883/2004 et le règlement (CE) n° 987/2009 aux citoyens de pays tiers auxquels ces règlements ne sont pas déjà applicables uniquement à cause de la nationalité.

Pour les travailleurs extracommunautaires citoyens d'États qui ne sont pas conventionnés, l'allocation pour le noyau familial revient uniquement si les membres de la famille résident en Italie, tandis que pour les travailleurs extracommunautaires citoyens d'un État conventionné la prestation revient aussi bien pour les membres de la famille qui résident en Italie que pour ceux qui résident dans l'État conventionné.

Aux citoyens étrangers réfugiés politiques est reconnu le droit à l'allocation pour les membres de la famille qui résident à l'étranger, même en l'absence d'une Convention internationale avec le pays d'origine. Cette **protection a été étendue à compter du 19 janvier 2008, sur la base de l'art. 27 du Décret législatif 251/2007**, aux citoyens étrangers non communautaires ou apatrides, auxquels a été reconnu le statut de protection subsidiaire.

L'allocation pour le noyau familial avec au moins trois enfants mineurs, institué par l'art. 65 de la Loi n° 448/1998 et ses modifications successives, est une prestation d'aide sociale qui est accordée par les Communes, abstraction faite de l'effectuation de toute activité professionnelle ou de la jouissance de toute prestation de prévoyance, et est dispensée à des citoyens italiens ou communautaires qui résident sur le territoire de l'État, pour un noyau familial qui est composé d'au moins un parent et trois enfants âgés de moins de 18 ans, y compris les enfants du conjoint, ainsi que les mineurs reçus en placement pré-adoptif. Les enfants mineurs doivent faire partie de la même famille d'état civil du demandeur et ne doivent pas être en placement chez autrui. En outre, une situation de revenu et patrimoniale qui ne dépasse pas la valeur de l'Indicateur de la Situation Économique (ISE) réévalué annuellement est requise.

Cet avantage a été étendu récemment aux titulaires du statut de réfugié politique et de protection subsidiaire (**Circulaire Inps n° 9/2010**).

On souligne, par ailleurs, que pour l'allocation pour le noyau familial avec au moins trois enfants mineurs, l'INPS est compétent uniquement pour le paiement sur la base d'un mandat qui est transmis par les Communes, auxquelles revient l'autorité d'octroi.

Le nombre de bénéficiaires de l'allocation pour le noyau familial est passé de 2,8 millions à un peu plus de 2,9 millions de travailleurs dans la période 2007-2010.

Au niveau territorial et par rapport au premier semestre 2011, on relève que 27,1% des bénéficiaires se concentrent dans le Nord-Ouest, 23,6% dans le Sud et 20,3% dans le Nord-Est. Les régions avec le plus grand nombre de bénéficiaires sont la Lombardie (17,6% en 2011), la Campanie (10,4%), la Vénétie (9,2%) et le Latium (8,9%).

En ce qui concerne l'importance de la prestation, il ressort que dans l'ensemble le montant moyen de l'allocation s'élevait à environ 123 euros (par référence au dernier mois de prestation perçue en 2011 – premier semestre). Ce montant moyen est plus bas dans les régions du Nord-Ouest (112 euros) et plus élevé dans les régions du Sud (142 euros) et varie, comme prévu par la réglementation, par rapport au nombre de membres de la famille, à la présence de porteurs d'handicap dans le noyau familial et au niveau de revenu du noyau familial lui-même.

## ***LES PENSIONS***

En 2009 les pensions dispensées ont été 23,8 millions, avec une dépense totale d'environ 235,5 milliards d'euros. L'incidence par rapport au PIB est de 16,7%.

**Tableau 1 – Pensions et montant annuel correspondant par secteur, organisme de pensions et type – Année 2009**

COMPARTI ED ENTI EROGATORI TIPI DI PENSIONE	Pensioni			Importo annuo			
	Numero	In % del totale	In % del comparto	Complessivo ( <i>migliaia di euro</i> )	In % del totale	In % del comparto	Medio ( <i>euro</i> )
PER COMPARTO ED ENTE EROGATORE							
<b>Comparto privato</b>	<b>16.763.981</b>	<b>85,9</b>	<b>100,0</b>	<b>175.624.422</b>	<b>75,4</b>	<b>100,0</b>	<b>10.476</b>
Inps	15.177.692	77,8	90,5	161.654.297	69,4	92,0	10.651
Inail	890.993	4,6	5,3	4.374.029	1,9	2,5	4.909
Ipssema	4.060	..	..	24.135	..	..	5.945
Altri enti	691.236	3,5	4,1	9.571.961	4,1	5,5	13.848
<b>Comparto pubblico</b>	<b>2.743.694</b>	<b>14,1</b>	<b>100,0</b>	<b>57.392.023</b>	<b>24,6</b>	<b>100,0</b>	<b>20.918</b>
Inpdap	2.674.141	13,7	97,5	56.141.972	24,1	97,8	20.994
Inail Conto Stato	12.448	0,1	0,5	77.456	..	0,1	6.222
Altri enti	57.105	0,3	2,1	1.172.595	0,5	2,0	20.534
<b>Totale comparti</b>	<b>19.507.675</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>233.016.445</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>11.945</b>
<b>Pensioni assistenziali</b>	<b>4.328.137</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>20.463.588</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>4.728</b>
Inps	4.005.249	92,5	-	18.948.850	92,6	-	4.731
Altri enti	322.888	7,5	-	1.514.738	7,4	-	4.691
<b>TOTALE</b>	<b>23.835.812</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>253.480.033</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>10.634</b>
PER COMPARTO E TIPO							
<b>Comparto privato</b>	<b>16.763.981</b>	<b>85,9</b>	<b>100,0</b>	<b>175.624.422</b>	<b>75,4</b>	<b>100,0</b>	<b>10.476</b>
Pensioni lvs	15.868.928	81,3	94,7	171.226.257	73,5	97,5	10.790
Inps	15.177.692	77,8	90,5	161.654.297	69,4	92,0	10.651
Altri enti	691.236	3,5	4,1	9.571.961	4,1	5,5	13.848
Pensioni indennitarie	895.053	4,6	5,3	4.398.165	1,9	2,5	4.914
Inail	890.993	4,6	5,3	4.374.029	1,9	2,5	4.909
Ipssema	4.060	..	..	24.135	..	..	5.945
<b>Comparto pubblico</b>	<b>2.743.694</b>	<b>14,1</b>	<b>100,0</b>	<b>57.392.023</b>	<b>24,6</b>	<b>100,0</b>	<b>20.918</b>
Pensioni lvs	2.731.246	14,0	99,5	57.314.568	24,6	99,9	20.985
Inpdap	2.674.141	13,7	97,5	56.141.972	24,1	97,8	20.994
Altri enti	57.105	0,3	2,1	1.172.595	0,5	2,0	20.534
Pensioni indennitarie	12.448	0,1	0,5	77.456	..	0,1	6.222
Inail Conto Stato	12.448	0,1	0,5	77.456	..	0,1	6.222
<b>Totale comparti</b>	<b>19.507.675</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>233.016.445</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>11.945</b>
<b>Pensioni assistenziali</b>	<b>4.328.137</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>20.463.588</b>	<b>100,0</b>	<b>-</b>	<b>4.728</b>
Inps: pensioni agli ultrasessantacinquenni	803.032	18,6	-	4.017.498	19,6	-	5.003
Inps: pensioni agli invalidi civili, ai non vedenti civili e ai non udenti civili (a)	3.202.217	74,0	-	14.931.352	73,0	-	4.663
Ministero dell'economia e delle finanze: pensioni di guerra	322.888	7,5	-	1.514.738	7,4	-	4.691
<b>TOTALE</b>	<b>23.835.812</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>253.480.033</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>10.634</b>

Fonte: Archivio statistico dei trattamenti pensionistici (R)

(a) I dati includono le prestazioni erogate dalla Regione Valle d'Aosta e dalle Province autonome di Trento e Bolzano.

SECTEURS ORGANISMES PENSIONS TYPES DE PENSION	ET DE	Pensions				Montant annuel			
		Nombre	En % du total	En % du secteur	En % du secteur	Total (milliers d'euros)	En % du total	En % du secteur	Moyen (euros)

PAR SECTEUR ET ORGANISME DE PENSIONS

**Secteur privé**

Inps

Inail

Ipsema

Autres organismes

**Secteur public**

Inpdap

Inail Compte de l'État

Autres organismes

**Total secteurs**

**Pensions d'assistance**

Inps

Autres organismes

**TOTAL**

PAR SECTEUR ET TYPE

**Secteur privé**

Pensions lvs

*Inps*

*Autres organismes*

Pensions indemnitaires

*Inail*

*Ipsema*

**Secteur public**

Pensions lvs

*Inpdap*

*Autres organismes*

Pensions indemnitaires

*Inail Compte de l'État*

**Total secteurs**

**Pensions d'assistance**

Inps : pensions aux plus de soixante-cinq ans

Inps : pensions aux invalides civils, aux non-voyants civils et aux non-entendants civils (a)

Ministère de l'économie et des finances : pensions de guerre

**TOTAL**

Source : Archives statistiques des traitements de pension (R)

(a) Les données incluent les prestations dispensées par la Région Val d'Aoste et par les Provinces autonomes de Trente et Bolzano.

En ce qui concerne les caractéristiques des institutions de retraite en vigueur en Italie dans la période 2008-2011, des modifications n'étant pas intervenues on renvoie au rapport précédent.

Il faut signaler, cependant, qu'à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2012 le système de retraite italien a fait l'objet d'une réforme. L'art. 24 du Décret-loi 201/2011 (le soi-disant *Décret "Sauver l'Italie"*), promulgué par le Gouvernement le 6 décembre 2011 et converti en la Loi n° 214 du 22 décembre 2011, a posé les bases pour une réforme globale du système de prévoyance national. Ensuite, avec l'approbation définitive de la loi n° 14 du 24 février 2012, qui a converti le Décret-loi n° 216 du 29 décembre 2011 (le soi-disant *Décret Mille prorogations*), des modifications et des intégrations ont été apportées à l'art. 24 dudit Décret "Sauver l'Italie".

En particulier, parmi les éléments les plus innovateurs par rapport au système précédent, figurent :

- l'introduction pour tous de la méthode contributive prorata comme critère de calcul des pensions ;
- la prévision d'un parcours de convergence prédéfini des règles prévues pour les hommes et les femmes ;
- l'élimination des positions de privilège ;
- la présence de clauses dérogoires uniquement pour les tranches les plus faibles ;
- la flexibilité dans l'âge de départ à la retraite qui permet au travailleur davantage de possibilités de choix pour avancer ou retarder sa retraite ;
- la simplification et la transparence des mécanismes de fonctionnement du système, avec l'abolition des fenêtres et d'autres dispositifs qui ne rentrent pas explicitement dans la méthode contributive.

Compte tenu du fait que les nouvelles dispositions sont entrées en vigueur en 2012, et donc hors de la période de référence pour le présent rapport, et vue l'exigüité de la période intéressée par la réforme, on n'est pas encore en mesure pour l'instant d'évaluer son impact. Ces informations pourront être fournies seulement dans le prochain rapport sur l'article 12.

### ***L'allocation sociale***

On renvoie au rapport précédent pour l'illustration de la mesure en question.

### **Montants de l'allocation sociale dans la période du 1.1.2010 au 30.6.2012**

année 2010 : montant mensuel € 411,53, montant annuel € 5.349,89

année 2011 : montant mensuel € 418,12, montant annuel € 5.435,56

année 2012 : montant mensuel € 429,00, montant annuel € 5.577,00.

Le montant annuel constitue aussi la limite de revenu pour les années indiquées si le demandeur n'est pas marié. Si le demandeur est marié, les limites de revenu sont calculées en multipliant ces chiffres par deux (par ex. : limite de revenu cumulé avec le conjoint pour l'année 2010 -  $5.349,89 \times 2 = 10.699,78$ ).

L'INPS s'occupe annuellement de vérifier l'existence des conditions nécessaires pour l'affectation de l'allocation sociale, surtout en ce qui concerne les revenus, l'accueil gratuit dans un Institut et la résidence stable et continue en Italie.

Dans l'ensemble, le nombre de *Pensionnés d'invalidité et allocations sociales* au 31 décembre 2010 s'élevait à 4.481.216, dont 2.115.220 hommes et 2.365.946 femmes.

La distribution par zone géographique est de 15,9% dans le Nord-Ouest, 19,9% dans le Nord-Est, 21% dans le Centre, 28,9% dans le Sud et 13,7% dans les Iles

Dans la distribution par âge, la classe la plus nombreuse est représentée par les plus de quatre-vingt ans (34,6%).

52,8% des retraités d'invalidité et allocations sociales perçoivent un montant mensuel inférieur à 1.000 euro, 26,3% un montant mensuel compris entre 1.000 et 1.500 euros, 1,5% seulement perçoivent un montant supérieur à 3.000 euros par mois.

#### §. 4

##### Dans le cadre international

Les dispositions internationales en matière de sécurité sociale sont contenues dans les Accords et dans les Conventions bilatérales et dans les Règlements Communautaires. Toutes les Conventions stipulées par l'Italie n'étendent pas leur champ d'application aux prestations familiales ou à toutes les catégories de sujets. En vertu des Conventions, la prestation familiale revient donc aussi bien pour les membres de la famille résidents en Italie que pour ceux qui résident dans chaque État conventionné.

En particulier, pour les citoyens de Bosnie-Herzégovine, Serbie, Monténégro, on applique la Convention italo-yougoslave signée le 14.11.1947. La même convention s'étend aussi aux citoyens de Macédoine, en attendant l'accord spécifique entre l'Italie et la Macédoine en voie de ratification, tandis que pour la Turquie on applique la Convention européenne de sécurité sociale promue par le Conseil d'Europe du 14.12.1972 et en vigueur depuis le 12.04.1990.

L'Italie n'a pas stipulé par contre des Conventions ou des Accords en matière de sécurité sociale avec l'Albanie, Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie, la Moldavie, l'Ukraine et la Russie, si bien que, en ce qui concerne la dispensation des prestations familiales aux citoyens de ces États, on applique l'art. 2, alinéa 6-bis, du Décret-loi n° 69 de 1988, converti en la Loi 153/1988, portant normes en matière de prévoyance, qui dispose que ne font pas partie du noyau familial le conjoint et les enfants et assimilés du citoyen étranger qui n'ont pas leur résidence sur le territoire de la République, à moins que l'État dont l'étranger est citoyen réserve un traitement de réciprocité à l'égard des citoyens italiens ou qu'une convention internationale ait été stipulé en matière de traitements de famille. Aussi la prestation revient-elle pour le noyau qui est formé par le citoyen étranger et par les membres de sa famille qui résident avec lui en Italie.

Dans le cadre Communautaire, depuis le 1<sup>er</sup> mai 2010, pour les vingt-sept États Membres de l'Union européenne, sont en vigueur les nouveaux règlements communautaires en matière de sécurité sociale, et notamment :

- Le **Règlement CE n° 987/2009** qui établit les modalités d'application du Règlement CE n° 883/2004.
- le **Règlement CE n° 988/2009**, qui modifie le Règlement CE n° 883/2004.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011, les dispositions prévues par les Règlements susdits s'étendent aussi aux citoyens des pays tiers en vertu du **Règlement UE n° 1231/2010**.

Avec la **Décision n° 76/2011**, adoptée le 1<sup>er</sup> juillet 2011 par le Comité mixte SEE et publiée au Journal Officiel de l'Union européenne L. 262 du 6 octobre 2011, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2012, les

nouveaux règlements communautaires (règlement UE n° 883/2004 et règlement UE n° 987/2009) s'appliquent aussi aux pays SEE (Islande, Norvège et Liechtenstein), auxquels s'étendent, par conséquent, les dispositions qui y sont contenues, à l'exception du règlement (UE) n° 1231 du 24 novembre 2010 relatif aux citoyens des États tiers.

On signale en outre, à titre d'information, des nouveautés qui sont intervenues plus récemment :

Décision n° 1/2012, adoptée le 31 mars 2012 par le Comité mixte sur la libre circulation des personnes, institué aux termes de l'Accord entre la CE et ses États membres, d'une part, et la Confédération Suisse d'autre part. A compter du 1<sup>er</sup> avril 2012, les nouveaux règlements communautaires (règlement UE n° 883/2004 et règlement UE n° 987/2009) s'appliquent également à la Suisse, à laquelle s'étendent par conséquent les dispositions qui y sont contenues, à l'exception du règlement (UE) n° 1231 du 24 novembre 2010 relatif aux citoyens des États tiers.

Circulaire Inps n° 104 du 06.08.2012 : détermination des nouveaux critères de coordination des normes prévues par les Règlements Communautaires avec la réglementation nationale sur les allocations au noyau familial. (Application du critère de la cohabitation coordonné avec ce qui est disposé par l'art. 1, point 3) du règlement (CE) n° 883/2004, pour l'attribution du droit aux allocations au noyau familial dans le cas de parents naturels. Coordination du critère de la position protégée pour l'octroi du traitement de famille dans le cas de parents séparés ou divorcés ou de parents naturels avec l'art. 68, paragraphe 1, points b) i) du règlement (CE) n° 883 de 2004. Application de l'art. 60, paragraphe 1) du règlement (CE) n° 987/2009 à l'octroi de l'allocation pour le noyau familial dans le cas d'enfants reconnus par les deux parents, si le parent naturel avec lequel les enfants cohabitent n'a pas une propre position protégée).

## **ARTICLE 13**

### **DROIT À L'ASSISTANCE SOCIALE ET MÉDICALE**

## ARTICLE 13

### **DROIT À L'ASSISTANCE SOCIALE ET MÉDICALE**

#### **Cadre Normatif de référence.**

Décret Législatif n° 237 du 18 juin 1998 ;

Loi n° 388 du 23 décembre 2000, art. 80 ;

Loi 43/2005, art. 7 ;

Loi de finance 2007 (loi 296/2006, art. 1, alinéas 1285 et 1286) ;

Loi n° 328 du 8 novembre 2000, “Loi-cadre pour la réalisation du système intégré d'interventions et de services sociaux”, art. 1, alinéa 1 ;

Texte Unique sur l'immigration, Titre V (et ses modifications successives), art. 41, alinéa 1 ;

Art. 35, al. 3, 4, 5,6, T.U. 286/98 ;

Art. 43, al. 2, 3, 4, 5,8, D.P. 349/99 ;

Circulaire du Ministère de la Santé n° 5/2000.

#### **Paragraphe 1.**

Concernant la demande du Comité, qui est contenue dans les conclusions 2009, sur les développements concernant l'expérimentation du Revenu Minimum d'Insertion (RMI), on rapporte ce qui suit.

Le Revenu Minimum d'Insertion a représenté une **innovation** substantielle en ce qui concerne l'articulation du système italien d'assistance sociale. L'institution avait finalement introduit en Italie, également pour des engagements pris au niveau communautaire, une “mesure de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale par le soutien des conditions économiques et sociales des personnes exposées au risque de marginalisation et dans l'impossibilité de pourvoir pour des causes psychiques, physiques et sociales à leur propre entretien et à celui de leurs enfants”. Le revenu minimum d'insertion était constitué "par des interventions visant à poursuivre l'intégration sociale et l'autonomie économique des sujets et des familles destinataires, par des programmes personnalisés et de transferts monétaires intégratifs du revenu”.

Dans les communes qui ont effectué l'expérimentation ces dernières années, l'institution du Revenu Minimum d'Insertion a donné des **résultats différents**, déterminés en grande partie par les conditions de départ très différentes des structures d'organisation municipales qui l'effectuaient et du réseau des services qui existaient sur leur territoire. Dans les communes où les premières étaient plus solides et les seconds plus denses, articulés et intégrés, l'expérimentation a certainement donné des résultats positifs à plusieurs points de vue, tandis que dans les communes où il y avait déjà une carence de ressources organisationnelles et de services de réseau, l'expérimentation a présenté plusieurs aspects problématiques, dans certains cas du fait d'une application discutable des règles de l'expérimentation, et des résultats au jugement plus incertain.

En descendant dans le détail de l'**assistance sociale territoriale**, il faut remarquer qu'environ 83% des ressources qui sont engagées par les communes se concentrent sur trois secteurs d'utilisation : famille et politiques de croissance des enfants ; personnes âgées et porteurs d'handicap. Les services qui sont destinés aux autres typologies de bénéficiaires, tels que le malaise des adultes, les immigrés et les toxicomanes absorbent une part de dépense plus contenue de l'ordre de 10%, tandis que 7% des ressources restantes sont destinées aux services d'information et de conseils pour l'accès aux prestations.

L'abandon de l'expérimentation du RMI, en tant que mesure orientée vers un développement de politiques sociales plus moderne, trouve sa motivation dans l'exigence de ne pas compromettre la **viabilité des politiques sociales** et la nécessité d'éviter l'onérosité excessive de ces prestations pour les Finances Publiques, compte tenu surtout de la situation de crise globale permanente dans laquelle se trouve l'économie nationale. Par conséquent, les dernières lois de finances n'ont plus destiné de fonds ultérieurs visant à subventionner les projets d'expérimentation du RMI dans les communes, mais ont utilisé les ressources disponibles pour soutenir l'instrument du "**chômage technique en dérogation**" pour protéger tous les travailleurs qui étaient exposés au risque de perdre leur emploi, en conjurant ainsi une hausse du chômage à l'échelle nationale, étant donné que l'emploi doit être considéré comme une des **meilleures protections** contre le risque de pauvreté et d'exclusion sociale.

En tout cas, l'expérimentation du RMI dans les Communes a contribué à *la consolidation institutionnelle des réseaux de soutien déjà existants* et a donné une impulsion pour de nouveaux développements. L'expérimentation a intéressé 306 Communes sur les 8.100 qui sont présentes sur le territoire national (soit 3,8%) pour une population totale de bénéficiaires potentiels de 4 millions 903 mille unités, c'est-à-dire 8,6% de la population nationale, pour plus de 1 million 786 mille familles (soit 8,3% du total des familles italiennes).

Les programmes du RMI ont concerné **le soutien économique** qui a été donné à des familles dans des conditions de pauvreté et de marginalité. Cela a permis, même là où manquaient les conditions de contexte ou les conditions individuelles pour des initiatives d'insertion, au moins des résultats de "réduction du dommage" : retour dans la légalité par rapport à des insolvabilités avec **le paiement** des quittances de gaz et d'électricité, des loyers, des dettes antérieures, en évitant aussi les risques d'expulsion.

D'autres résultats ont été la prise en charge d'**engagements de soins** de mineurs, de personnes âgées, de porteurs d'handicap et le déroulement de programmes de rééducation. Là où ce fut possible, on a développé des **initiatives d'insertion** : scolarisation, formation professionnelle, émergence du travail irrégulier, insertion professionnelle. Beaucoup d'individus ont été impliqués aussi dans les **travaux d'utilité publique**.

Dans les régions du Nord, on a développé davantage les projets qui visaient l'insertion professionnelle, tandis que dans les régions du Sud on a investi davantage dans des projets destinés à la récupération et à l'insertion sociale.

L'expérimentation a exercé positivement une autre de ses fonctions : celle de **mettre en évidence les criticités** et donc offrir des indications précieuses sur la manière de les affronter et de les réduire.

En conclusion, l'expérimentation du RMI a mis en lumière que, pour s'acquitter des fonctions et des responsabilités qui lui sont confiées, le système des services territoriaux a besoin d'un développement approprié, d'une intégration et d'une qualification, sur le plan organisationnel et

professionnel. Dans beaucoup de communes, on a remarqué l'absence d'un personnel à plein temps suffisant, spécifiquement formé et dédié au RMI, pour la mise en œuvre de la mesure.

Dans presque 80% des cas, les Communes ne se sont pas dotées d'un bureau RMI spécifique, mais ont du ajouter l'activité RMI à l'activité ordinaire, en évitant ainsi des **coûts supplémentaires** pour l'administration. En outre, surtout pour sa dimension d'insertion et de promotion sociale, le Revenu Minimum d'Insertion ne peut pas être géré au niveau de petites ou moyennes Communes, sans les compétences professionnelles et le réseau territorial nécessaire.

Le Revenu Minimum d'Insertion ou en tout cas une mesure générale de lutte contre la pauvreté doit être **viable du point de vue organisationnel**, pour pouvoir compter sur des conditions qui permettent de la mettre en œuvre. Sur ce terrain, on enregistre des graves retards courants, surtout mais pas uniquement dans le Sud, qui génèrent des inégalités ultérieures et qui devraient être affrontés avec des initiatives de programme et de finance spécifiques, convenues entre le Gouvernement et les Régions, et dont les résultats doivent être vérifiés.

Par conséquent, tout en n'ignorant pas les résultats positifs de l'expérimentation, mais en constatant aussi les limites montrées par les communes dans l'organisation et dans le financement des programmes d'insertion et dans la recherche d'une articulation entre l'intervention de l'État et celles des collectivités locales, le schéma de Revenu Minimum d'Insertion **demanderait des ressources qui ne peuvent pas être trouvées en l'état actuel**, et le fait de mettre en œuvre une "réforme structurelle des amortisseurs sociaux" risquerait de se révéler particulièrement onéreux. Malheureusement, dans ce contexte historique et dans cette phase de récession, nous devons tenir compte du peu de ressources.

### **Aide économique aux familles indigentes.**

La loi n° 328 du 8 novembre 2000, "Loi-cadre pour la réalisation du système intégré d'interventions et de services sociaux", déclare à l'art. 1, alinéa 1, que "La République assure aux personnes et aux familles un système intégré d'interventions et de services sociaux, promeut des interventions pour garantir la qualité de la vie, l'égalité des chances, la non-discrimination et les droits de cité, prévient, élimine ou réduit les conditions d'incapacité, de besoin et de malaise individuel et familial, dérivant d'une insuffisance de revenu, de difficultés sociales et de conditions de non-autonomie, d'incohérence avec les articles 2, 3 et 38 de la Constitution".

La même Loi-cadre prévoit à l'art. 22 des mesures économiques, de lutte contre la pauvreté et de soutien au revenu des personnes et des ménages qui sont dans des conditions de besoin, en les comptant parmi les interventions qui constituent le niveau essentiel des prestations sociales du système intégré d'interventions et de services sociaux.

Avec le terme de famille indigente, on se réfère à toutes les familles qui ne disposent pas des biens et des services qui sont nécessaires pour atteindre un niveau de vie "**au moins acceptable**".

Dans les communes dans lesquelles l'expérimentation du RMI n'a pas eu lieu, il existe toutefois des projets à caractère social d'assistance économique, qui visent à permettre à la personne seule ou au ménage qui se trouvent dans des situations de difficultés de **satisfaire leurs besoins fondamentaux, c'est-à-dire les nécessités relatives à l'alimentation, à l'hygiène personnelle, aux services d'eau, électricité et gaz, ou des situations contingentes.**

Afin de promouvoir des politiques d'équité sociale, on a établi, au niveau des collectivités locales, d'appliquer l'ISEE (Indicateur de la Situation Économique Équivalente) comme critère d'accès au

service d'affectation des allocations aux personnes indigentes. Le paramètre maximum est de 3.000,00 euros.

Pour intégrer ce qui a été rapporté ci-dessus, on renvoie à toutes fins utiles à ce qui a été exposé à ce propos par le délégué du gouvernement italien, à l'occasion de la discussion qui s'est tenue dans la 114<sup>e</sup> session du Comité Gouvernemental CSE.

### **Assistance sociale pour les extracommunautaires.**

Concernant la demande du Comité à propos de la durée du permis de séjour nécessaire pour l'accès à l'assistance sociale, il est à noter ce qui suit.

Aux travailleurs non U.E. s'applique, sur la base du **principe fondamental de l'égalité de traitement entre travailleurs étrangers et travailleurs italiens**, la même protection de prévoyance et d'assistance qui est garantie aux travailleurs italiens, avec les seules exceptions spécifiques qui sont prévues par la loi.

Le Texte Unique sur l'immigration, Titre V (et ses modifications successives), à l'art. 41, alinéa 1, "assistance sociale", récite ainsi :

*“Les étrangers titulaires de la carte de séjour ou d'un permis de séjour d'une durée **non inférieure à un an**, ainsi que les mineurs inscrits sur leur carte de séjour ou sur leur permis de séjour, sont assimilés aux citoyens italiens pour la jouissance des prévoyances et des prestations, également économiques, d'assistance sociale, y compris celles qui sont prévues pour ceux qui sont atteints de la maladie de Hansen ou de la tuberculose, pour les sourds-muets, pour les aveugles civils, pour les invalides civils et pour les indigents”.*

### **Paragraphe 3.**

Concernant la demande du Comité à propos des ressources qui sont destinées à l'information et aux conseils pour **l'accès au réseau de services**, on rapporte ce qui suit.

Comme on l'a souligné précédemment, la quasi totalité des ressources qui sont engagées par les communes se concentrent sur les secteurs d'utilisation suivants: famille et politiques de prise en charge des enfants, personnes âgées, porteurs d'handicap, malaise des adultes, immigrés et toxicomanes. Les ressources qui sont destinées aux activités générales, comme les services d'information et de conseils, absorbent 7% de la dépense et **sont suffisantes** pour assurer une assistance appropriée aux personnes nécessiteuses.

### **Paragraphe 4.**

Concernant la conclusion de non-conformité du Comité, avec laquelle on considère que toutes les personnes qui sont présentes illégalement en Italie ne reçoivent pas l'aide sociale d'urgence, on renvoie, préalablement, à ce qui a déjà été rapporté par le Gouvernement italien dans la réponse écrite au cas qui a été soulevé à propos du paragraphe en objet, envoyée en 2010.

Pour intégrer ce qui y est rapporté, on expose ce qui suit.

La loi italienne (art. 35, al. 3, 4, 5,6, T.U. 286/98 ; art. 43, al. 2, 3, 4, 5,8, D.P. 349/99; Circulaire du Ministère de la Santé n° 5/2000) institue l'assistance médicale pour les étrangers clandestins indigents, qui est mieux connue comme STP (étranger présent temporairement). A cette fin, ceux-ci

peuvent demander dans n'importe quelle Agence Sanitaire Locale **la carte, appelée S.T.P.**, valable six mois mais renouvelable.

La STP donne droit à toutes les prestations du Service National de Santé et permet de s'adresser aux hôpitaux. Les clandestins qui s'adressent aux structures publiques (école et santé) ne s'exposent à aucun type de signalement à des fins d'expulsion.

Aux citoyens étrangers qui sont présents sur le territoire national et qui ne sont pas en règle avec les normes relatives à l'entrée et au séjour, y compris les clandestins et tous ceux qui n'ont pas demandé le permis de séjour dans le délai péremptoire de huit jours à compter de l'entrée régulière en Italie ou qui sont en possession d'un permis de séjour qui est expiré depuis plus de 60 jours, sont assurées dans les structures publiques et privées agréées du Service National de Santé, les prestations suivantes:

Soins ambulatoires et hospitaliers, urgents ou en tout cas essentiels, même si continus, pour maladie et accident ;

Interventions de médecine préventive et prestations de soins qui y sont corrélés, en sauvegarde de la santé individuelle et collective, et précisément **protection de la grossesse et de la maternité, protection de la santé du mineur, vaccinations** selon la réglementation et dans le cadre d'interventions de prévention collective autorisées par les Régions, **interventions de prophylaxie internationale.**

Pareillement à ce qui est prévu pour les citoyens italiens, l'étranger qui est présent irrégulièrement en condition d'indigence est exonéré lui aussi du paiement du ticket modérateur.

## **ARTICLE 14**

**Droit à bénéficier des services sociaux**

## §.1

Comme cela a déjà été illustré dans les rapports précédents du Gouvernement italien, le système intégré d'interventions et des services sociaux, toujours en vigueur, est celui qui est délinéé par la **Loi-cadre n° 328/2000** et par ses décrets d'application.

Sur le système délinéé par ladite réglementation est intervenue la **loi constitutionnelle n° 3/2001** de réforme du Titre V de la Constitution qui, tout en confirmant la structure inspiratrice de la loi 328/2000 - qui reconnaît la collectivité locale comme étant le sujet institutionnel qui est préposé à la dispensation des services (subsidiarité verticale) et promeut le partenariat public/privé (subsidiarité horizontale) - a modifié aussi le système des compétences institutionnelles entre l'État et les Régions.

Le nouveau système délinéé confie à l'État la détermination des niveaux essentiels des prestations inhérentes aux services sociaux (art. 117, al. 1, point m) de la Constitution, tel que modifié par la loi constitutionnelle n° 3/2001) tandis qu'aux Régions revient l'autorité législative par rapport à toute matière qui n'est pas réservée expressément à la législation de l'État, parmi lesquelles la compétence législative en matière de politiques sociales.

Le processus de détermination des niveaux minimums essentiels est, cependant, très complexe et cela tant pour la nature même des services sociaux (qui concerne le cas d'espèce) que pour sa corrélation avec les coûts standards des Régions et pour son incidence possible sur la sphère de compétence régionale.

Sur le point, la Cour Constitutionnelle a délinéé un système de compétences sur la base duquel s'il est vrai que, selon la disposition constitutionnelle, il appartient au Législateur d'État de promulguer une réglementation-cadre concernant la détermination des niveaux essentiels des prestations, cette opération doit être effectuée dans le plein respect du principe de collaboration loyale avec les Régions afin d'éviter d'envahir leurs sphères de compétences relatives. Cet équilibre délicat, qui doit être atteint, selon l'orientation prédominante de la Cour Constitutionnelle, à travers de l'instrument de l' "entente" entre l'État et les Régions, est encore en cours de réalisation.

Dans ce sens, une confrontation permanente avec les Régions et les Provinces Autonomes a été entamée après du Ministère du Travail et des Politiques Sociales. Il s'agit d'une initiative qui vise au partage actif des dispositions du Gouvernement en matière de politiques sociales, même lorsque la norme primaire ne prévoit pas la confrontation au sein de la Conférence État-Régions et/ou de la Conférence Unifiée, en considérant en tout cas importante – sinon nécessaire – une méthode participative dans la formation de décisions qui touchent directement l'activité régionale.

Sur la matière est intervenu, en dernier lieu, le **décret législatif n° 68 du 6 mai 2011**, aux termes duquel les niveaux essentiels des prestations sont établis en prenant comme référence des macro-secteurs d'intervention, chacun desquels étant homogène en son sein par typologie de services offerts. Pour chacun des macro-secteurs sont définis les coûts et les besoins, ainsi que les méthodologies de suivi et d'évaluation de l'efficacité.

Jusqu'à la détermination, par la loi, des niveaux essentiels des prestations, les services à dispenser et les besoins correspondants sont établis, dans le respect des contraintes de finance publique, par une entente conclue au sein de la Conférence unifiée, conjointement entre la Conférence État-Régions, la Conférence État-Villes et les autonomies locales.

Le décret indique donc une voie dans les secteurs dans lesquels cette définition n'a jamais eu lieu, qui est celle des objectifs de service.

Les objectifs de service sont des objectifs qui sont établis pour l'amélioration des services essentiels dans les quatre secteurs stratégiques qui sont fixés dans le Cadre Stratégique National 2007-2013 pour les politiques de développement régional. Parmi eux, ceux qui revêtent une importance ici sont les services à la personne.

Dans le rapport précédent, à propos des stratégies d'intervention en soutien des **personnes âgées**, on a souligné *l'aide à domicile*. A ce propos, il vaut la peine de souligner que, par rapport au Cadre Stratégique National 2007-2013 et au projet général "Actions de système et assistance technique des objectifs de service" qui est visé au point n° 3 de la délibération CIPE n° 82 du 3 août 2007, approuvé avec la décision du Chef du Département pour les politiques de développement et de cohésion du Ministère du Développement économique du 20 février 2008, d'entente avec le Ministère de la Santé et le Département des politiques pour la famille auprès de la Présidence du Conseil des Ministres, le Ministère du Travail et des Politiques Sociales a lancé au début de l'année 2009 le **Projet dénommé "Actions de système et assistance technique pour la réalisation de l'objectif relatif aux services d'aide à domicile intégrée (ADI) pour la population âgée"**. Le Projet vise au soutien de huit **Régions du Sud** (Abruzzes, Basilicate, Calabre, Campanie, Molise, Pouilles, Sicile et Sardaigne) dans la réalisation d'interventions visant à l'obtention de l'objectif de service S.06 ("*Augmentation du pourcentage de personnes âgées bénéficiaires d'une aide à domicile intégrée de 1,6% à 3,5%*").

En particulier, le Projet a voulu soutenir les huit Administrations régionales du Sud dans la planification et la réalisation des services ADI, qui doivent être programmés de manière intégrée et suivis selon des critères homogènes. Le projet a voulu aussi renforcer les capacités des Administrations régionales, en facilitant la confrontation entre elles et en prenant aussi en considération des expérimentations et des expériences avancées disponibles, et favoriser

l'intégration de l'intervention publique avec les activités spontanées des réseaux familiaux. Le projet s'est conclu le 31 octobre 2010.

L'objectif global du Projet a été celui d'implémenter un nouveau modèle de gouvernement du système des services visant à promouvoir des actions de cohésion, de développement et de mise en valeur des compétences et des responsabilités de la communauté locale, qui ont placé au centre la personne et la famille, l'individu concret et ses réseaux de relations, avec leurs exigences spécifiques. Il a donc été stratégique, pour l'obtention des objectifs indiqués, de renforcer et d'optimiser le cadre organisationnel de référence au travers d'une corrélation efficace entre les plans nationaux et les plans régionaux. Il s'est avéré nécessaire, en outre, de développer l'activité de raccord entre les diverses Administrations impliquées, à tous les niveaux de gouvernement, pour assurer aussi le soutien nécessaire aux décideurs politiques.

Sur le plan opérationnel, le Projet a assisté les administrations régionales dans la mise en œuvre d'un système de modèles d'organisation et d'instruments appropriés pour réaliser sur le territoire un standard de dispensation et d'évaluation de services d'aide à domicile intégrée aux personnes âgées, par une analyse approfondie des situations territoriales, la définition de lignes directrices d'action et la recherche et la diffusion de bonnes pratiques. On a donc entamé un processus de poursuite d'une requalification globale du système de dispensation des services ainsi que la mise en place et la diffusion correspondante d'instruments de régulation et d'organisation des processus de gouvernance. En particulier, le Projet a été axé sur le soutien du parcours de programmation intégrée des services ADI, sur le développement et l'organisation des Points d'Accès Uniques, sur la discipline des modalités de prise en charge de l'utilisateur, sur la définition d'un parcours d'aide individuel, sur l'intégration professionnelle des opérateurs socio-sanitaires. Ce parcours a eu pour effet d'améliorer les modalités de dispensation et d'organisation de l'ADI sur le territoire en vue de l'obtention de la part des Régions du Sud pour 2013 de l'objectif de service de 3,5% d'assistés par rapport au total de la population âgée (> 65 ans).

Dans le cadre programmatique et d'orientation du Cadre Stratégique National pour la politique régionale de développement 2007-2013 et du projet général "Actions de système et assistance technique pour les objectifs de service 2007-2013", s'insère aussi **le Plan extraordinaire d'intervention en soutien direct des Régions du Sud** (Abruzzes, Molise, Sardaigne, Campanie, Pouilles, Basilicate, Calabre et Sicile) qui contemple des activités d'assistance technique notamment pour la réalisation des objectifs relatifs aux **services pour l'enfance**.

La ligne porteuse du projet est de renforcer la stratégie collaborative entre les différents niveaux de gouvernement (national, régional et local) afin de garantir l'uniformité de l'offre de services socio-éducatifs pour la petite enfance (0-3 ans) sur le territoire national, en réalisant des actions

qui sont susceptibles de développer des capacités d'orientation, de suivi et d'évaluation des processus, de création de standards et de dispositifs communs, en liaison avec les processus européens.

L'activité d'assistance technique vise aussi à renforcer les actions conjointes des diverses Administrations de l'État, en particulier du Ministère du Travail et des Politiques Sociales et de la Présidence du Conseil des Ministres – Département pour les Politiques de la Famille, pour l'amélioration de la qualité de la vie des enfants et pour le renforcement des services qui leur sont adressés ainsi qu'à leurs familles.

A propos des mesures qui ont été prises pour assurer le droit à bénéficier des services sociaux et notamment des mesures en soutien de la famille, des mineurs et des personnes âgées, on signale aussi :

a) le **Plan Extraordinaire pour le développement du réseau intégré des services socio-éducatifs pour la petite enfance** adopté avec la loi de finance 2007 et d'une durée de trois ans (2007-2009).

Il s'agit d'un Plan Extraordinaire d'intervention pour le développement d'un système territorial qui développe les services existants, entame le processus de définition des niveaux essentiels et relance une saison de collaboration entre les institutions de l'État, des Régions et des Communes pour la mise en œuvre concrète des droits des enfants ;

b) les **Mesures ultérieures entreprises en faveur de la famille parmi lesquelles sont inclus les services socio-éducatifs pour la petite enfance et d'aide à domicile intégrée.**

Avec l'Entente du 2 février 2012 dans la Conférence Unifiée, le Gouvernement a transféré 25.000.000 d'euros, que l'État avait destiné au préalable à d'autres buts, aux Régions et aux Provinces autonomes de Trente et de Bolzano, en accord avec les Autonomies Locales, pour la réalisation d'actions en faveur de la famille, parmi lesquelles les services socio-éducatifs pour la petite enfance et ceux d'aide à domicile intégrée. Les ressources pèsent sur les chapitres du ressort des Politiques de la Famille du bilan prévisionnel de la Présidence du Conseil des Ministres.

Avec l'entente suivante du 19 avril 2012, le Gouvernement, les Régions, les Provinces autonomes de Trente et de Bolzano et les Autonomies Locales ont établi dans la Conférence Unifiée les critères de répartition de 45.000.000 d'euros supplémentaires, dont les ressources sont disponibles à valoir sur les mêmes chapitres du ressort de l'Entente du 2 février, à destiner au financement de services socio-éducatifs pour la petite enfance et à d'actions en faveur des personnes âgées et de la famille, en établissant les modalités, les temps de réalisation des interventions et le suivi.

Le DPF transfère aux Régions les ressources correspondantes après la signature avec ces dernières d'un accord d'une durée de 24 mois dans lequel sont indiqués les services socio-éducatifs à financer.

Dans les deux ententes est présente la prévision qui établit que les Régions participeront au financement en fonction de leurs disponibilités respectives ;

### c) le **Plan d'action cohésion**

Le Plan d'Action Cohésion réalloue des ressources pour le soin aux enfants et aux personnes âgées dépendantes et vise à atteindre dans le Sud un plus haut degré de couverture et une meilleure qualité, en réduisant les inégalités de chances qui sont liées aux conditions économiques et sociales de la famille, en augmentant la liberté de choix des femmes et en promouvant des activités et des emplois innovants, même à travers le privé social. Les interventions assument une importance particulière dans une phase de forte pression sur les revenus des familles.

Le programme est construit sur la base de méthodes, de critères et de filière de réalisation (avec un rôle central des collectivités locales, ainsi que du privé social et du privé) qui sont déjà expérimentés, et est cohérent avec les orientations nationales dans les domaines sanitaire et social.

Les objectifs et les résultats sont mesurés par des indicateurs spécifiques déjà disponibles en partie dans le cadre du système des "objectifs de service" ou relevés à l'effet, qui permettront aux citoyens de vérifier leur réalisation.

Par la reprogrammation des fonds communautaires cofinancés pour le développement du Sud, des ressources sont réallouées à hauteur de 730 millions d'euros pour des interventions sur l'Inclusion sociale, et notamment 400 millions d'euros pour le soin de l'enfance et 330 millions d'euros pour le soin des personnes âgées dépendantes.

### d) le **III<sup>e</sup> Plan Biennal National d'Actions et d'Interventions pour la Protection des Droits et le Développement des sujets à l'âge évolutif**

En ce qui concerne les services socio-éducatifs, on signale encore les actions suivantes qui sont prévues par le Plan.

- Développement du réseau des services intégrés pour la petite enfance par la réalisation sur tout le territoire national de services pour les enfants âgés de 3 mois à 3 ans (crèches, micro-crèches, crèches d'entreprise ou dans les lieux de travail, sections printemps

agrégées aux crèches et aux écoles maternelles) et la réalisation de services éducatifs intégratifs aux crèches et aux écoles maternelles (centres de jeu, espaces de jeu, centres pour enfants et parents).

- Soutien à la parentalité au travers de l'expérimentation des crèches à domicile qui vise à favoriser l'intégration des interventions promues en faveur de l'emploi et de celles qui sont réalisées par les services sociaux pour la conciliation des temps de vie et de travail. Les crèches à domicile sont des services innovateurs qui offrent des alternatives au problème des listes d'attente des crèches sur le territoire et qui assurent des réponses flexibles et différenciées aux exigences des familles. Ces services sont gérés par une éducatrice qualifiée du point de vue professionnel qui met à disposition son habitation pour l'accueil d'un nombre limité d'enfants de la tranche d'âge 0-3 ans.
- Promotion et mise à jour de la Loi 53/2000 et du Décret Législatif 151/01 afin de soutenir et développer une 'parentalité active' et soutenir la capacité de soin dans les moments évolutifs et réaliser des interventions pour la conciliation des temps de vie et de travail.

Le Plan a un caractère programmatique et les actions correspondantes sont réalisées dans les limites des financements qui ont été déjà prévus par les lois de dépense en vigueur en la matière.

En ce qui concerne les **données relatives à la dépense** pour les services sociaux offerts par les Communes, qui est finalisée au soutien des familles dans des conditions de besoin pour l'entretien des enfants, pour l'aide aux personnes âgées et aux personnes handicapées et qui vise en outre à fournir une aide par rapport à des conditions de pauvreté et aux problèmes qui sont en rapport avec l'immigration et les dépendances, on rapporte ce qui suit.

En **2009** (dernière année relevée) les Communes italiennes, individuellement ou sous une forme associée, ont destiné aux interventions et aux services sociaux 6.979 millions d'euros, soit 0,46% du Pib national.

Aux Communes du Nord revient environ 56% de la dépense totale (30,4% Nord-ouest, 26,5% Nord-est), aux Communes du Centre 22,2% et à celles du Sud 20,6% (respectivement 10,3% dans le Sud et dans les Iles).

Dans la ligne d'une tendance à une légère hausse continue qui est observée depuis 2003, la première année de déroulement de l'enquête, la dépense sociale des Communes a augmenté de 4,7% par rapport à l'année précédente (6.662 millions d'euros en 2008), avec une hausse particulièrement élevée dans les Iles (+13.6%).

Tableau 1 Dépense pour interventions et services sociaux des communes seules et associées par région et répartition géographique – Années 2008 et 2009 (*valeurs absolues, en pourcent et dépense par habitant*)

Année 2008			Année 2009			Variations 2008-2009			
Dépense (1)			Dépense (1)			Variations dépense totale			
Répartitions géographiques	Valeurs absolues (milliers €)	Valeurs %	Dépense par habitant (2)	Valeurs absolues (milliers €)	Valeurs %	Dépense par habitant (2)	En valeur absolue (milliers €)	En termes %	Variation par habitant (€)
Nord-ouest	2.042.260	30,5	128,9	2.127.394	30,4	133,2	85.125	4,2	4,3
Nord-est	1.770.012	26,7	155,2	1.851.649	26,5	160,8	81.637	4,6	5,6
Centre	1.483.700	22,3	126,4	1.558.116	22,2	131,5	74.416	5,0	5,1
Sud	731.419	11,0	51,7	720.522	10,3	50,9	-10.897	-1,5	-0,8
Iles	634.983	9,5	94,7	721.078	10,3	107,4	86.095	13,6	12,7
Italie	6.662.384	100	111,4	6.978.759	100,0	115,9	316.376	4,7	4,5

(1) On entend la dépense en compte courant de compétence engagée en 2008 et en 2009 pour la dispensation des services ou des interventions d'assistance sociale de la part des communes et des associations de communes. Les dépenses pour le personnel, pour la location d'immeubles ou d'équipements et pour l'achat de biens et services (dépense gérée directement) sont incluses. Dans le cas où le service est géré par d'autres organisations (par exemple des coopératives sociales), la dépense est donnée par les coûts de l'attribution du service à des tiers (dépense gérée indirectement). La dépense est indiquée en milliers d'euros, nette de la coparticipation des usagers et du Service National de Santé.

(2) Rapport entre dépense et population résidente dans la répartition géographique.

Source : Institut National de Statistique, Enquête censitaire sur les interventions et les services sociaux des Communes seules et associées. Années 2008 et 2009

Les Communes gèrent individuellement 76% de la dépense sociale. Plusieurs types d'organismes épaulent ou remplacent les Communes dans la gestion des services sociaux, avec des rôles qui se différencient au niveau régional : les Aires et les Districts sociaux, les Consortiums, les Agences de Santé Locales, les Communautés de Montagne et l'Union des Communes.

En ce qui concerne les secteurs d'intervention, la famille et les mineurs, les personnes âgées et les personnes handicapées sont les principaux destinataires des prestations d'assistance sociale locale: sur ces trois secteurs se concentrent 81,8% des ressources employées (39,8% familles et mineurs, 21,6% personnes handicapées et 20,4% personnes âgées).

Les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale représentent 8,3% de la dépense sociale, tandis que 6,3% est destiné à des activités générales ou adressé à tous les usagers et des parts résiduelles aux immigrés et aux nomades (2,7%) et aux dépendances (0,9%). Les variations les plus significatives par rapport à 2008 concernent le secteur de l'handicap (+101 millions d'euros, +7,2%) et ceux de la pauvreté, du malaise et du sans domicile fixe (+70 millions d'euros, +13,3%).

Relativement à l'analyse territoriale des dépenses supportées par secteur d'intervention, dans les régions du Sud et les Iles des parts significatives de dépense sont destinées aux politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale; dans les régions du Nord il y a une plus grande concentration de ressources vers les personnes âgées et les personnes handicapées.

**Tableau 2 – Dépense pour interventions et services sociaux des communes seules ou associées par secteur d'utilisation et par répartition géographique - Année 2009 (valeurs absolues, valeurs en pourcentage et dépense par habitant)**

Repart géographique	Secteur d'utilisation							Total
	Familles et mineurs	Personnes handicapées	Dépendances	Personnes âgées	Immigrés et nomades	Pauvreté, malaise adultes et sans domicile fixe	Tous les usagers	
<b>Valeurs absolues (milliers d'euros)</b>								
Nord-ouest	855.752	453.909	8.110	470.703	48.879	152.116	137.926	2.127.394
Nord-est	681.549	431.149	16.809	396.978	59.954	113.383	151.827	1.851.649
Centre	664.659	279.432	18.923	295.605	57.376	157.120	85.001	1.558.116
Sud	322.907	117.566	13.042	129.598	13.768	77.635	46.006	720.522
Iles	252.521	226.872	3.682	129.470	9.451	78.282	20.799	721.078
ITALIE	2.777.388	1.508.929	60.565	1.422.354	189.427	578.536	441.560	6.978.759
<b>Valeurs en pourcentage</b>								
Nord-ouest	40,2	21,3	0,4	22,1	2,3	7,2	6,5	100,0
Nord-est	36,9	23,3	0,9	21,4	3,2	6,1	8,2	100,0
Centre	42,6	17,9	1,2	19,0	3,7	10,1	5,5	100,0
Sud	44,8	16,3	1,8	18,0	1,9	10,8	6,4	100,0
Iles	34,9	31,5	0,5	18,0	1,3	10,9	2,9	100,0
ITALIE	39,8	21,6	0,9	20,4	2,7	8,3	6,3	100,0
<b>Dépense moyenne par habitant*</b>								
Nord-ouest	157	3.581	1	137	34	15	9	133
Nord-est	175	5.369	2	164	55	16	13	161
Centre	163	2.707	2	116	56	21	7	132
Sud	48	667	1	52	37	9	3	51
Iles	81	2.984	1	104	62	18	3	107
ITALIE	119	2.682	1	117	47	15	7	116

\* Les valeurs par habitant sont le rapport entre la dépense et la population de référence pour chaque zone d'utilisation.

La population de référence pour le secteur "famille et mineurs" est constituée par le nombre de membres des familles avec au moins un mineur calculés d'après les données du Recensement de la population 2001.

La population de référence pour le secteur "personnes handicapées" est constituée par le nombre de personnes handicapées qui vivent en famille d'après l'enquête Multiobjectifs sur les "Conditions de santé et recours aux services sanitaires - Années 2004-2005 – et par le nombre de personnes handicapées accueillies dans les structures résidentielles d'après le "Relevé statistique sur les complexes résidentiels d'assistance sociale - Année 2006".

La population de référence pour le secteur "dépendances" est constituée par la population âgée de plus de 15 ans - Année 2009.

La population de référence pour le secteur "personnes âgées" est constituée par la population âgée de plus de 65 ans - Année 2009.

Comme population de référence pour le secteur "immigrés et nomades", on considère le nombre d'étrangers résidents - Année 2009.

La population de référence pour le secteur "pauvreté et malaise des adultes" est constituée par la population d'un âge compris entre 18 et 65 ans - Année 2009.

La population de référence pour le secteur "multi-utilisation" est constituée par la population résidente - Année 2009.

Source : Institut National de Statistique, Enquête censitaire sur les interventions et les services sociaux des Communes seules et associées. Année 2009

En ce qui concerne le type d'interventions en soutien des besoins des citoyens, on distingue, comme on le sait, les services qui sont dispensés directement à la personne (par ex. l'aide à domicile, l'activité pour l'intégration sociale des personnes âgées, des personnes handicapées, des immigrés, etc.); les subventions pour les citoyens nécessiteux (pour le logement, les services scolaires, etc.); les services qui supposent le fonctionnement et la gestion de structures stables sur le territoire (les crèches, les maisons d'accueil pour les personnes sans un soutien familial approprié, les centres diurnes).

Au niveau National pour l'année 2009, 38,8% de la dépense sociale est destiné aux interventions et aux services de soutien aux diverses catégories d'usagers, la part de dépense rapportée au financement des structures est de l'ordre de 34,3%, tandis que la part de dépense restante égale à 26,9% de la dépense totale est destinée à des transferts en argent alloués directement à des citoyens nécessiteux.

En particulier, les ressources destinées aux personnes âgées se rapportent pour la plupart à des interventions et des services (environ 52%), parmi lesquels le plus important s'avère être l'aide à domicile. Suivent diverses subventions (qui représentent 27% de la dépense pour les personnes âgées), dont la plus grande partie est constituée par le paiement de frais de séjour pour l'accueil dans des structures résidentielles, tandis que le 20% restant de la dépense pour les personnes âgées est destiné au financement de structures, principalement à caractère résidentiel.

Les dépenses pour les interventions et les services l'emportent aussi dans le cadre de l'assistance aux personnes handicapées (51%). La voie de dépense principale est le soutien socio-éducatif, avec plus de 5.300 euros par utilisateur par an; suivent les services à caractère domiciliaire et le transport social. La dépense restante est subdivisée équitablement entre subventions et frais de fonctionnement des structures.

Dans le secteur de l'assistance aux familles et aux mineurs, sur lequel afflue presque 40% de la dépense sociale des Communes, les ressources destinées au fonctionnement des structures, principalement des crèches pour enfants de zéro à deux ans, sont les plus importantes.

En ce qui concerne la répartition géographique des dépenses supportées, dans le Sud et dans les Iles les parts de dépense relatives aux services à la personne sont plus importantes (respectivement 45,9% et 40% contre 38,8% du total de l'Italie). Les Communes du Centre et du Nord-est destinent des parts de dépense plus importantes aux structures (respectivement 42,0% et 39,4% contre 34,3% au niveau national) tandis que dans le Sud cette part est nettement en dessous de la moyenne (28,1% Sud, 26,6% Iles). Dans le Nord-Ouest, on enregistre une plus grande dépense dans les interventions et les services à la personne, pour des valeurs à peu près semblables à celles des Iles (40,9% contre 40%) et, également, une dépense inférieure pour le fonctionnement des structures (28,8% contre 26,6% des Iles et 28,1% du Sud).

Tableau 3 – Dépense des Communes seules et associées par zone d'utilisation/répartition géographique et par macro-secteur d'interventions et services sociaux – Année 2009 (valeurs absolues et en pourcentage)

<b>Macro-secteur d'interventions et services</b>				
Secteur d'intervention et répartition géographique	Interventions et services	Transferts en argent	Structures	Total
Valeurs absolues (milliers d'euros)				
<b>Secteur d'intervention</b>				
Famille et mineurs	476.508	735.418	1.565.463	2.777.388
Personnes handicapées	769.287	366.302	373.339	1.508.929
Dépendances	32.944	18.816	8.805	60.565
Personnes âgées	745.904	386.491	289.959	1.422.354
Immigrés et nomades	77.946	54.872	56.610	189.427
Pauvreté, malaise des adultes et sans domicile fixe	165.606	314.587	98.343	578.536
Tous les usagers	441.560	0	0	441.560
<b>Répartition géographique</b>				
Nord-ouest	871.020	644.356	612.018	2.127.394
Nord-est	701.530	419.514	730.604	1.851.649
Centre	518.133	384.124	655.860	1.558.116
Sud	330.567	187.489	202.466	720.522
Iles	288.504	241.003	191.571	721.078
<b>Total</b>	<b>2.709.754</b>	<b>1.876.486</b>	<b>2.392.519</b>	<b>6.978.759</b>
<b>Macro-secteur d'interventions et services</b>				

Secteur d'intervention et répartition géographique	Interventions et services	Transferts en argent	Structures	Total
	Valeurs %			
<b>Secteur d'intervention</b>				
Famille et mineurs	17,2	26,5	56,3	100,0
Personnes handicapées	51,0	24,3	24,7	100,0
Dépendances	54,4	31,1	14,5	100,0
Personnes âgées	52,4	27,2	20,4	100,0
Immigrés et nomades	41,1	29,0	29,9	100,0
Pauvreté, malaise des adultes et sans domicile fixe	28,6	54,4	17,0	100,0
Tous les usagers	100,0	-	-	100,0
<b>Répartition géographique</b>				
Nord-ouest	40,9	30,3	28,8	100,0
Nord-est	37,9	22,7	39,4	100,0
Centre	33,3	24,7	42,0	100,0
Sud	45,9	26,0	28,1	100,0
Iles	40,0	33,4	26,6	100,0
<b>Total</b>	<b>38,8</b>	<b>26,9</b>	<b>34,3</b>	<b>100,0</b>

Source : Institut National de Statistique, Enquête censitaire sur les interventions et les services sociaux des Communes seules et associées. Année 2009

Concernant les mesures qui ont été entreprises pour le développement des services socio-éducatifs pour la petite enfance qui ont été illustrés ci-dessus, et dans la continuité de ce qui a été rapporté dans le Rapport précédent, on présente les données actualisées qui se rapportent à l'Enquête de l'Institut National de Statistique sur l'offre municipale de **crèches et autres services socio-éducatifs pour la petite enfance** relative à l'année scolaire 2010/2011 (Année 2012) .

Dans l'année scolaire en question, environ 158.000 enfants d'un âge compris entre zéro et deux ans sont inscrits aux crèches municipales. A ceux-ci s'ajoutent environ 44.000 autres enfants qui bénéficient de crèches conventionnées ou subventionnées par les Communes, pour un total de 201.640 usagers.

Concernant l'année 2010, la dépense courante pour les crèches supportée par les Communes, seules ou sous une forme associée, s'élève à 1 milliard et 227 millions d'euros, auxquels s'ajoute la cotisation des familles, sous forme de couts de service versés aux Communes, qui s'élèvent a 275 millions di euro. On relève en outre environ 352 mille euros comme coparticipation à la dépense de la part du Service National de Santé, pour un total d'environ 1 milliard 502 millions de dépense employée au niveau local.

Dans l'espace des années sous observation, 2004-2010, la dépense qui a été consacrée aux crèches de la part des Communes a fait enregistrer des variations toujours positives, en montrant

une hausse totale de 44,3%. Dans la même période, le nombre d'enfants inscrits aux crèches municipales ou subventionnées par les Communes a augmenté de 38% (plus de 55 mille unités), de même qu'a enregistré une hausse progressive le pourcentage des Communes qui offrent un service de crèche, sous forme de structures municipales ou de transferts aux familles qui bénéficient de structures privées (de 32,8% de 2003-2004 au 47,4% en 2010/2011).

Du point de vue du système organisationnel, l'offre des crèches est presque entièrement gérée par des Communes seules ; la gestion sous une forme associée entre Communes limitrophes concerne seulement 2,3% de la dépense engagée globalement. En 2010, les Communes qui se servent davantage des organismes supra-municipaux sont celles de la Vallée d'Aoste, où 24,1% de l'offre des services pour la petite enfance est géré par les Communautés de Montagne. A l'exception du Frioul-Vénétie-Julienne où la part de dépense gérée sous une forme associée est de 7,3%, pour toutes les autres Régions les parts de dépense gérées par des Organismes associatifs n'atteignent pas 5%.

A l'offre traditionnelle de crèches s'ajoutent les services intégratifs ou innovateurs pour la petite enfance, qui comprennent les "crèches famille", c'est-à-dire des services organisés dans un contexte familial, avec la contribution des Communes et des Organismes supra-municipaux. Dans l'année 2010/2011, le nombre d'enfants entre zéro et deux ans qui ont bénéficié de ce service a été de 2,2%, une part qui est restée à peu près constante dans l'intervalle de temps considéré.

A partir de l'année 2007, en plus du Plan Extraordinaire pour le Développement des Services Socio-éducatifs pour la petite enfance, on a financé aussi l'expérimentation des **Sections Printemps**, une initiative du Ministère de l'Education à laquelle ont contribué le Département pour les Politiques de la Famille et le Ministère du Travail et des Politiques Sociales.

Les Sections Printemps sont des Services socio-éducatifs intégrés qui sont agrégés aux écoles maternelles et aux crèches et qui visent à élargir l'offre formative pour les enfants de 24 à 36 mois.

Les sections peuvent être gérées par des écoles publiques, par des écoles municipales, par des écoles paritaires ou par des sujets privés en convention avec la Commune. Dans l'année scolaire 2010-11, les sections printemps fonctionnant dans des écoles paritaires s'avèrent être en nombre supérieur par rapport aux autres types de sections (58,6% des sections autorisées contre 20,3% des sections autorisées auprès des écoles publiques et 13,4% auprès des écoles municipales). Les sections gérées par des sujets privés en convention avec les Communes (agences de service, coopératives sociales, etc.) représentent 5%, auxquels il faut ajouter 2,7% de sections (environ 40) qui ne rentrent pas dans les typologies ordinaires pour des raisons diverses.

Les enfants qui sont inscrits dans les Sections printemps dans l'année scolaire 2010/2011 sont 23.142. Concernant la répartition par zone géographique, on remarque une plus grande présence d'enfants inscrits dans le Sud et dans le Nord-Ouest (respectivement 7.818 et 6.632). Le nombre est presque divisé par deux dans le Centre (3.678) et encore plus réduit dans le Nord-Est (2.696) et dans les Iles (2.318).

*Relativement aux demandes qui ont été avancées par le Comité des Droits Sociaux dans les Conclusions 2009, on expose ce qui suit.*

Dans les Conclusions 2009, le Comité des Droits Sociaux a demandé des informations supplémentaires concernant la Charte des Services sociaux introduite par l'art. 13 de la loi 328/2000.

Selon les prévisions de la norme, la Charte des Services est un document adopté par chaque Organisme dispensateur des prestations et des services sociaux, dans lequel sont définis les critères pour l'accès aux services et les modalités de fonctionnement correspondantes des services mêmes. La Charte doit définir ensuite les conditions pour faciliter leur évaluation de la part des usagers et des sujets qui représentent leurs droits, ainsi que les procédures pour assurer leur protection. L'adoption de la Charte représente une condition nécessaire pour l'accréditation.

Les Communes ou les associations de Communes sont donc tenues d'adopter la Charte des services sociaux qui devient un instrument informatif pour faire connaître les services et les prestations qui sont présents sur leur territoire. Dans la Charte sont illustrés les principes généraux qui règlent la dispensation des services, comme le principe d'égalité, d'impartialité, de continuité dans la dispensation du service, d'efficacité et d'efficience, etc., compte tenu des indications qui sont fournies par le législateur qui a entendu le système des services sociaux comme un système caractérisé par l'universalité des prestations. Toujours selon la prescription de la norme, la Charte prévoit ensuite l'indication des modalités pour présenter des propositions d'amélioration éventuelles des services et les réclamations éventuelles. La norme se réfère à toutes les formes de réclamations, aux formes de remboursement et aux soi-disant remboursements automatiques, qui se placent sur un plan différent par rapport à la protection juridictionnelle qui reste en tout cas utilisable.

La Charte des Services est donc un instrument informatif qui illustre et réglemente l'accès aux services sociaux du territoire et qui se concentre sur les nécessités de la personne qui a besoin d'utiliser les services qui sont offerts.

Concernant la demande du Comité des Droits Sociaux relatives aux mesures qui ont été mises en place pour améliorer l'offre des services sociaux relatifs au soin de l'enfance et en faveur des personnes âgées dans les Régions du Sud, et aux résultats obtenus, on rappelle les mesures qui ont été activées par le Gouvernement dans le cadre programmatique et d'orientation du Cadre Stratégique National pour la politique régionale de développement 2007-2013 et du projet général "Actions de système et assistance technique pour les objectifs de service 2007-2013", ainsi que l'action de réallocation de ressources pour le soin de l'enfance et des personnes âgées dépendantes qui a été activée avec la reprogrammation des fonds communautaires cofinancés pour le développement du Sud dans le cadre du Plan d'action de cohésion, illustré ci-dessus.

A propos de la demande de fournir des informations concernant le nombre de personnes qui sont employées dans les services sociaux et leurs qualifications, il est à noter qu'on est actuellement dans l'attente de la publication des données qui se réfèrent aux derniers relevés de l'Institut National de Statistique. Les dernières données officielles dont on dispose sont, en effet, celles qui se réfèrent au Recensement de l'Industrie et des Services<sup>15</sup> et au Recensement de la population<sup>16</sup>, qui remontent à 2001. Ces données sont rapportées, par ailleurs, dans le Rapport du CNR (Conseil National des Recherches) - IRPPS (Institut de recherches sur la population et sur les politiques sociales) "Le travail dans le secteur des services sociaux et les professions sociales" de février 2009, qui est publié sur le site Internet du Ministère du Travail et des Politiques Sociales, auquel on renvoie pour toute évaluation possible. Les données relatives concernant la période de référence du présent Rapport (2008-2011) pourront être obtenues utilement du relevé de l'Institut National de Statistique relatif au 9<sup>e</sup> Recensement général de l'industrie et des services et au Recensement des Institutions sans but lucratif 2011, qui est actuellement en cours. Il s'agit d'une enquête à cadence décennale (la dernière remonte à 2001) qui photographie la situation existante au 31 décembre 2011. Le terme des opérations censitaires est fixé au 20 décembre 2012. En ce qui concerne les figures professionnelles utilisées, les données pourront être obtenues, aussi, du Recensement de la population 2012, dont seuls les premiers résultats ont été publiés à l'état actuel.

Les données demandées pourront donc être fournies dans le prochain rapport.

En ce qui concerne le personnel médical/infirmier qui est employé dans le secteur de l'assistance de district et résidentielle on renvoie, en tout cas, aux indications qui sont contenues dans le Rapport sur l'article 11 (Droit à la protection de la santé).

---

<sup>15</sup> Istat, 8<sup>e</sup> Recensement général de l'industrie et des services, 2001.

<sup>16</sup> Istat, 14<sup>e</sup> Recensement de la population et des logements, 2001.

Le Comité des droits sociaux demande, enfin, des informations concernant l'évolution des dépenses supportées pour l'activation des services sociaux sur le territoire. A ce propos, on renvoie à ce qui est contenu, sur ce point, dans le texte du paragraphe.

## §.2

Comme illustré dans les rapports précédents du Gouvernement italien, la gestion et l'offre des services sont pris en charge par les sujets publics et, sur la base du principe de subsidiarité horizontale qui est rappelé, en dernier lieu, par l'art. 1, alinéa 3 de la loi 328/2000, par les organismes sans but lucratif d'utilité sociale, les organismes de la coopération, les organisations de volontariat, les associations et les organismes de promotion sociale, les fondations, les organismes de patronage et d'autres sujets privés en qualité de sujets actifs dans la conception et dans la réalisation concertée des interventions.

Le cadre juridique est resté fondamentalement inchangé par rapport à ce qui a été communiqué précédemment.

La législation des dernières années en Italie a déterminé et discipliné les principales typologies d'organisations du Tiers secteur, un terme qui a été introduit pour comprendre l'ensemble des organismes qui ne se rapportent pas à l'entreprise orientée vers le lucre, ni aux organismes publics:

- les organisations non-gouvernementales (Loi 49 de 1987) ;
- les organisations de volontariat (Loi 266 de 1991) ;
- les coopératives sociales (Loi 381 de 1991) ;
- les associations de promotion sociale (Loi 383 de 2000) ;
- d'autres organisations du tiers secteur (des sujets qui ne sont pas rapportables aux catégories susdites comme les fondations, les organismes de patronage, etc.).

Les organismes susdits ont, d'une manière générale, les caractéristiques suivantes :

- nature juridique privée ;
- ils ne peuvent pas distribuer le bénéfice d'exploitation, directement ou non, aux associés, aux membres ou aux employés ;
- ils sont caractérisés par la présence de volontaires ;
- ils sont l'expression de la communauté locale.

La loi 328 de 2000 -"Loi-cadre pour la réalisation du système intégré d'interventions et services sociaux" – représente la première réforme organique des politiques sociales, avec la reconnaissance des droits de la personne, la détermination des organes préposés à l'assistance, l'intégration des services, l'adoption de la méthode de la programmation, la mise en valeur des organismes du Tiers secteur et la prévision de nouvelles interventions d'intégration et de soutien social.

Le principe d'universalité, et la reconnaissance conséquente du droit aux prestations sociales, est certainement un des choix de fond qui caractérise le plus la loi-cadre sur le système intégré d'interventions et de services sociaux ; ce principe doit être interprété comme le refus d'une conception résiduelle ou minimaliste de l'assistance sociale.

Dans le cadre de la réforme du système social, la Loi 328/00 prévoit la reconnaissance de l'importance prééminente du volontariat et des autres organisations du Tiers secteur, aussi bien dans la phase de programmation que dans la phase de mutation des interventions et des services. A l'art. 1, alinéa 4, la loi prévoit que "Les collectivités locales, les Régions et l'État, dans le cadre de leurs compétences respectives, reconnaissent et facilitent le rôle des organismes sans but lucratif d'utilité sociale" comme les associations, les coopératives, les fondations, les organisations de volontariat, les organismes de patronage "dans l'organisation et la gestion du système intégré d'interventions et de services sociaux".

L'art. 5 ("rôle du tiers secteur") définit les rapports entre collectivités locales et tiers secteur, en prévoyant que les Régions, sur la base d'un acte d'orientation et de coordination du Gouvernement (Décret du Président du Conseil des Ministres du 30/03/01) adoptent des orientations spécifiques pour réglementer la matière, "avec une référence particulière au système d'attribution des services à la personne" (comma 3) et confie aux Régions la tâche spécifique (alinéa 4) de discipliner "les modalités pour mettre en valeur l'apport du volontariat dans la dispensation des services".

En plus de la loi 328 de 2000, art. 5, les lois de secteur disciplinent aussi les modalités d'accords et/ou de collaborations auxquelles doivent s'en tenir les organisations du Tiers secteur avec les Administrations publiques pour la réalisation d'activités, de projets ou de services intégrés d'assistance sociale adressés aux sujets exclus et vulnérables.

En ce qui concerne la demande de fournir des données statistiques sur la participation du tiers secteur à l'offre des services sociaux, on ne dispose pas à l'état actuel de données officielles actualisées par rapport à celles qui ont été communiqués avec le Rapport précédent<sup>17</sup>. L'Institut National de Statistique a entamé, comme on l'a signalé ci-dessus, en septembre 2012, le II<sup>e</sup> Recensement sur les Institutions sans but lucratif dont les résultats seront rapportés dans le prochain Rapport.

Il est à noter en outre que, de la collaboration entre le Ministère du Travail et des Politiques Sociales – Direction Générale pour le Volontariat, l'Associationnisme et les Formations Sociales et l'ISFOL (Institut pour le développement de la formation professionnelle des travailleurs) - Service Statistique et Coordination des Banques de Données, est né un projet pour la construction d'un *Système informatif des Organisations sans but lucratif – SIONP*. Il s'agit d'un ensemble d'archives structuré qui recueille des registres, des tableaux, des listes de certaines typologies d'organisations sans but lucratif – nombreuses et gérées par une pluralité de sujets –, des données d'identité relatives aux organisations contenues dans les registres et de la documentation relative aux organisations sans but lucratif (des normes, mais aussi des études et des recherches).

Le système accueille, pour l'instant, les données d'identité de chaque organisation, mais il a été prévu pour contenir des informations sur la nature organisationnelle, sur le secteur et sur l'activité, sur les ressources humaines, informatiques et économiques, fonctionnelles, pour faire connaître les évolutions et les dynamiques du tiers secteur. La mise au point du système demande un partage des informations et prévoit, par conséquent, l'implication de diverses Administrations: Ministères, Préfectures, Collectivités Locales préposées.

*En ce qui concerne les demandes du Comité des Droits Sociaux contenues dans les Conclusions 2009, relatives à la coopération entre les divers fournisseurs de services non publics et aux initiatives qui ont été prises pour encourager la participation du secteur privé à la gestion des services sociaux, on expose ce qui suit.*

---

<sup>17</sup> Source : Istat, Relevé des organisations de volontariat, 2003  
Relevé des coopératives sociales, 2005  
Relevé des Fondations, 2005

Dans les quinze dernières années, aussi bien au niveau normatif qu'au niveau substantiel, on reconnaît aux sujets du tiers secteur un rôle de plus en plus important dans la viabilité du nouveau Welfare.

Construire un système local de services intégrés adressés à la personne a demandé de nouvelles formes de relations entre plusieurs sujets institutionnels ou non, pour donner naissance à un gouvernement élargi d'interventions combinées, qui ont amené à la création de réseaux fiduciaires, de formes de coopération, de cercles vertueux d'échanges et de connexions où ont été établis les objectifs partagés et les modalités de concertation correctes, et cela a eu lieu d'une manière qui n'était pas occasionnelle ou épisodique, mais permanente; non pas comme une substitution du service public dans la dispensation des services pour la communauté, mais par la conception et la programmation des interventions, entendues comme une coparticipation directe à la définition des objectifs stratégiques pour les besoins exprimés et inexprimés de la communauté.

Cette forme d'implication permet d'améliorer le rôle de promotion, de protection et de proposition que les sujets de la solidarité organisée doivent pouvoir jouer dans un contexte qui légitime les corps intermédiaires de la société comme des interlocuteurs stratégiques et non comme des exécuteurs passifs ou subalternes.

Dans les Communes, la construction des politiques actives du Welfare se réalise dans le **Plan de Zone** – prévu par ladite loi 328/2000 – au sein d'un processus de concertation partagée entre des acteurs diversifiés, sujets publics et privés, qui participent à la fourniture et à la gestion des services sociaux.

Dans le **Plan d'Action national** – en cours de rédaction – de la nouvelle stratégie européenne pour la RSI "*Nouvelle stratégie de l'UE pour la période 2011-2014 en matière de responsabilité sociale des entreprises*"<sup>48</sup>, l'Italie a réservé un rôle important aux activités et aux projets que les entreprises réalisent avec et pour le tiers secteur au travers d'un partenariat de responsabilité.

Des dernières données de l'enquête "**Entreprise et Secteur Sans but lucratif – 2012**"<sup>19</sup>, réalisée par l'Institut Italien de la Donation – un organisme italien qui collabore avec la Direction Générale du Tiers secteur et des Formations sociales du Ministère du Travail et des Politiques Sociales -, il ressort que les entreprises s'adressent principalement aux associations qui travaillent

---

<sup>18</sup> Communication de la Commission COM (2011) 681 définitif. Bruxelles, 25.1.2011

<sup>19</sup> L'enquête, qui a l'objectif de mieux connaître la manière dont les entreprises se rapportent avec les sujets du tiers secteur, restitue les résultats d'un panel de 28 entreprises fortement engagées dans des projets de responsabilité sociale, dont la plupart adhèrent à la Fondation Sodalitas. Les relevés précédents datent de 2006, 2007 et 2009.

sur le territoire national (53%) et local (43%), tandis que le pourcentage d'entreprises qui préfèrent s'adresser aux organisations qui ont une dimension internationale baisse fortement. Depuis 2009, les entreprises ont préféré répondre aux besoins nationaux liés aussi aux urgences territoriales, comme par exemple le tremblement de terre de l'Aquila et en Émilie, ainsi que les deux inondations de Gênes et de Messine.

Particulièrement importantes sont aussi les activités réalisées par les Fondations d'origine bancaire en faveur de l'inclusion sociale dans le cadre du secteur de l'assistance sociale, qui ressortent du Rapport 2009<sup>20</sup> de l'Association des Caisses d'Épargne Italiennes et des Fondations – ACRI, un organisme privé sans but lucratif qui collabore avec la Direction Générale du Tiers secteur et des Formations sociales du Ministère du Travail et des Politiques Sociales. Il ressort de ce Rapport que le nombre d'initiatives financées en 2008 par les Fondations s'élève à 29.421 interventions, pour une valeur moyenne par initiative de 56.990 euros. Parmi les 20 secteurs d'intervention prévus par la loi (Décret Législatif n° 153 du 17.5.1999, art.2, al.2), 7 sont ceux sur lesquels se concentrent la plupart des allocations des Fondations. Le secteur de l'Assistance sociale occupe la sixième place avec 9% des allocations. La partie prédominante (85,8%) va au secteur des *Services sociaux*, suivi du secteur des *Services d'aide en cas de calamité naturelle, de protection civile et d'aide aux réfugiés* (5,4%). Les destinataires sont en premier lieu les personnes handicapées (30,9%), puis les personnes âgées (28,5%), les mineurs (5,3%) et les toxicomanes (5,1%).

---

<sup>20</sup> Le Rapport sur les Fondations d'origine bancaire de 2009 rapporte les résultats des activités qui ont été réalisées en 2008.

## **ARTICLE 23**

**Droit des personnes âgées à une protection sociale**

### Cadre normatif de référence

On confirme ce qui a déjà été illustré dans les Rapports précédents, en ce qui concerne le thème de l'augmentation de la population âgée en Italie et le fait que les politiques en faveur de cette partie de la population italienne prévoient des programmes qui sont empreints d'une vision positive de la personne âgée et de la valorisation de la personne âgée en tant que sujet social dans une société intégrée et solidaire. Une importance particulière est revêtue par le soutien aux familles avec des personnes âgées dépendantes et nécessiteuses d'une aide à domicile, ainsi que la reconnaissance du droit de la personne âgée de choisir le lieu où elle souhaite habiter.

On confirme la centralité de la loi n° 328 du 8 novembre 2000, *Loi-cadre pour la réalisation du système intégré d'interventions et de services sociaux*, dont le but est de promouvoir des interventions sociales, d'assistance et socio-sanitaires qui garantissent une aide concrète aux personnes et aux familles qui sont en difficulté.

La loi n° 296 du 27 décembre 2006, portant *Dispositions pour la formation du budget annuel de l'État* (loi de finance 2007), a institué le **Fonds National pour la Dépendance**, dont le but est de garantir, sur l'ensemble du territoire national, la réalisation des niveaux essentiels des prestations d'assistance en faveur des personnes dépendantes. Avec cette mesure, on entend assurer une homogénéité aux interventions qui ont été réalisées jusqu'à présent par les Régions en faveur des personnes qui sont dans des conditions d'autonomie limitée, à travers de la construction progressive d'un système d'assistance qui assure la pleine intégration des prestations sociales et des prestations sanitaires. Au **Fond pour la Dépendance** ont été alloués 100 millions d'euros pour l'année **2007**, 300 millions d'euros pour **2008** et 400 millions d'euros pour **2009**, à répartir entre les Régions et les Provinces Autonomes en fonction de la population âgée dépendante et d'indicateurs socio-économiques.

Avec le décret interministériel du 12 octobre 2007 – publié au Journal Officiel n° 96 du 23 avril 2008 – les ressources allouées au Fond pour l'année 2007 ont été réparties entre les Régions et les Provinces Autonomes. En reprenant les critères de répartition et les modalités d'utilisation qui avaient été établis dans le décret de 2007, le décret interministériel pour le transfert des ressources pour les années 2008–2009 aux Régions et aux Provinces Autonomes a été signé le 6 août 2008. Le Décret a été publié au Journal Officiel du 23/12/2008, Série Générale n° 299.

La loi n° 191 du 23 décembre 2009 (loi de finance 2010) a disposé que le Fonds pour la Dépendance pour l'année **2010** serait encore de 400 millions d'euros. Avec le décret interministériel du 4 octobre 2010, qui a été enregistré auprès de la Cour des Comptes le 2 novembre 2010, 400 millions d'euros ont donc été alloués pour l'année 2010 au Fond pour la Dépendance.

### Les pensions

En ce qui concerne les institutions des *Pensions d'Invalidité, Vieillesse et Survivants* et de l'*Allocation sociale*, on renvoie au XII<sup>e</sup> Rapport relatif à l'article 12 (*Droit à la sécurité sociale*).

## Prévention de la maltraitance des personnes âgées

A partir de la définition de maltraitance des personnes âgées qui est donnée dans la *Déclaration de Toronto sur la Prévention Globale des mauvais traitements infligés aux personnes âgées* (2002), il est possible d'affirmer qu'en Italie, comme certainement aussi dans d'autres pays, la plupart des violences et des mauvais traitements qui sont infligés aux personnes âgées ont lieu dans le milieu domestique et sont très difficiles à relever. Les personnes âgées sont, en effet, très peu disposées à dénoncer les mauvais traitements. Toutefois, un rôle important dans la prévention et dans le diagnostic de la maltraitance est confié au médecin de famille et au gériatre qui peuvent découvrir, plus facilement que d'autres, des formes de maltraitance éventuelles et, le délit une fois constaté, le dénoncer aux Autorités compétentes. Selon le Chapitre II, article 29 du Code Déontologique, le médecin doit contribuer à protéger la personne âgée, surtout lorsqu'il estime que le milieu dans lequel elle vit ne convient pas au soin de sa santé, ou qu'elle y subit des mauvais traitements, des violences ou des abus sexuels, en s'employant à ce que lui soient garanties une qualité et une dignité de vie. A cette fin, lorsque les conditions existent, le médecin est obligé tant du point de vue éthique que légalement, de saisir l'Autorité judiciaire compétente qui s'occupera, si elle le juge nécessaire, du placement de la personne âgée dans un milieu plus sûr et approprié. Les trois catégories les plus communes de maltraitance sur la personne âgée semblent être les suivantes: maltraitance domestique (mauvais traitement de la personne âgée dans son logement ou dans celui du *caregiver*), maltraitance institutionnelle (mauvais traitement des personnes âgées qui vivent dans des maisons de retraite ou des maisons de soins) et maltraitance auto-infligée (comportement d'automutilation). L'information sur l'importance numérique des mauvais traitements qui sont infligés aux personnes âgées (physiques et psychiques) est difficile à trouver, mais les rares études basées sur la population dont nous disposons suggèrent que le phénomène est limité à 4-6 % de la population âgée, laquelle subirait des mauvais traitements surtout dans son logement et que dans 2/3 des cas ceux-ci seraient infligés par des membres de la famille (enfants ou conjoints). En outre, bien qu'il n'ait pas été possible d'effectuer un rassemblement systématique de données sur le sujet, les rapports journalistiques, les données sur le bien-être social et les études sur une petite échelle, montrent que les mauvais traitements et l'exploitation économique des personnes âgées soulignent encore une fois combien il est difficile d'obtenir des informations précises sur l'incidence et la prévalence de la maltraitance sur la population âgée. On doit, donc, se baser obligatoirement sur des estimations quantitatives du phénomène. En Italie, les types de mauvais traitements les plus fréquents sur les personnes âgées sont les suivants : maltraitance physique, maltraitance psychologique, négligence, abus sexuels, violation des droits fondamentaux, exploitation financière. L'incidence et la prévalence de la maltraitance des personnes âgées dans les institutions sont elles aussi peu claires, à cause de la réticence qui caractérise souvent le comportement des gérants des maisons de retraite. Malgré les difficultés susdites, en Italie la maltraitance d'un homme ou d'une femme âgée est punie pénalement, même si elle ne l'est pas d'une manière spécifique en tant que telle, mais indirectement, au moment où les droits de la personne sont lésés. Ce délit rentre, par conséquent, dans les "délits contre l'assistance familiale", qui sont disciplinés à la fois par l'article 571 (*Abus des moyens de correction ou discipline*) du Code Pénal, selon lequel *quiconque abuse des moyens de correction ou de discipline aux dépens d'une personne qui est soumise à son autorité ou qui lui est confiée pour une raison d'éducation, instruction, soin, surveillance ou garde, ou pour l'exercice d'une profession ou d'un art, est puni, si du fait dérive le danger d'une maladie dans le corps ou dans l'esprit, avec une peine jusqu'à six mois de prison* et par l'article 572 (*Maltraitance en famille ou envers les enfants*) du Code Pénal, qui dispose que *quiconque, hors des cas qui sont indiqués à l'article précédent, maltraite une personne de la famille ou un mineur de moins de quatorze ans ou une personne qui est soumise à son autorité ou qui lui est confiée pour une raison d'éducation, instruction, soin, surveillance ou garde, ou pour l'exercice d'une profession ou d'un art, est puni avec une peine de un à cinq ans de prison*. On peut se référer, en outre, à l'article 643 (*Abus de*

*faiblesse*) du Code Pénal, selon lequel *quiconque, pour se procurer à soi-même ou à d'autres un profit, en abusant des besoins, des passions et de l'inexpérience d'une personne mineure, ou en abusant de l'état d'infirmité ou de déficience psychique d'une personne, même si elle n'est pas interdite et n'est pas habilitée, l'induit à accomplir un acte, qui comporte tout effet juridique nuisible pour elle-même ou pour les autres, est puni d'une peine de prison de deux à six ans et d'une amende de 206 à 2065 Euros*. En Italie, par conséquent, même en l'absence d'une législation spécifique en défense de la personne âgée, il existe toutefois des peines de prison valables.

### **La protection de la santé**

Comme on l'a déjà souligné précédemment, l'Italie est un des pays qui a la plus haute présence de personnes âgées du fait de l'augmentation progressive de l'espérance de vie (78,8 ans pour les hommes et 84,1 ans pour les femmes). Au 1<sup>er</sup> janvier 2011, sur 60 millions d'habitants, 20,3% de la population avait plus de 65 ans. Dans la période qui va de 2001 à 2008, dernière année disponible, le taux de mortalité brut n'a pas subi de grandes variations, en se stabilisant sur des valeurs d'environ 10 pour 1.000 chez les hommes et 9,7 pour 1.000 chez les femmes, bien que le nombre absolu de décès ait augmenté, en passant de 556.892 en 2001 à 581.470 en 2008. L'analyse des taux standardisés dans la période 2001-2008 montre, par contre, une baisse importante de la mortalité : – 13% pour les hommes et –11% pour les femmes. La géographie de la mortalité au niveau régional subit des variations dans les huit années en examen, mais la diminution des taux standardisés observée au niveau national est retrouvée, malgré des valeurs différentes, dans toutes les Régions. Au niveau national, l'espérance de vie à la naissance en 2008 était de 78,8 ans pour les hommes et 84,1 ans pour les femmes, tandis qu'à 65 ans on estimait une survie, respectivement, de 17,9 et 21,6 ans. Si on considère la structure de la population par âge, on signale qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2011 l'indice de vieillesse, c'est-à-dire le rapport entre la population âgée de 65 ans et plus et la population âgée de moins de 15 ans, est égal à 144,5%. Le processus de vieillissement touche toutes les Régions d'Italie, et en particulier celles du Nord et du Centre, pour lesquelles l'indice de vieillesse est bien au-delà du seuil d'égalité, avec des valeurs respectivement de 155,7% et 160,4%. Dans les Régions du Sud, l'équilibre entre les jeunes et les personnes âgées est plus grand, mais il est aussi en train de se modifier en faveur des plus de soixante-quatre ans, avec un indice de vieillesse qui atteint 122,6%. La Campanie (98,7%) est la seule Région avec un excédent de jeunes sur les personnes âgées, tandis qu'à l'opposé la Ligurie (232,0%) est la seule Région qui présente une valeur de l'indice de vieillesse supérieure à 200%. En analysant la structure de la population par âge, au 1<sup>er</sup> janvier 2011 les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 20,3% de la population, les jeunes jusqu'à 14 ans, 14%, et la population en âge actif, 15-64 ans, représente moins de deux tiers du total. Au niveau territorial, dans le Nord et le Centre du pays, les résidents âgés de 65 ans et plus dépassent le pourcentage de 21%. Dans les mêmes répartitions, le pourcentage de jeunes jusqu'à 14 ans se stabilise sur des valeurs de 13,7% pour le Nord et de 13,4% pour le Centre. Dans le Sud et le Mezzogiorno, par contre, le déséquilibre entre jeunes et personnes âgées est encore contenu avec, respectivement, 15,1% et 18,0%, et ceci dans une forme encore plus évidente en ce qui concerne les Iles avec, respectivement, 14,4% et 18,8% (*Tableau 1.2*).

**Tabella 1.2. Indicatori di struttura della popolazione per Regione all'1 gennaio 2011**

Regione	Composizione percentuale			Indici di struttura			
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Piemonte	12,9	64,3	22,9	55,6	35,6	177,7	45,4
Valle d'Aosta	14,0	65,1	20,9	53,5	32,1	149,7	44,2
Lombardia	14,2	65,7	20,1	52,2	30,5	141,1	43,5
Trentino Alto Adige	15,9	65,5	18,6	52,7	28,4	116,8	42,0
PA di Bolzano	16,5	65,6	17,9	52,5	27,3	108,5	41,2
PA di Trento	15,4	65,4	19,3	52,9	29,5	125,4	42,8
Veneto	14,2	65,9	19,9	51,8	30,2	139,8	43,5
Friuli Venezia Giulia	12,6	64,0	23,4	56,2	36,6	186,2	45,9
Liguria	11,5	61,8	26,7	61,8	43,2	232,0	47,7
Emilia Romagna	13,3	64,4	22,3	55,2	34,6	167,2	45,0
Toscana	12,7	64,0	23,3	56,3	36,4	182,9	45,6
Umbria	12,9	64,0	23,1	56,2	36,0	178,8	45,2
Marche	13,3	64,2	22,5	55,8	35,0	168,7	44,8
Lazio	14,0	66,2	19,8	51,0	30,0	142,1	43,4
Abruzzo	13,0	65,8	21,2	52,1	32,3	163,2	44,2
Molise	12,5	65,7	21,9	52,3	33,4	175,8	44,7
Campania	16,4	67,5	16,1	48,1	23,9	98,7	40,2
Puglia	14,8	66,7	18,5	49,9	27,8	125,2	42,1
Basilicata	13,4	66,5	20,2	50,5	30,3	150,6	43,4
Calabria	14,2	67,0	18,8	49,2	28,0	132,0	42,3
Sicilia	15,2	66,3	18,5	50,8	28,0	122,2	41,8
Sardegna	12,3	68,3	19,5	46,5	28,5	158,6	43,8
<b>Italia</b>	<b>14,0</b>	<b>65,7</b>	<b>20,3</b>	<b>52,3</b>	<b>30,9</b>	<b>144,5</b>	<b>43,5</b>
<b>Nord</b>	<b>13,7</b>	<b>65,0</b>	<b>21,3</b>	<b>53,9</b>	<b>32,8</b>	<b>155,7</b>	<b>44,3</b>
Nord-Ovest	13,6	64,9	21,5	54,1	33,2	158,5	44,5
Nord-Est	13,9	65,1	21,1	53,6	32,3	152,0	44,2
<b>Centro</b>	<b>13,4</b>	<b>65,1</b>	<b>21,5</b>	<b>53,6</b>	<b>33,0</b>	<b>160,4</b>	<b>44,4</b>
<b>Mezzogiorno</b>	<b>14,9</b>	<b>66,9</b>	<b>18,2</b>	<b>49,5</b>	<b>27,3</b>	<b>122,6</b>	<b>41,9</b>
Sud	15,1	67,0	18,0	49,4	26,9	119,3	41,7
Isole	14,4	66,8	18,8	49,7	28,1	129,9	42,3

Fonte: Istat – Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile.

Tableau 1.2. Indicateurs de structure de la population par Région au 1<sup>er</sup> janvier 2011

Région	Composition en pourcent			Indices de structure			
	0-14 ans	15-64 ans	65 ans et plus	Indice de dépendance structurelle	Indice de dépendance personnes âgées	Indice de vieillesse	Age moyen
Piémont							
Val d'Aoste							
Lombardie							
Trentin-Haut Adige							
<i>Prov. Autonome de Bolzano</i>							
<i>Prov. Autonome de Trente</i>							
Vénétie							
Frioul-Vénétie-Julienne							
Ligurie							
Emilie-Romagne							
Toscane							
Ombrie							
Marches							
Latium							
Abruzzes							
Molise							
Campanie							
Pouilles							
Basilicate							
Calabre							
Sicile							
Sardaigne							
<b>Italie</b>							
<b>Nord</b>							
Nord-Ouest							
Nord-Est							
<b>Centre</b>							
<b>Mezzogiorno</b>							
Sud							
Iles							

Source : Institut National de Statistique (ISTAT) – Population résidente municipale par sexe, année de naissance et état civil.

En matière d'**aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes**, il faut signaler le **jugement n° 19 du 26 janvier 2009** avec lequel la Cour Constitutionnelle a étendu la possibilité de bénéficier du congé rétribué de deux ans également aux **filis vivants sous le même toit** qui assistent un parent avec un handicap grave, en l'absence d'autres sujets qui soient aptes à s'en occuper.

Le législateur s'est occupé, en outre, d'introduire dans le cadre législatif les indications de la Cour Constitutionnelle (jugement n° 158 du 18 avril 2007 et jugement n° 19 du 26 janvier 2009). En

effet, l'art. 4 du **Décret législatif n° 119 du 18/07/2011** établit que le conjoint qui cohabite avec un sujet avec un handicap dans une situation de gravité (qui est établie aux termes de l'article 4, alinéa 1, de la loi n° 104 du 5 février 1992), a le droit de bénéficier du congé qui est visé à l'alinéa 2 de l'article 4 de la loi n° 53 du 8 mars 2000.

En ce qui concerne la situation des *maladies dégénératives* (maladie d'Alzheimer etc.) en Italie, ainsi que des approfondissements ultérieurs relatifs à l'Aide à Domicile Intégrée, on renvoie au XII<sup>e</sup> Rapport relatif à l'article 11 (*Droit à la protection de la santé*).

**Pourcentage de personnes âgées traitées en Aide à Domicile Intégrée (ADI) par rapport au total de la population âgée (>= 65 ans), par Région – Année 2010**

Code	Région	Pourcentage personnes âgées traitées en ADI	Cas Traités Personnes Agées ADI	Population résidente dans la ASL >=65 ans
010	PIEMONTE	2,16	21.915	1.015.217
020	VAL D`AOSTE	0,43	114	26.637
030	LOMBARDIE	4,27	84.194	1.971.180
041	P.A. DE BOLZANO	0,42	376	89.890
042	P.A. DE TRENTE	3,57	3.617	101.198
050	VENETIE	5,55	54.194	975.726
060	FRIUL-VENETIE-JULIENNE	6,78	19.580	288.821
070	LIGURIE	3,46	15.005	433.408
080	EMILIE-ROMAGNE	11,60	114.325	985.549
090	TOSCANE	2,31	20.065	867.010
100	OMBRIE	7,67	16.001	208.516
110	MARCHES	3,53	12.373	350.016
120	LATIUM	4,68	52.598	1.123.067
130	ABRUZZES	4,91	13.984	284.764
140	MOLISE	3,30	2.317	70.189
150	CAMPANIE	2,12	19.657	929.087
160	POUILLES	1,80	13.431	744.808
170	BASILICATE	5,03	5.946	118.274
180	CALABRE	2,82	10.605	375.714
190	SICILE	1,52	14.127	928.359
200	SARDAIGNE	2,52	8.051	319.073
	<b>ITALIE</b>	<b>4,12</b>	<b>502.475</b>	<b>12.206.503</b>

La seule Agence Sanitaire Locale (ASL) qui a déclaré ne pas avoir activé le service ADI pour l'année 2010 est celle de LOCRI (Calabre).

*Elaborations :*

Ministère de la Santé - Direction Générale du Système Informatif et Statistique Sanitaire – Bureau de statistique

*Sources :*

Formulaire FLS21 - cadre H ; Cas de personnes âgées traitées en ADI.

Réseau d'assistance : Correspondances ASL-Communes

Population ISTAT résidente au 1<sup>er</sup> janvier 2010 d'un âge supérieur ou égal à 65 ans

**Pourcentage de personnes âgées traitées en Aide à Domicile Intégrée (ADI) par rapport au total de la population âgée (>=65 ans), par Région : Années 2005 - 2010**

Code	Région	Cas de Personnes Agées traitées en ADI					
		2005	2006	2007	2008	2009	2010
010	PIEMONTE	1,81	1,53	1,77	1,92	2,31	2,16
020	VAL D`AOSTE	0,15	0,20	0,31	0,45	0,38	0,43
030	LOMBARDIE	3,27	3,52	3,66	4,01	4,11	4,27
041	P.A. DE BOLZANO	0,31	0,40	0,55	0,00	0,41	0,42
042	P.A. DE TRENTE	0,85	1,33	1,02	1,04	1,10	3,57
050	VENETIE	5,06	5,14	6,42	6,07	4,85	5,55
060	FRIUL-V.-J.	9,16	8,64	8,32	8,43	8,82	6,78
070	LIGURIE	3,17	3,07	3,23	3,23	3,45	3,46
080	EMILIE-ROMAGNE	5,41	5,59	5,72	6,08	8,36	11,60
090	TOSCANE	2,99	2,13	2,12	2,02	2,22	2,31
100	OMBRIE	4,16	4,06	4,32	5,08	7,60	7,67
110	MARCHES	3,37	3,66	3,89	4,14	3,63	3,53
120	LATIUM	3,88	3,53	3,88	3,51	4,00	4,68
130	ABRUZZES	2,09	3,45	3,66	4,21	4,78	4,91
140	MOLISE	6,10	5,44	3,72	2,16	2,44	3,30
150	CAMPANIE	1,39	1,16	1,63	1,75	1,86	2,12
160	POUILLES	2,05	1,63	1,62	1,86	2,05	1,80
170	BASILICATE	3,92	4,35	4,32	4,01	5,07	5,03
180	CALABRE	1,64	2,49	2,76	2,56	2,54	2,82
190	SICILE	0,80	0,96	1,02	0,95	1,08	1,52
200	SARDAIGNE	1,10	1,29	1,20	2,06	2,37	2,52
	<b>ITALIE</b>	<b>3,06</b>	<b>3,04</b>	<b>3,28</b>	<b>3,35</b>	<b>3,67</b>	<b>4,12</b>

La seule ASL qui a déclaré ne pas avoir activé le service ADI pour l'année 2010 est celle de LOCRI (Calabre).

*Elaborations :*

Ministère de la Santé - Direction Générale du Système Informatif et Statistique Sanitaire – Bureau de statistique

*Sources :*

Formulaire FLS21 - cadre H ; Cas de personnes âgées traitées en ADI.

Réseau d'assistance : Correspondances ASL-Communes

Population ISTAT résidente au 1<sup>er</sup> janvier 2010 d'un âge supérieur ou égal à 65 ans

**Le logement**

En ce qui concerne les politiques relatives au logement en faveur des catégories défavorisées et, donc, de la population âgée, il faut se référer au Décret du Président du Conseil des Ministres du 16 juillet 2009 (*Plan National de Construction de Logements*) qui prévoit, à l'article 1, alinéa 1, point e), des programmes intégrés de promotion de construction résidentielle et sociale. L'article 4 du Plan dispose, toutefois, que les ressources disponibles qui sont finalisées à la construction de logements doivent être subdivisées selon des accords de programme avec les Régions et les

Communes. En fonction des nécessités de logements locales effectives, chaque Collectivité gère les ressources qui lui sont destinées.

**Un exemple dans ce sens peut être représenté par le Programme d'intervention coordonné dans la Région du Latium pour la construction de logements en faveur de catégories sociales défavorisées, qui est prévu par le Plan National de Construction de Logements.** Le montant total est d'environ 45 millions d'euros, subdivisé en plus de 38,5 millions de financement de l'État et environ 6,4 millions de cofinancement régional. Avec cette disposition, on donne aussi le feu vert à la proposition d'Accord de Programme qui devra être souscrite, après avoir obtenu l'avis favorable du Comité Interministériel pour la Programmation Économique (CIPE), avec le Ministère des Infrastructures et des Transports. La Région du Latium s'aligne, ainsi, sur les autres Régions qui ont déjà stipulé avec le Ministère l'Accord qui prévoit des fonds publics à destiner aux politiques du logement. La disposition permet à la Région du Latium de réaliser des logements à destiner à des ménages à faible revenu, à des jeunes couples et à des personnes âgées, à des étudiants non-résidents mais aussi aux expulsés pour retard dans les paiements et aux immigrés réguliers à faible revenu et qui résident en Italie depuis au moins dix ans.

Des initiatives de cette nature concernent et ont concerné la plupart des Régions italiennes et sont encore en cours de réalisation.

### Services et avantages

Une mesure de soutien aux personnes âgées de plus de 65 ans est la **Carte d'Achats** ou **Social Card** qui a été introduite avec le décret-loi n° 112 de 2008. Pour l'année **2012 aussi**, il sera possible de demander une nouvelle **Carte d'Achats** ou **Social Card**, qui pourra être cumulée à celle qui avait été obtenue en 2008 et introduite à titre expérimental. La Carte d'Achats est totalement **gratuite** et fonctionne comme une carte de paiement électronique normale, avec la différence que les dépenses, au lieu d'être débitées au titulaire de la carte, sont débitées et payées directement par l'État. La **Social Card** expérimentale ira aussi à l'avantage des citoyens extracommunautaires qui sont titulaires d'un "permis CE pour résidents de longue durée" (la soi-disant "carte de séjour"). Elle vaut **40 Euros par mois** et est chargée tous les deux mois avec 80 €. Elle peut être utilisée pour la dépense sanitaire et alimentaire, dans les établissements commerciaux conventionnés et habilités au circuit Mastercard, et permet même de payer les quittances de gaz et d'électricité dans les Bureaux de Poste.

Pour plus d'approfondissements sur ce sujet, on renvoie au XII<sup>e</sup> Rapport relatif à l'article 30 (*Droit à la protection contre la pauvreté et l'émargination sociale*).

**ARTICLE 30**

**THE RIGHT TO PROTECTION AGAINST  
POVERTY AND SOCIAL EXCLUSION**

## **National Regulatory Framework.**

- Constitution of the Italian Republic.
- Law n. 482/1968 Compulsory work placement of people with disabilities.
- Law n. 118/71, “*Conversion of Legislative Decree n° 5, 30 January 1971, into law and new regulations concerning disabled persons*”.
- Law n. 517/77, articles 2 and 7, “*Regulations on the evaluation of students and on the abolition of re-sitting exams as well as other regulations modifying the school system*”.
- Law 13/1989 on removing architectural barriers.
- Framework law n. 104/92 for the assistance, social integration and rights of handicapped persons (contents set in order with modifications introduced by laws n° 162 of 1968, n° 17 of 1999 and n° 53 of 2000).
- Law n. 447/1997 National Fund for Social Policies.
- Programming department, *Guidelines for rehabilitation activities*, Ministry of Health – Rome, Italy 1998.
- Law n. 68/99, “*Regulations for the right of disabled people to work*”  
Initial indications for the implementation of law n°68, 12 March 1999 initiating: "Regulations for the right of disabled people to work", Ministry of Labour and Social Security.
- Law n° 68, 12 March 1999, initiating: "Regulations for the right of disabled people to work", published in the official Journal n° 68, ordinary supplement n° 57/L. Modifications to the rules and regulations of law n° 482, 2 April 1967".  
Circular n° 77 from the Ministry of Labour and Social Security, 24 November 1999.
- Framework law n.30/00, “*Framework law on the matter of reforming the learning cycle*”.
- Law n.62/00, “*Regulations for equality at school and dispositions on the right to study and learn*”.
- Framework law n.328/00, “*Framework law to implement the integrated system of social actions and services*”.
- Interministerial Decree. 28/12/07 “*Electricity Bonus*”.
- Decree Law n.112/08 “*Social Card*”.
- Law n.185/08 “*Family Bonus*”.
- Decree Law n.78/09 “*Fund for Social Policies of Regional Relevance*”.
- Law n.183/11 “*Credit Fund for the New Born*”.

- Guidelines of the General Directorate for Development concerning women and minors. (Ministry of Foreign Affairs).

### **Resources deployed.**

As explained in the previous report, submitted by the Italian government, the main financial instruments used to combat poverty and social exclusion are Public Finances and EU funds (European Structural Funds, etc.).

With the **National Fund for Social Policies** (Fondo Nazionale per le Politiche Sociali ), established by act n° 447/1997 (Budget bill 1998), the Italian Government annually allocates resources through the “annual budget bill” promoting policies in tackling poverty and social exclusion. Through an Interministerial Decree issued by the Ministry of Labor and Social Affairs and the Ministry of Economy and Finance, in agreement with the unified Conference (State, Regions, Provinces, Municipalities), financial resources are allocated for social policies and given to INPS (national institute of social insurance), Regions, Provinces, Municipalities and to the Ministry of Labor and Social Policies.

With Decree Law n° 78/2009, converted and amended into law n°102/2009, a “**Fund for Social policies of Regional relevance**” with an annual budget of 300 million euro minimum, has been created- c/o Ministry of Economy and Finance. This is a sneak preview of all those measures linked to the start of the **Federalizing Process in Italy**, as outlined by **act 42/2009** which sets rules and principles on fiscal federalism according to art.119 of the revised Constitution, with the aim of ensuring access to social rights and related benefits and services all over the country in conformity with art.117 lett. m of the revised Constitution.

The Act strikes a balance between needs of regional and local Governments’ financial autonomy and of solidarity. It stresses the need for the efficient use of resources at any level of Government. Health, education and social services account for broadly 80% of regional budgets and their financial needs are fully covered provide that Regions keep efficient. The territorial authorities must be put in a position to be able to effectively perform the functions assigned to them and, in order to do so, they need autonomy in terms of income and expenditure.

The gradual elimination of the historical cost criterion, in favour of the “**standard cost**” criterion, on the basis of which the cost for the provision of a regional function (connected to the essential levels of services concerning civil and social rights pursuant to art 117 lett. m Const.) **is established on a preliminary basis and must be the same throughout the whole Country**, represents something absolutely innovative. This desirable passage is necessary due to the fact that it is no longer acceptable, especially considering the current economic crisis, for the same services to have such hugely different costs depending on the area in which they are performed.

It is a new and ambitious approach difficult to implement, both to standard levels of service and standard costs, different methodologies to define these fundamental ingredients of fiscal federalism yield very different results. Nevertheless it is an approach that links and integrates policies in a consistent way in an overall way to fight social exclusion and poverty. This is a crucial time for the Italian system, to implement federalism but above all to improve the overall performance of the public system for citizens, families and businesses. It should be noted that this is a gradual and slow process.

### **Poverty in Italy in 2009.**

ISTAT (national bureau of statistics) disseminates the relative and absolute poverty estimates for the households residing in Italy, based on 2009 Households Budget Survey data. Being sample estimates, they are affected by sampling error: small differences can be statistically insignificant.

Absolute poverty is calculated by ISTAT, on the basis of a poverty line that corresponds to the minimum monthly expense necessary to acquire the basket of goods and services that, in the Italian context, are considered essential to achieve a standard of living minimally acceptable.

The relative poverty line for a family of two components, in Italy, is equal to the average monthly spending per person.

In 2009 the relative poverty incidence was equal to 10.8%, whereas the absolute poverty to 4.7%. Taking into account the sampling error, the phenomenon was stable in comparison with 2008.

The South and the Islands confirmed the incidence levels reached in 2008 (22.7% for relative poverty, 7.7% for absolute poverty) and it showed an increase for the absolute poverty intensity (from 17.3% to 18.8%): the number of absolutely poor households stays almost the same, but their average conditions worsened.

The poverty incidence increased, from 2008 to 2009, among the households with a worker as reference person, both in relative (in the Centre from 7.9% to 11.3%) and in absolute terms (at the national level from 5.9% to 6.9%).

In Italy, the incidence decreased among the households headed by a self-employed, from 11.2% to 8.7% for relative poverty, and from 4.5% to 3.0% for absolute poverty, households more concentrated in the North in comparison with 2008.

### **The relative poverty rate.**

In 2009, families living under the poverty threshold were 2 million 657 thousand, representing 10% of resident families. This is roughly about 7 million 810 thousand poor; 13,1% of the entire population. The relative poverty line was equal to 983.01 Euro, almost 17 Euro lower than the 2008. In 2009, in fact, the consumption expenditure showed a decrease in real terms, more marked for households with medium-high expenditure levels. The condition of the households with the lowest expenditure levels didn't get worse in comparison with the other households.

Poverty is still widespread amongst families in the "Mezzogiorno area" (the southern Italian regions). The proportion of poor families living in difficult circumstances is far greater than the rest of the country: Sicily 24.2%; Campania and Basilicata 25.1%; Calabria 27.4%.

Poverty was unchanging for this crisis year, due to the fact that 80% of the employment decrease in the job market involved young people, mainly living with their parents. So the household itself softened the crisis effects by protecting the young people that had lost their job. Also the Wages Guarantee Fund (Cassa Integrazione Guadagni), protected those parents that were dismissed (they represent the majority among people receiving social security in 2009).

### **The absolute poverty rate.**

In 2009, 1 million 162 thousand families were considered "undeniably poor", representing 4.7% of resident families, for a total of 3 million 174 thousand poor individuals. Resident families with monthly spending levels lower than the standard level.

## **Poverty in Italy 2010.**

In 2010 the relative poverty incidence was equal to 11%, whereas the absolute poverty to 4.6%. Taking into account the sampling error, the phenomenon was stable in comparison with 2009. The relative poverty threshold, for a two-member household, was equal to 992.46 Euro, around 9 Euro higher than the 2009 threshold (+1%).

The relative poverty increased among households of 5 and more components (from 24.9% to 29.9%), households with aggregated members (from 18.2% to 23%) and single parent households (from 11.8% to 14.1%). The situation of the households with aggregated members (other typology households) worsened also in terms of absolute poverty (from 6.6% to 10.4%).

In the South and Islands, the relative poverty among the households with three or more minor children increased from 36.7% to 47.3%.

In Italy, the incidence for relative poverty increased among the households headed by a self-employed (from 6.2% to 7.8%) or by a person with a medium or high educational level (from 4.8% to 5.6%), following the worsening observed in the South and Islands (from 14.3% to 19.2% and from 10.7% to 13.9% respectively) especially for self-employed workers (from 18.8% to 23.6%). Among the households with a qualified or graduated reference person also absolute poverty increased (from 1.7% to 2.1%).

The condition of the households headed by a retired person with at least one member who has never worked and is not searching for a job, essentially couples of elderly with only one retirement income, worsened both in terms of relative and absolute poverty (from 13.7% to 17.1% and from 3.7% to 6.2%).

A better condition in relative terms is observed, in the Centre, among the households with two or more elderly persons (from 10.5% to 7.1%).

The absolute poverty decreased for couples headed by a person with less than 65 years (from 3.0% to 1.9%), as result of the fact that, for this household typology, the presence of couples with two income receivers increased.

## **The relative poverty rate.**

In 2010, families living under the poverty threshold were 2 million 734 thousand, representing 11% of resident families. This is about 8 million 272 thousand poor individuals; 13,8% of the entire population.

The relative poverty threshold, for a two-member household, was equal to 992.46 Euro, around 9 Euro higher than the 2009 threshold (+1%).

Those two-member households that have monthly spending levels equal or lower than that amount are classified as poor. Relative poverty continues to be widespread in the southern Italian regions, in particular within those families with three or more children, especially if under age.

## **The absolute poverty rate.**

In 2010, 1 million 156 thousand were considered “undeniably poor”, representing 4.6% of resident families, for a total of about 3 million 129 thousand poor individuals (roughly 5.2% of the entire population). Resident families with monthly spending levels lower than the standard level.

### **Poverty in Italy 2011.**

In 2011 the relative poverty incidence was equal to 11.1%, whereas the absolute poverty to 5.2%. Taking into account the sampling error, the phenomenon was stable in comparison with 2010. The relative poverty threshold, for a two-member household, was equal to 1.011,03 Euro. The average income in Italy is about 1.400 Euro.

The relative poverty increased in households without employed or retired members (from 40.2% to 50.7%) or where all the members are retired (single or couples), from 8.3% to 9.6%. The situation of the households with all retired members worsened also in terms of absolute poverty (from 4.5% to 5.5%).

The absolute poverty increased in the households headed by a retired person (from 4.7% to 5.4%) especially if, without employed, at least one member is looking for a job (from 8.5% to 16.5%).

The condition worsened, in terms of absolute poverty, for households headed by a person with low professional profiles and/or education levels: households headed by workers (from 6.4% to 7.5%), with low (from 8.3% to 9.4%) or medium educational level (from 5.1% to 6.2%).

Poverty increased also among couples with a minor child, both for relative (from 11.6% to 13.5%) and absolute poverty (from 3.9% to 5.7%).

Compared to the stability observed in the North and the Centre, in the South and Islands the intensity of relative poverty increased (from 21.5% to 22.3%). In this geographical area, the mean equivalent consumption expenditure is equal to 785.94 Euro, whereas in the North its 827.43 Euro and in the Centre its 808.72 Euro.

### **The relative poverty rate.**

In 2011, there are 2 million 782 thousand families living in relative poverty, representing 11.1 % of resident families (one in ten families). This translates into roughly 8 million 173 thousand individuals; 13.6 % of the entire population. Poverty is still widespread in southern Italy especially among households with three or more children, and headed by a person with low educational level or with low occupational job profile.

In the less well-off southern regions, one in four families were relatively poor in 2011.

### **The absolute poverty rate.**

In 2011, in Italy there are 1 million 297 thousand families living in absolute poverty, representing 5.2% of resident families (a figure virtually unchanged from 2010) for a total of 3 million 415 thousand individuals; 5.7% of the entire population.

Some of the highest poverty rates were recorded in Sicily and Calabria, according to the ISTAT report. In these two regions almost 8% of families were considered to be living in absolute poverty.

As explained previously, conditions worsened for those households headed by a person with low educational level or with low occupational job profile, and among couples with a minor child. Poverty increased among households of 5 and more components and also for households with aggregated members.

### **Measures taken to combat poverty and social exclusion.**

Since the end of 2008 a set of interventions was carried out aimed at combating poverty and social exclusion, which also targeted the elderly population. In particular, we describe the following actions:

**Social Card.** The Social Card (introduced by Decree Law No. 112, 25 June 2008, ratified by Law No. 133, 6 August 2008) is a magnetic card, funded by public funds and private donations, distributed by the Italian Mail Company, which gives poor people the opportunity to make purchases in partner shops or pay utility bills.

The Social Card, which entitles to a monthly expenditure of 40 euro, is addressed to persons over 65 and children under 3, who live in households with an income and an **ISEE** ("Equivalent Economical Situation Indicator", a means for measuring the economic conditions of families, taking into account the income, personal and real estate assets, and number of dependent family members) very low.

Elderly beneficiaries must have a pension lower than 6,000 euro (8,000 if aged 70 years or more), their ISEE must have a value lower than 6,000 euro, they should not be owner of more than one house and have a financial holdings lower than 15,000 euro.

The Social Card program, according to the analysis conducted by the Commission of Inquiry on Social Exclusion, has reduced the spread of absolute poverty of Italian households.

**Family Bonus.** The "Extra bonus for families, workers, retirees and non autonomous persons" (introduced by Law 29 November 2008, No. 185), is designed to support the income of households composed by employees and retirees. The admission requirement is to receive an income from employment or pension. Despite a substantially equal division between North and South, the average amounts of the bonus are higher in Southern Italy and in the major islands.

**Credit Fund for the new born.** Parents whose children are born or adopted in the years 2009, 2010 and 2011, may apply for a loan of 5000 euro at a low interest rate, with a 5 year reimbursement plan. The Italian Government through the creation of this fund, in the care of the "Department of family policies", guarantees up to 50% of the loan in case of payment insolvency to banks or financial institutions (section 4, paragraph 1 and 1 bis of Decree Law n°185 dated 29 of November, 2008, converted and amended into law n° 2 dated 28 of January, 2009).

This measure is extended to all legally resident aliens. The banks or financial institutions can, at their discretion and assessing the permit to stay of the applicant, grant the loan.

The measures relating to the Credit Fund have recently been extended also to those children born in 2012, 2013 and 2014. (section 12 of Act N°183 dated 12 November, 2011).

**Electrical Bonus.** It is a support measure introduced in 2007 by the Ministry of Economic Development and defined by the Regulatory Authority for Electricity and Gas of Italy. The bonus will enable low-income families, large families, and sick people who use electromedical equipment to obtain a discount on their electricity bills ranging from 60 to 150 euro a year.

Those eligible for the bonus are all domestic consumers with an electricity supply contract solely for their place of residence with an ISEE indicator no higher than 7.500 Euro, for a number of up to 4 family members at the same residence, with a committed power capacity of 3kW; large families with 4 or more dependent children and an ISEE no higher than 20.000 Euro, with a committed power capacity of 4.5kW.

All applications for the electricity bonus must be submitted to the proper offices of the Municipality place of residence.

**Abolition of Municipal Property Tax on main place of residence (ICI).** In 2008 the abolition of this local tax (imposta comunale sugli immobili) on the main property favored low income households living in poverty. Recently Monti's measures for Italy saw the introduction of an IMU (Imposta Municipale Unificata) property tax on primary residences.

Measures have been introduced to lighten the burden on poorer families. Apart from a flat 200 euro discount on all individual resident taxpayers main homes, a further deduction of 50 euro is granted for each dependent child up to the maximum amount of 400 euro.

The taxable value for IMU is calculated based on the cadastral values -i.e., standard values- attributed to each property in the official register.

### **Italy's commitment on the implementation of the UN Convention on the rights of people with disabilities.**

The rights of persons with disabilities come under the sphere of fundamental human and civil rights. In line with this assumption, disabled people have the right to develop their individual capacities, to pursue full integration in their own socio-cultural context.

Therefore initiatives dedicated to disabled people must include specific actions to battle against social exclusion and economic marginalization. Furthermore, the possibility of recovering and socially integrating the person is increased if special attention is paid to the disability from childhood.

Italy ratified the UN Convention on the rights of people with disabilities and its Optional Protocol by Act n. 18/2009. This Act establishes a national Observatory on the situation of persons with disabilities, in compliance with article 33 of the Convention, to promote the integration of persons with disabilities and protect their human rights and fundamental freedoms (in line with principles enshrined in art. 1.1 and 4.1 of the Convention).

The Observatory – a collegial body run by the Minister of Labour and Social Policy – includes representatives of the following groups: the central authorities in charge of disability policies; the Italian regions and the autonomous provinces of Trento and Bolzano; the provinces and the municipalities; the social security institutes; the National Institute of Statistics; trade unions, workers, retirees, and employers; national associations representing persons with disabilities;

It has been tasked with the following duties:

- to promote implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities and draft a report on the measures taken pursuant to article 35 of the Convention, together with the Inter-Ministerial Committee on Human Rights;
- to draft a two-year plan of action for the promotion of the rights and integration of persons with disabilities, in compliance with both international and domestic law;
- to collect statistical data on the situation of persons with disabilities, also considering diversities at the local level;
- to draft the biennial report to the Parliament on the implementation of policies in the field of persons with disabilities, as provided for by article 41 par. 8, of Act 104/1992;
- to promote studies and research that help identify priority areas for actions and programs for the promotions of the rights of persons with disabilities.

The Observatory is financed through the National Fund for Social Policies with 500.000€ per year, from 2009 to 2014.

It should be noted that most of this information regarding disabled people, point at issue, has been explained in our previous report on 2010 (article 15).

The European Committee of Social Rights, in its conclusions 2009, takes note that the situation in Italy is not in conformity with article 30 of the Revised Charter on the ground that it has not been established that there is an overall and coordinated approach to combating poverty and social exclusion.

In response to the situation of non-conformity, meaningful information is herein provided.

The reform of **Title V, part two, of Italy's Constitution** as brought about by **Constitutional act n°3/2001** introduced substantial innovations into the organization of public authorities in Italy.

The act marked the shift from a centralized to a multi-polar system of institutions, whose main feature consists in its being multilevel in nature. Regions are called upon to become policy-making bodies in charge of steering and planning activities for the respective territories. In this perspective, the role played by autonomies is especially highlighted in order to tangibly implement the relevant principle as set forth in article 5 of Italy's Constitution.

The aforementioned law has also modified the arrangement of the institutional jurisdiction between State and Regions, in response to the principles of subsidiarity (art.118.Const.) The new structure foresees that local public authority are to be picked out in delivering the necessary services and benefits, since this allows increasing visibility of the bodies that deal with the smallest areas and are closest to the citizens.

Thus, the constitutional reform has changed the roles played by the bodies making up the Republic. There is no longer any general law-making and administrative competence vested in the State, as the law-making powers of Regions have been expanded, on the one hand, and general regulatory and administrative powers have been conferred, in principle, on the bodies below the State.

Accordingly, regions will have to implement decision-making and procedural mechanisms that take due account of **different regional and local interests**.

Given this new scenario an effort has been made to deal with all those unresolved issues, since the Constitutional reform of Title V, to ensure a certain degree of uniformity at regional level, as to achieve in Italy an overall and coordinated approach in promoting access to social rights.

**Article 13** ( Livelli essenziali delle prestazioni e obiettivi di servizio), of **Legislative Decree n° 68/2011**, clearly states that “**essential level of benefits must be provided all over the country**”, in conformity with **art. 117 lett. m. of the revised Italian Constitution**.

These policy objectives with explicit targets on public services provision, are linked with the National Strategic Reference Framework 2007-2013 (Italian regional development policy) which encloses an innovative initiative aimed at improving quality and availability of public services of key importance for citizens’ well-being and relevant for regional policy action. The achievement of adequate standards in specific areas is the parameter used to judge the effectiveness of cohesion policies, as these are essential quality-of-life services that help determine a Region’s level of development.

With persistent regional disparities, especially between Southern Italy and the rest of the country, the National Strategic Reference Framework makes specific reference to the ultimate goals of development policies through the establishment of appropriate indicators with binding targets to be met in 2013 by the regions of the South.

