



European
Social
Charter

Charte
sociale
européenne



7/03/2017

RAP/RCha/ITA/16(2017)

CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

16e rapport sur la mise en œuvre de la
Charte sociale européenne
soumis par

LE GOVERNMENT DE L'ITALIE

Articles 3, 11, 12, 13, 14, 23 et 30 pour la période
01/01/2012 - 31/12/2015

Rapport enregistré par le Secrétariat le

7 mars 2017

CYCLE 2017

ARTICLE 3

Droit à la sécurité et à l'hygiène au travail

§.1

Ci-après est reportée la réponse écrite sur la première raison de non-conformité concernant ce paragraphe, envoyée en 2014.

“Sur la base de ce qui a été souligné par le Comité européen des droits sociaux sur **l’absence d’une politique nationale adéquate en matière de santé et de sécurité au travail**, sans préjudice de ce qui a déjà été indiqué précédemment (notamment dans la réponse au cas de non-conformité et dans le rapport 2012), il est exposé ce qui suit.

Les conclusions indiquent que le Comité d’experts a pleinement reconnu les dispositions contenues dans le décret législatif n° 81 du 9 avril 2008 (Texte unique sur la santé et la sécurité au travail), qui a défini, pour la première fois, un système permettant de formuler une politique nationale sur la santé et la sécurité au travail.

La réforme de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail n’a été réellement mise en œuvre qu’après l’entrée en vigueur du décret susmentionné, à travers le décret législatif n° 106 du 3 août 2009 (*Dispositions complétant et rectifiant le décret législatif n° 81 du 9 avril 2008 en matière de protection de la santé et de la sécurité au travail*) et, plus récemment, avec le décret-loi n° 69 de 2013 (“*décret de l’action*”, converti en loi n° 96/2013), ayant permis au système national de discussion, de définition et d’application de lignes directrices et de politiques en la matière d’être concrètement mis en œuvre.

Ce système a été créé pour que chaque action en matière de santé et de sécurité au travail suive nécessairement des lignes directrices communes, de sorte que les activités correspondantes soient plus efficaces.

Il convient également de souligner que l’existence réelle d’une stratégie efficace de lutte contre les accidents ne se fait pas seulement à travers la modernisation et l’achèvement du cadre juridique de référence qui vient d’être décrit et à travers la participation des partenaires sociaux, mais également à travers une série d’actions en étroite collaboration avec des sujets publics et privés, dans le but d’améliorer la prévention et les niveaux de protection dans tous les milieux de travail.

Toutes les interventions proposées garantissent, dans tous les cas, le respect des niveaux de protection actuellement assurés aux travailleurs et à leurs représentations dans tous les milieux de travail et à tout endroit du territoire national, et, en même temps, de la répartition équilibrée des compétences en la matière entre l’État et les régions.

Dans ce contexte, un rôle extrêmement important au sein des organismes institutionnels est notamment exercé par la Commission consultative de santé et de sécurité au travail¹. Comme on le sait, à la Commission sont attribuées d’importantes compétences en matière de santé et de sécurité (par exemple : *l’élaboration des procédures normalisées pour l’appréciation des risques dans les petites et moyennes entreprises, l’élaboration des orientations méthodologiques pour l’appréciation*

¹ Officiellement créée par le décret ministériel du 3 décembre 2008, elle est composée, de manière tripartite, de représentants de l’État, des régions et des partenaires sociaux (pour un total de 40 membres, de 10 représentants de l’État, 10 des régions, 10 des organisations des employeurs et 10 des organisations syndicales).

du risque de stress corrélé au travail ou encore la définition des critères de qualification des formateurs), conformément à l'art. 6 du décret législatif n° 81/2008.

Dans le cadre de cette activité intense, l'élaboration d'un document issu de longues discussions approfondies au sein de la commission consultative et contenant les "*Propositions pour une stratégie nationale de prévention des accidents au travail et des maladies professionnelles*" a été particulièrement importante.

Dans ce document, approuvé lors de la réunion tenue en mai 2013, toute une série d'activités de promotion de la prévention des accidents et des maladies professionnelles a été identifiée, en partant du cadre juridique en vigueur en la matière et des initiatives en cours. Ces activités seront ensuite proposées, dès 2013 et au cours des années suivantes, sous la forme d'une véritable stratégie nationale pour la santé et la sécurité au travail.

Tout d'abord, comme cela a souvent été souligné par les autorités italiennes, même sur la scène internationale, l'un des engagements prioritaires que l'Italie est appelée à poursuivre est la lutte contre les accidents et les maladies professionnelles, qui devra être mise en œuvre avec force et en respectant les stratégies communautaires en la matière.

À cet égard, il convient de noter, même en réponse à une demande spécifique du Comité d'experts, que la réduction du nombre total d'accidents atteinte en Italie est tout à fait cohérente avec l'objectif (baisse de 25% des accidents au cours des cinq ans) identifié par la *stratégie européenne en matière de santé et de sécurité au travail pour la période 2007-2012*², comme le montrent les données du tableau ci-dessous.

*<La stratégie se réfère expressément au **taux standardisé d'incidence des accidents**, calculé directement par Eurostat pour chaque État membre, qui représente le nombre d'accidents au travail indemnisés (déduction faite des cas ayant eu lieu sur le trajet) survenus au cours de l'année pour 100 000 travailleurs, en faisant référence aux 13 secteurs de la classification des activités économiques NACE Rév. 2.>*

² La **COMMUNICATION DE LA COMMISSION AU PARLEMENT EUROPÉEN, AU CONSEIL, AU COMITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIAL ET AU COMITÉ DES RÉGIONS** - COMMISSION EUROPÉENNE - Bruxelles, 21.2.2007

COM(2007) 62 déclare que :

"Une réduction continue, durable et homogène des accidents du travail et des maladies professionnelles reste le principal objectif de la stratégie communautaire pour la période 2007-2012.

Le Commission estime que l'objectif général de cette période devrait être une réduction de 25% (pour 100 000 travailleurs) de l'incidence des accidents du travail au niveau de l'UE-27."

Taux standardisés d'incidence des accidents (pour 100 000 travailleurs)						
par États membres : années 2007-2011						
États membres	2007	2008	2009	2010	2011	Var. % 2011/2007
Italie	2.674	2.362	2.330	2.200	2.092	-21,8
Source : Eurostat - 13 sections communes Nace Rév. 2						
Remarque : accidents avec absence du travail d'au moins 4 jours, hormis les accidents survenus sur le trajet						
L'année 2012 n'est pas encore disponible						

La variation calculée pour la période 2007-2011 indique, pour l'Italie, une baisse de 21,8% du taux d'accidents. Même si les données de 2012 n'ont pas encore été publiées par Eurostat (mais il est certain que la tendance à la baisse a continué même pour cette année-là), une baisse proche de 25% est attendue sur la période 2007-2012 pour notre pays.

C'est un résultat certainement encourageant pour l'Italie qui continuera son activité en cours visant à renforcer l'efficacité des actions de prévention des accidents et des maladies professionnelles, afin d'atteindre, au fil des ans, non seulement la consolidation mais également l'augmentation de l'évolution statistique jusqu'à la limite souhaitée indiquée ci-dessus.

En se référant notamment à la conception et à la réalisation d'initiatives de prévention à l'échelle nationale et territoriale, le système institutionnel, défini par le "texte unique" sur la santé et la sécurité au travail, a créé une *gouvernance* sur une base tripartite des activités en matière de santé et de sécurité au travail. Comme on le sait, il permet aux administrations publiques (régions et Ministères, avec l'aide de l'INAIL - institut national italien d'assurance contre les accidents du travail) d'identifier et de partager avec les partenaires sociaux des lignes directrices d'activité et de surveillance uniformes sur tout le territoire national, à travers le renforcement de l'action de coordination des activités de prévention des accidents et des maladies professionnelles.

L'objectif est d'abord d'accroître l'efficacité de l'action publique pour l'amélioration des niveaux de protection des travailleurs, en garantissant l'aide publique en faveur de la santé et de la sécurité au travail et en évitant le chevauchement et la duplication des interventions des sujets qui en sont institutionnellement chargés, tout en respectant pleinement les compétences régionales.

Pour atteindre cet objectif, le décret législatif n° 81/2008 a identifié, à l'échelle nationale et régionale, des lieux spécifiques de confrontation entre les sujets publics appelés à formuler les politiques et à programmer les actions en matière de santé et de sécurité au travail.

Le "texte unique" a ainsi prévu la création du *Comité pour l'orientation et l'évaluation des politiques actives et pour la coordination nationale des activités de surveillance* (article 5) ayant déjà été mentionné, où les administrations publiques, nationales et régionales, partagent les grandes lignes de leurs politiques de prévention et de surveillance.

Ce Comité est donc le lieu où les administrations compétentes en la matière coordonnent entre elles, dans un contexte unitaire, les activités visant à assurer aux citoyens les niveaux essentiels d'assistance et ceux de surveillance.

Cet organisme, créé en 2009 et dont le siège se trouve auprès du Ministère de la Santé, a rédigé, à partir de 2012, plusieurs documents partagés entre les composants du Comité, visant à poursuivre des objectifs cohérents selon des orientations uniformes sur le territoire national, en ce qui concerne les activités des sujets publics, notamment les activités de surveillance.

Il convient en particulier de signaler les documents suivants :

- l'“acte d'orientation” pour les politiques actives en matière de protection de la santé et de la sécurité au travail, approuvé le 20 décembre 2012 par la Conférence permanente pour les relations entre l'État, les régions et les provinces autonomes de Trente et de Bolzano ;

- les “Indications destinées aux comités régionaux de coordination pour la définition de la programmation pour l'année 2013 des activités de surveillance aux fins de leur coordination”.

Les articles 6 et 7 du décret législatif n° 81/2008 définissent les tâches et les fonctions respectives de la *Commission consultative pour la santé et la sécurité au travail* et des *Comités régionaux de coordination*, ces derniers étant coordonnés par les régions et par les provinces autonomes de Trente et de Bolzano et avec la participation représentative des institutions, des organismes et des instituts compétents en matière de santé et de sécurité, ainsi que celle des partenaires sociaux.

Il convient également de noter la création d'une commission pour les “rescrits”, prévue par l'article 12 du décret législatif n° 81/2008, où l'État et les régions s'expriment sur des questions d'ordre général relatives à l'interprétation des dispositions en matière de santé et de sécurité, à travers des avis qui orientent les organes de surveillance sur tout le territoire national. L'activité de cette commission se déroule entièrement auprès du Ministère du travail et des politiques sociales et, à partir de 2012, la commission a commencé à rédiger les réponses correspondantes qui ont été publiées sur le site officiel du Ministère du travail et des politiques sociales.

Enfin, le contenu de l'article 8 (Système national italien d'information pour la prévention - SINP) du décret législatif n° 81/2008 revêt une importance méthodologique stratégique. Cet article, tel qu'indiqué précédemment, a pour but de “définir progressivement un système dynamique en mesure de répondre efficacement aux besoins en matière de connaissance et de programmation, de planification et d'évaluation de l'efficacité des activités de prévention des accidents et des maladies professionnelles, de toutes les sujets concernés par la protection de la santé des travailleurs”.

En attendant le lancement officiel de ce Système, les administrations ont utilisé, dès 2002, une partie importante des instruments que le SINP emploiera, grâce au projet développé par l'INAIL, l'ISPESL (Institut supérieur italien pour la prévention et la sécurité au travail) et les régions, dénommé “Nouveaux flux d'informations”³, dont l'efficacité a fait ses preuves en termes de connaissance et donc de prévention.

En ce qui concerne le cadre réglementaire qui vient d'être brièvement décrit, il est à noter que l'Italie dispose d'un cadre réglementaire alliant prévention et protection de la santé, qui prévoit la coordination des politiques sanitaires avec les politiques de sécurité au travail et qui identifie des lieux de confrontation et de coordination entre l'État et les régions, afin d'identifier les orientations des activités de prévention à diffuser à l'échelle régionale.

³ Il est fait référence aux flux d'information INAIL (auparavant ISPESL) - régions, aux données du système de relevé de l'activité des services de prévention et de sécurité dans les milieux de travail des ASL (unités sanitaires locales), aux registres des tumeurs d'origine professionnelle, au Système national de surveillance des accidents Flux d'information INAIL (auparavant ISPESL) et au Système de surveillance des maladies professionnelles.

En outre, il convient de poursuivre la simplification du cadre réglementaire - à la condition indispensable qu'elle n'entraîne aucune diminution des niveaux de protection sur n'importe quel lieu de travail et à l'égard de tout travailleur - à travers des propositions qui doivent être discutées entre l'État et les régions (en raison de la compétence "répartie" entre ces entités prévue par la Constitution en la matière) et avec les partenaires sociaux. Ceux-ci qui doivent être en mesure de dialoguer de manière exhaustive sur toute proposition avancée à cet égard, conformément au principe du tripartisme.

Ce processus de simplification doit permettre de relier la croissance de la sécurité au travail à celle des entreprises, en accordant une attention particulière aux petites et moyennes entreprises, selon le contenu du *Small Business Act*⁴.

Il convient d'abord de signaler qu'au sein de la Commission consultative permanente pour la santé et la sécurité au travail se déroulent en permanence les activités de neuf groupes "techniques" de travail. Ils assurent la présence paritaire de représentants des administrations publiques (y compris les régions) et des partenaires sociaux, pour discuter des matières assignées à la commission conformément à la loi et pour accomplir les mesures nécessaires à la mise en œuvre du "texte unique" sur la santé et la sécurité au travail.

Tous les groupes ci-dessus sont régulièrement établis et exécutent en permanence (par des réunions, en moyenne tous les mois) les tâches qui leur ont été attribuées.

Grâce aux activités d'instruction effectuées lors de ces réunions, des documents très importants pour les opérateurs de la santé et de la sécurité au travail ont été produits.

En particulier, la commission a effectué de nombreuses tâches parmi celles revêtant une importance réglementaire attribuées à cet organisme par le décret législatif n° 81/2008, en déterminant l'adoption de mesures ayant un impact significatif en termes de prévention, ainsi que d'autres de mise en œuvre du "texte unique".

Du point de vue opérationnel, il est à noter que depuis 2005, une planification nationale et régionale des activités de prévention des accidents, définie dans les "Plans régionaux", a été mise en œuvre et réalisée.

Le cadre des activités du Plan national de prévention 2010-2012, prolongé jusqu'à fin 2013, est actuellement en cours de réalisation. En application des lignes directrices publiées par le Ministère de la Santé, toutes les régions ont planifié (bien entendu, avec un engagement différent reflétant l'état d'efficacité différent du système régional de santé sur une base territoriale) leurs activités, notamment pour :

*renforcer le système d'information destiné à identifier les besoins régionaux différenciés selon le genre (**connaissance**) ;*

*programmer et planifier les actions visant à augmenter les niveaux de sécurité au travail à travers des actions de surveillance, d'information et d'assistance (**prévention**).*

⁴ La loi "Small Business Act (SBA)" sur les petites et moyennes entreprises (PME) crée un cadre stratégique visant à mieux exploiter le potentiel de croissance et d'innovation des PME. Cette initiative devrait permettre de renforcer la compétitivité durable de l'Union européenne (UE) et sa transition vers une économie basée sur la connaissance.

Ce contexte (donc, dans le cadre de la planification du Système national de santé du Ministère de la Santé d'une part, et des régions et des provinces autonomes d'autre part) a favorisé la création de la première planification et programmation, à l'échelle nationale, d'activités de prévention destinées aux secteurs particulièrement à risque et nécessitant d'aide, à savoir le bâtiment et l'agriculture (Plan national de prévention dans le bâtiment et Plan national de prévention dans l'agriculture et la sylviculture).

Ces initiatives ont ensuite été transposées dans chacun des Plans régionaux de prévention.

Il est donc possible de dire qu'en Italie, une activité de confrontation entre les différentes entités publiques a largement été mise en œuvre en ce qui concerne les initiatives de prévention et la production de documents d'orientation pour les entreprises, les travailleurs et les opérateurs de la santé et de la sécurité, dont les résultats, à l'heure actuelle, peuvent être jugés appréciables.

Favoriser l'efficacité des activités de prévention

Le décret législatif n° 81/2008 mentionne comme facteurs pour réaliser des activités de prévention efficaces l'information, la formation, l'assistance et la consultation et la promotion de la culture de la prévention au travail, avec des actions menées en collaboration entre les institutions nationales et régionales (ministères, INAIL, régions et services de prévention des ASL - unités sanitaires locales) et en suivant des logiques de confrontation avec les partenaires sociaux.

La loi n° 122 de 2010, comme cela a déjà été communiqué, a "incorporé" l'ISPESL et l'IPSEMA (institut italien de prévoyance pour le secteur maritime) dans l'INAIL, en créant les conditions pour une plus forte intégration pouvant attribuer une valeur ajoutée aux actions caractérisant les interventions en la matière.

Les actions de référence consistent plus précisément à :

- *préparer et diffuser des moyens d'aide aux entreprises* – en accordant une attention particulière aux micro, petites et moyennes entreprises – comme les bonnes pratiques, les lignes directrices, les procédures opérationnelles, le matériel d'information et de vulgarisation, sous format papier ou multimédia. Il est indispensable que ces moyens et ces produits, différenciés selon les cibles et les secteurs professionnels, puissent être librement consultés, notamment à travers l'utilisation des sites web des différentes administrations et/ou des pages web spécifiques activées par thème ;
- *concevoir et organiser des programmes de formation et de perfectionnement professionnel* pour les profils prévus par le décret législatif n° 81/2008 et pour la professionnalisation de certains profils dans le but de faciliter l'amélioration de la gestion de la santé et de la sécurité au travail ;
- *réaliser de manière systématique des campagnes de soutien informationnel*, aussi bien d'ordre général que selon les cibles et les secteurs présentant des aspects critiques spécifiques. Parmi les activités de promotion en cours, il convient de mentionner les campagnes nationales d'information dédiées aux secteurs caractérisés par un risque d'accidents particulier, comme le bâtiment et l'agriculture, et au phénomène des maladies professionnelles. Ces activités ont été conçues en termes de collaboration et d'interaction entre la coordination technique interrégionale pour la prévention au travail, les ministères et l'INAIL. En outre, elles ont été définies conjointement et discutées selon des logiques d'implication et de participation des partenaires sociaux, afin d'assurer un maximum d'efficacité pour les actions et, en particulier, la divulgation des informations et

l'approfondissement les connaissances – même à travers des sites web y étant spécifiquement dédiés ou les sites web institutionnels des régions, des ministères et de l'INAIL – ainsi que l'accessibilité du matériel d'information et de formation et la diffusion de bonnes pratiques et de procédures opérationnelles ;

- *activer des systèmes d'information* qui, à travers le partage d'informations créées pour la réalisation de cartes des risques, permettent d'orienter les initiatives et les interventions de prévention et de surveillance et de suivre leur efficacité. Parmi ces systèmes, une importance particulière doit être accordée au SINP précédemment mentionné (puisque'il est développé dans des flux d'information), aux applications et aux registres relatifs aux maladies professionnelles et aux systèmes de surveillance des accidents mortels et graves.

Le domaine en faveur du système scolaire est également un domaine spécifique d'intervention privilégié dans le cadre de la promotion de la culture de la prévention, comme cela a déjà été souligné précédemment.

L'objectif, qualifié de stratégique pour les actions publiques de promotion par le Texte unique (voir notamment l'art. 11), est de sensibiliser, par des actions "ciblées" selon type d'école et l'âge des jeunes, les futurs travailleurs aux risques, en favorisant la diffusion de la prise de conscience de l'importance de la prévention, même chez les individus qui ne font pas encore partie du marché du travail. À ces fins, à la suite de la stipulation d'une "Charte d'intentions" entre le Ministère du travail et des politiques sociales et le Ministère de l'éducation, de l'université et de la recherche, des initiatives (pour lesquelles des ressources de l'ordre de cinq millions d'euros par an ont été allouées) ont été adoptées au cours des années 2010, 2011 et 2012 pour sensibiliser les étudiants au risque professionnel et à la prévention des accidents et des maladies professionnelles.

Diffuser la culture de la santé et de la sécurité au travail

L'existence réelle d'une stratégie efficace de lutte contre les accidents ne se fait pas seulement à travers le perfectionnement du cadre juridique et les activités de l'État, des régions et des partenaires sociaux, mais également à travers la réalisation d'une série d'actions de promotion visant à améliorer la prévention et les niveaux de protection dans tous les milieux de travail.

À cet égard, en Italie, des programmes synergiques entre les sujets publics et privés sont déjà activés ou sont en cours d'activation, afin d'améliorer l'efficacité de leurs propres activités.

Tout d'abord, tel que prévu à l'article 11 susmentionné, à partir de 2008, l'État italien a financé une série d'activités de promotion de la santé et de la sécurité au travail, en respectant les objectifs discutés au sein de la commission consultative permanente pour la santé et la sécurité au travail.

Afin de compléter ce qui est indiqué dans le rapport précédent à cet égard, il est à noter que les sommes relatives aux années 2009, 2010 et 2011 (d'un montant variable mais toujours supérieur à 30 millions d'euros) ont été allouées en faveur de différentes initiatives (formation, mais également financement pour la "sécurisation" des équipements de travail, adoption de modèles d'organisation et de gestion de la santé et de la sécurité et financement d'activités de promotion, dans le sens défini ci-dessus, même dans les écoles). Elles visent à élever le niveau de protection dans les milieux de travail qui bénéficient des interventions.

En particulier, 14 millions d'euros ont récemment été alloués à la mise en œuvre d'une "campagne nationale de formation", créée sur la base d'un accord entre les partenaires sociaux et dont l'avis correspondant géré par l'INAIL est cours d'élaboration.

Ces initiatives nationales sont complétées par des activités de promotion, au contenu économique, des régions et d'autres organismes publics, qui sont également réalisées en tenant compte des orientations fournies par les commissions conformément aux articles 5 et 6 du "texte unique" sur la santé et la sécurité au travail.

Parmi ces activités, nous nous limiterons à signaler, comme cela a été fait auparavant, que l'INAIL a mis à la disposition des entreprises (et notamment des petites et moyennes entreprises), par un avis et selon une procédure d'accès entièrement automatisée, uniquement en 2012, plus de 205 millions d'euros, à titre de subvention pour des activités d'amélioration de la prévention des risques du travail (incluant entre autres l'adoption de modèles d'organisation et de gestion ou de bonnes pratiques et les investissements destinés à élever les niveaux essentiels de sécurité des équipements de travail).

Il s'agit donc de mesures favorisant – tel que prévu à l'échelle communautaire – la modification des comportements, notamment dans des secteurs à risque d'accidents particulier, qui doivent être confirmées et consolidées.

D'autres éléments concernant la mise en œuvre de la stratégie telle que décrite ci-dessus seront indiqués dans les prochains rapports du gouvernement italien.

Pour compléter ces informations, il convient également de se reporter à la réponse fournie sur le même article, en ce qui concerne le système d'organisation des risques au travail, envoyée en même temps que cette réponse.

Enfin, pour ce qui est de la demande d'informations sur la procédure d'infraction n° 2010/4227, il est à noter qu'à l'heure actuelle, le texte modifiant le décret législatif n° 81/2008 (notamment les articles 28 et 29) qui contient les dispositions destinées à remédier au blâme reçu concernant la transposition incorrecte de la directive 89/391/CE est en cours d'approbation définitive de la part des organes législatifs nationaux.

Ce bureau communiquera l'évolution de la situation à cet égard. »

Il convient de rappeler que la politique adoptée en matière de santé et de sécurité au travail est pleinement compatible avec la **Stratégie européenne sur la santé et la sécurité au travail pour la période 2007-2012**, comme cela a déjà été précisé et justifié en détail dans le rapport de 2012 et dans la réponse ci-dessus. Ce qui précède se reflète dans le cadre réglementaire national en la matière, essentiellement représenté par le décret législatif n° 81/2008 et ses modifications et ajouts ultérieurs, qui réunit la législation nationale en matière de santé et de sécurité au travail et les directives communautaires transposées. En outre, sur ce point, il est à noter qu'une réduction du taux d'accidents du travail a été enregistrée, comme le montre, en effet, le rapport annuel 2014 de l'INAIL (institut national italien pour l'assurance contre les accidents du travail) : *« la série chronologique du nombre d'accidents enregistrés par l'INAIL poursuit sa tendance à la baisse. Un peu plus de 663 000 déclarations d'accidents qui se sont produits en 2014 ont été enregistrées. Par rapport à 2013, il y a une baisse d'environ 4,6% et de 24% par rapport à 2010 »*. En outre, il convient de souligner que l'Italie a adopté un cadre juridique simplifié à travers les décrets d'application de la réforme du travail dénommée *Jobs act*, sans que cela ne donne lieu à une réduction des niveaux de protection actuels.

En ce qui concerne **la formation et l'information**, il convient de signaler la promulgation du décret interministériel du 6 mars 2013 sur les critères de qualification du formateur en matière de santé et de sécurité au travail, à travers lesquels ont été transposés les critères de qualification de la fonction de formateur, identifiés par la Commission consultative permanente pour la santé et la sécurité au travail en vertu de l'art. 6, alinéa 8, paragraphe m-bis) du décret législatif n° 81/2008 et ses modifications et ajouts ultérieurs.

Ci-après est reportée la réponse écrite sur la deuxième raison de non-conformité concernant ce paragraphe, envoyée en 2014.

“À propos de la conclusion formulée par le Comité européen des droits sociaux selon laquelle, en Italie, le système d'organisation de la prévention des risques n'est pas adéquat, à la lumière de ce qui a déjà été déclaré précédemment, il est indiqué ce qui suit.

Comme cela a déjà été souligné dans le dernier rapport (année 2012), à la suite de la promulgation du Texte Unique décret législatif n° 81 du 9 avril 2008 et ses modifications et ajouts ultérieurs, l'Italie s'est dotée d'une réglementation complète et assez moderne en matière de prévention des accidents et des maladies professionnelles, entièrement conforme aux niveaux de protection prévus par les dispositions internationales et communautaires en la matière.

À titre liminaire et plus général, il convient de rappeler qu'il existe un "devoir de protection" spécifique de l'employeur à l'égard des personnes qu'il emploie, sur le lieu de travail qu'il dirige et qu'il organise, non seulement en vertu de la réglementation du secteur, mais également en vertu du décret législatif n° 81/2008 susmentionné et de la disposition - considérée comme "disposition finale" - visée à l'art. 2087 du code civil, telle que mentionnée précédemment. "*Le chef d'entreprise est tenu, dans l'exploitation de l'entreprise, d'adopter les mesures qui, selon les particularités du travail, l'expérience et la technique, sont nécessaires pour protéger l'intégrité physique et la personnalité morale des travailleurs*".

La Cour de cassation s'est exprimée à cet égard dans l'arrêt n° 23944 du 23 juin 2010 : "*Le principe selon lequel l'employeur doit toujours agir positivement pour organiser les activités professionnelles en toute sécurité, en assurant également l'adoption de la part des salariés de justes mesures techniques et organisationnelles appropriées pour minimiser les risques liés à l'activité professionnelle, est un principe incontestable. Cette obligation découle non seulement de dispositions spécifiques mais aussi, plus généralement, de la disposition de l'art. 2087 du Code civil*" (et, entre autres, l'arrêt n° 18628/2010 de la Cour de cassation également).

Le droit à la vie et l'intégrité physique des personnes est, parmi les "droits inviolables" de l'homme prévus par notre charte constitutionnelle, un droit primordial et absolu et, en réalité, la question de la "sécurité" au travail n'est autre qu'un ensemble de dispositions législatives visant à réaffirmer cette protection fondamentale sur laquelle se fonde toute société civile. Dans ce secteur, cette protection est nécessairement "confiée" à l'employeur car non seulement c'est lui qui décide, organise, choisit, conçoit, évalue, agit et investit, mais également parce qu'il est le seul à "savoir" réellement comment est organisée son activité économique et productive, comment et quand elle change, quels sont les "risques" auxquels sont effectivement exposés ses travailleurs et quelles sont

les précautions nécessaires pour les éliminer ou, lorsque cela est impossible sur le plan technique, les réduire.

La prise de conscience, de la part de l'employeur, de l'importance de son analyse, de son évaluation et, par conséquent, des précautions qu'il a dûment et obligatoirement identifiées et prises est importante afin de garantir un système de "protection" effectif.

En règle générale, dans ce contexte qui caractérise notre pays, le système de la sécurité au travail tient évidemment compte de l'impossibilité du législateur de pouvoir prévoir et indiquer comment prévenir les risques dans tous les différents contextes économiques et productifs et dans tous les différents "processus de production". On considère donc la possibilité - et, par conséquent, le devoir - du chef d'entreprise d'évaluer lui-même les risques et de prendre des mesures pour les éviter dans son activité économique et productive, en tenant compte entre autres des nouvelles formes de travail et des nouvelles technologies utilisées dans les différents processus de production.

La Cour suprême déclare : *“Le principe selon lequel l'employeur doit toujours agir positivement pour organiser les activités professionnelles en toute sécurité, en assurant également l'adoption de justes mesures techniques et organisationnelles pour minimiser les risques liés à l'activité professionnelle, est un principe qui ne prête pas à controverse”* (selon l'arrêt n° 23944/2010).

Par conséquent, l'employeur sera tenu d'évaluer, en vertu de l'article 28 du décret législatif n° 81/2008, *même dans le choix des équipements de travail et des substances ou des préparations chimiques utilisées, ainsi que dans l'agencement des lieux de travail*, “tous les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs, y compris les risques concernant les groupes de travailleurs exposés à des risques particuliers parmi lesquels les nouveaux risques et situations dangereuses pour la santé des travailleurs (“risques émergents”), ainsi que les risques liés au stress professionnel, aux différences entre hommes et femmes, à l'âge, à la provenance d'autres pays et au type de contrat de travail.

Ainsi, en termes de définition, le cadre de référence ne semble pas avoir changé : le nouvel article 28 constitue le cadre réglementaire selon lequel même les risques non “typiques” relèvent du champ d'application de l'évaluation obligatoire de l'employeur, dans les mêmes conditions et les mêmes limites fixées par la réglementation précédente.

Or, au-delà de ce qui vient d'être indiqué, la nouvelle réglementation contient quelques éléments de droit supplémentaires par rapport à la précédente, qui pourraient concrètement jouer un rôle important pour les risques auxquels nous nous intéressons.

Nous faisons notamment référence au paragr. f) de l'alinéa 2 de cet article 28 (qui prévoit l'obligation de rédiger le document) selon lequel le document que l'employeur est tenu de rédiger, à l'issue de l'évaluation visée à l'alinéa précédent, doit entre autres inclure *«l'identification des tâches exposant éventuellement les travailleurs à des risques spécifiques exigeant des compétences professionnelles reconnues, une expérience spécifique et une formation appropriée»*.

La norme est en quelque sorte un moyen concret pour l'employeur d'identifier des risques supplémentaires qui, bien qu'ils ne soient pas typiques (c'est-à-dire qu'ils ne sont pas normalisés par une disposition législative ou par tout autre source/document reconnu), peuvent toutefois être considérés comme des risques spécifiques puisqu'ils ont trait à la fonction exercée par le travailleur qui les “occasionne”.

Il est également important de souligner que le 13 février 2014 a été publié le décret ministériel qui a transposé les procédures simplifiées pour l'adoption et la mise en œuvre efficace des modèles d'organisation et de gestion de la sécurité dans les petites et moyennes entreprises, conformément à

l'art. 30, alinéa 5-*bis*, du décret législatif n° 81/2008, tel que modifié. Le document, approuvé par la commission consultative en novembre 2013, a pour but de fournir aux petites et moyennes entreprises décidant d'adopter un modèle d'organisation et de gestion de la santé et de la sécurité des indications simplifiées, à caractère opérationnel, en matière d'organisation, pour la préparation et la mise en œuvre d'un système efficace, au sein de l'entreprise, sur le plan de la sécurité au travail.

Compte tenu de ce cadre général, en ce qui concerne plus précisément les nouveaux facteurs de risque (dont notamment les facteurs d'origine "*psychosociale*") émergeant dans les milieux de travail et qui doivent être pris en compte dans le système d'organisation de la prévention des risques⁵ car ils entraînent des formes de stress professionnel, il est à noter ce qui suit.

En ce qui concerne l'ordre juridique national, il convient de souligner que la notion de "risque psychosocial" est entrée pour la première fois dans notre ordre juridique à travers les dispositions de l'art. 2, alinéa 4 du décret législatif n° 195/2003, affirmant que *«pour exercer la fonction de responsable du service de prévention et de protection, il est nécessaire de posséder un certificat de participation, avec contrôle des connaissances, à des cours de formation spécifiques en matière de prévention et de protection des risques, même de nature ergonomique et psychosocial»*.

Par la suite, en vue de l'Accord européen sur le stress professionnel du 8 octobre 2014, les pays de l'UE, dont l'Italie, ont ouvert la voie à un processus d'adaptation en termes de réglementation et de gestion, afin de traiter et de gérer l'un des risques professionnels les plus complexes et multifactoriels, qui est d'ailleurs difficile à cerner.

À cet égard, l'ISPESL⁶ a créé en 2007 un groupe de travail spécifique dénommé "*Réseau national pour la prévention du malaise psychosocial au travail*", avec la participation des universités et du Service national de santé. Ce réseau, auquel ont participé plusieurs professionnels (médecins du travail, médecins-légistes, psychiatres, psychologues cliniciens et psychologues du travail), avait pour but de promouvoir un dialogue entre experts, de créer des réseaux reliant les institutions de santé, de partager les expériences acquises et de développer des modèles de diagnostic et d'intervention homogènes et partagés en ce qui concerne toutes les formes de malaise, d'inadaptation ou de maladie dues à des problèmes d'organisation du travail.

Dans le contexte italien, après avoir dépassé le stade de la "première apparition" de la notion de risque psychosocial et de stress professionnel, l'étape la plus importante a été franchie par le décret législatif n° 81/2008. L'art. 28, alinéa 1 stipule expressément que lors de l'évaluation des risques et de la rédaction du DVR (document d'évaluation des risques), l'employeur doit tenir compte, dans les risques particuliers, du risque lié au stress professionnel, conformément aux dispositions de l'accord-cadre européen susmentionné.

Afin de préparer des indications pratiques auxquelles les entreprises peuvent se reporter pour évaluer pleinement le risque lié au stress professionnel, le décret législatif n° 106/2009, apportant certains changements au décret 81/2008, confie à la commission consultative permanente pour la santé et la sécurité au travail, conformément à l'art. 6, alinéa 8, *paragr. m-quater*), la mission d'élaborer les indications nécessaires pour l'évaluation du risque lié au stress professionnel.

⁵ Selon l'interprétation fournie par le Comité d'experts, concernant l'article en question.

⁶ Institut supérieur italien pour la prévention et la sécurité au travail.

Ainsi, en février 2010, un Comité technique a été créé au sein de cette commission pour l’instruction, la discussion et la rédaction des indications méthodologiques pour l’évaluation du stress professionnel.

Cette opération s’inscrit dans un contexte où des lignes directrices méthodologiques et des schémas illustratifs pour l’évaluation des risques psychosociaux ont d’ailleurs été élaborés à l’échelle nationale et régionale.

Il s’agissait, dans la plupart des cas, de questionnaires adressés aux travailleurs, dont les réponses fournissaient des éléments signalant l’éventuelle présence de stress professionnel.

Ces questionnaires ont été suivis par des documents scientifiques et des documents d’orientation qui ont permis de définir la notion de stress professionnel et de développer des méthodes et des moyens d’évaluation.

Les régions ont joué un rôle actif dans ce parcours⁷.

Activité de recherche (INAIL⁸)

Au cours de la période 2006-2008, le projet **PRIMA-EF** (*Psychosocial Risk Management – European Framework*), financé par l’Union européenne dans le cadre du sixième programme-cadre de la Commission, a été réalisé. Ses objectifs spécifiques comprenaient notamment l’approfondissement de la connaissance des méthodologies existantes pour l’évaluation des risques psychosociaux au travail, dans le but de développer des normes et des indicateurs internationaux liés au stress professionnel, ainsi que des recommandations, des lignes directrices et des bonnes pratiques pour la gestion de ces facteurs de risque.

Au cours de la période 2008-2010, le projet **PRIMA-ET** (*Psychosocial Risk Management-Vocational Education and Training*) a été développé afin de créer une plate-forme pour la formation en ligne sur la gestion des risques psychosociaux au travail contenant des modules généraux sur le sujet et des modules spécifiquement dédiés aux différents profils de la prévention de l’entreprise.

En 2011, un séminaire international s’est tenu à Rome pour présenter les résultats du projet. Au cours de ce séminaire, les institutions européennes, les partenaires sociaux et les experts ont participé au débat sur les opportunités offertes par la formation en ligne pour la prévention et la gestion des risques psychosociaux en Europe.

En 2013, le projet intitulé “Plan de surveillance et d’intervention pour optimiser l’évaluation et la gestion du stress professionnel”, prévoyant la participation d’universités et de 16 provinces autonomes et régions, coordonné par l’INAIL et financé par le Ministère de la Santé, a été approuvé. L’objectif général de ce projet est de contribuer à la croissance et à l’amélioration globale du système de gestion du stress professionnel en Italie, à travers *un plan de surveillance sur l’avancement de la mise en œuvre, le développement de solutions pratiques, les actions de*

⁷ Les initiatives régionales ont inclus entre autres :

Lombardie : voir arrêté régional Lombardie n° 13559/2009, Lignes directrices générales pour l’évaluation et la gestion du risque lié au stress professionnel à la lumière de l’accord européen du 8.10.2004 ;

Vénétie : voir loi régionale Vénétie n° 8/2010, Prévention et lutte contre les phénomènes de harcèlement moral et protection de la santé psychosociale des personnes au travail, Proposition d’une méthode d’évaluation du risque lié au stress professionnel, 2009. Notes sur les risques psychosociaux et leurs effets sur la santé dans les milieux de travail, avril 2006.

⁸ Institut national italien d’assurance contre les accidents du travail

formation et la réalisation d'interventions ciblées et de modèles d'intervention adaptés à la situation productive du pays.

Moyens pour l'évaluation et la gestion des risques

Pour l'“évaluation préliminaire” du stress professionnel, l'INAIL (alors ISPESL) a créé en 2010 un moyen composé d'une liste de contrôle testée dans 800 entreprises en synergie avec les régions. En ce qui concerne l'“évaluation approfondie”, l'INAIL (alors ISPESL) a adopté et validé en Italie l'Indicator Tool de l'HSE (validé au Royaume-Uni et en Irlande sur plus de 26 000 travailleurs), avec la participation de plus de 75 entreprises de plusieurs secteurs de production et plus de 6300 travailleurs.

Sur la base de ces moyens, une plate-forme en ligne a ainsi été mise à la disposition des entreprises pour leur permettre d'utiliser gratuitement les moyens nécessaires à l'évaluation du risque lié au stress professionnel (listes de contrôle, questionnaires, indicateurs, manuels de référence de la méthodologie d'évaluation) qui font partie du programme méthodologique intégré et constamment utilisé.

Produits : méthodologies, normes, lignes directrices

L'INAIL (alors ISPESL) a publié de nombreux documents qui ont fourni des pistes pratiques claires dans la constatation et la gestion du stress, comme par exemple : *“Guide au contexte européen pour la gestion du risque psychosocial. Une ressource pour les employeurs et les représentants des travailleurs, 2008”* ; *“Risques psychosociaux, participation active et prévention. Recherche nationale dans le secteur du crédit, 2009”*.

Certaines des expériences indiquées ci-dessus ont été discutées dans le cadre du “Réseau national pour la prévention du malaise psychologique au travail”, coordonné par l'INAIL (alors ISPESL), en apportant une importante contribution à la “Proposition méthodologique pour l'évaluation du stress professionnel” (mars 2010).

La Coordination technique interrégionale P.I.S.L.L.⁹ a ensuite créé un sous-groupe de travail qui a réalisé le *“Guide pratique sur l'évaluation et la gestion du stress professionnel”* (mars 2010), proposé à la commission consultative permanente comme base de discussion.

À travers l'élaboration du document ci-dessus, la commission consultative a préparé les indications méthodologiques pour l'évaluation du stress professionnel, publiées par la Circulaire du Ministère du Travail et des Politiques sociales du 18 novembre 2010.

Avec ce document, la commission consultative fournit des indications pouvant concrètement être mises en œuvre pour les entreprises de toute taille et pour tout type d'activité, en définissant un niveau minimum de l'obligation reposant sur deux étapes de l'évaluation : une première étape obligatoire, de nature observationnelle, et une seconde étape facultative, de nature subjective.

Certains opérateurs d'institutions régionales, déjà présents dans le Réseau, ont ensuite participé à la préparation du manuel de l'INAIL (mai 2011) qui intègre la proposition méthodologique du Réseau

⁹ Hygiène, prévention et sécurité au travail

et du Comité technique interrégional au modèle Management Standards, en les adaptant aux indications de la commission consultative.

Après la publication des indications méthodologiques de la commission consultative, la Coordination interrégionale P.I.S.L.L. a élaboré et approuvé le document “Stress professionnel, indications pour une bonne gestion du risque et pour l’activité de surveillance à la lumière de la circulaire du 18 novembre 2010 du Ministère du Travail et des Politiques sociales”. Le document concerne les exigences minimales que les évaluations doivent respecter, les critères pour la définition des actions correctives, les critères pour le contrôle des entreprises de la part des organes de surveillance, ainsi que certaines indications sur le rôle des Services pour la prévention et la sécurité, les ressources professionnelles et la formation des opérateurs.

En outre, à l’issue de la signature d’accords avec les entreprises, l’INAIL a élaboré, dans le cadre des lignes directrices pour l’adoption et la mise en œuvre des Systèmes de gestion de la santé et de la sécurité des travailleurs (SGL) dans les entreprises du réseau (SGSL-AR) et dans les entreprises des Services territoriaux et environnementaux (SGL-R), des parties spécifiques dédiées à la gestion des risques professionnels.

Dans le cadre des questions plus générales liées au bien-être organisationnel et des risques psychosociaux, le décret législatif n° 150/2009 de réforme de l’administration publique précise que chaque année, au sein de chaque administration, une enquête sur le “Bien-être organisationnel” des travailleurs, entendu au sens physique, psychologique et social, doit être menée. En particulier, l’article 14, alinéa 5 prévoit que l’Organisme indépendant d’évaluation “réalise chaque année des enquêtes sur les salariés afin de constater le niveau de bien-être organisationnel et le degré de partage du système d’évaluation, ainsi que l’évaluation du supérieur hiérarchique de la part du personnel”. Il devra ensuite rendre compte de cela à la commission (CIVIT - ANAC, Autorité nationale anti-corruption pour l’évaluation et la transparence dans l’administration publique) visée à l’art. 13 de ce décret.

Actions préventives

Les actions préventives concernent principalement les activités de formation définies, en tant que formation obligatoire en matière de santé et de sécurité au travail, dans certains accords entre l’État et les régions :

- Accord du 26 janvier 2006 entre le gouvernement et les régions et provinces autonomes, mettant en œuvre l’art. 2, alinéas 2, 3, 4 et 5 du décret législatif 195/2003, relatif aux cours de formation pour les responsables du service de prévention et de protection (RSPP) et les personnes chargées du service de prévention et de protection (ASPP).
- Accord État-régions du 21 décembre 2011 concernant la formation à la sécurité de travailleurs, responsables et dirigeants :

Travailleurs : une partie générale est prévue, à laquelle sera ajoutée une partie spécifique qui abordera entre autres le stress professionnel ;

Dirigeants : quatre modules sont prévus. Le contenu du troisième module intitulé “Identification et évaluation des risques” mentionne spécifiquement le risque lié au stress professionnel et le risque pouvant être lié aux différences entre hommes et femmes, à l’âge, à la provenance d’autres pays et au type de contrat.

Le contenu de la formation pour les responsables inclut également la question du stress professionnel, comme cela a été déterminé par les accords ci-dessus.

- Accord État-régions du 21 décembre 2011 concernant la formation des employeurs/RSPP : la formation de ces profils s'articule autour de quatre modules, dont le troisième est un module technique où sont définis, parmi les sujets minimaux à aborder, le risque lié au stress professionnel et les risques pouvant être liés aux différences entre hommes et femmes, à l'âge et à la provenance d'autres pays.

Le projet **PRIMA-ET** (*Psychosocial Risk Management-Vocational Education and Training*), déjà mentionné, a développé une plate-forme adressée aux employeurs pour la formation en ligne sur la gestion des risques psychosociaux au travail, avec des modules généraux sur le sujet et des modules spécifiquement dédiés aux différents profils de la prévention de l'entreprise. Les sujets abordés dans les modules de formation concernent notamment les risques psychosociaux au travail (en commençant par leur définition, par leur impact et par les coûts y étant liés), ainsi que certaines indications pour les gérer au niveau de l'entreprise

Parmi les actions préventives, il est à noter qu'en 2012, dans le cadre de l'enquête **ESENER** (Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents) de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail (EU-OSHA), l'INAIL a contribué au développement des analyses secondaires sur les résultats de l'enquête pour identifier les aspects facilitant et entravant la gestion des risques psychosociaux dans l'entreprise à l'échelle européenne. Le travail a abouti à la rédaction d'un rapport intitulé "*Drivers and barriers for psychosocial risk management*".

En accord avec les priorités identifiées par la Commission européenne en matière de santé et de sécurité au travail et à partir des résultats de l'enquête ESENER, l'Agence EU-OSHA a lancé en avril 2014 la nouvelle campagne biennale dédiée aux facteurs psychosociaux et, notamment, au stress professionnel, accompagnée par le slogan "*Ensemble pour la prévention et la gestion du stress professionnel*".

La campagne est coordonnée à l'échelle nationale par le point focal pour l'Italie, représenté par l'INAIL.

Cette campagne poursuit les objectifs suivants :

- *sensibiliser au problème croissant du stress professionnel et des risques psychosociaux ;*
- *fournir et promouvoir l'utilisation de moyens simples et pratiques et de lignes directrices pour les gérer ;*
- *mettre en évidence les effets positifs de cette gestion, y compris les avantages pour les entreprises.*

En ce qui concerne le système d'organisation de la prévention dans des secteurs particulièrement menacés et nécessitant plus de soutien (dans ce cas, le bâtiment et l'agriculture), il convient de fournir certaines informations importantes sur le "Plan national de prévention dans le bâtiment" et le "Plan national de prévention dans l'agriculture et la sylviculture", auxquels s'est ajouté celui de la "Prévention des maladies professionnelles".

Lancé en 2010, le Plan national de prévention dans le bâtiment a introduit une véritable ‘manière institutionnelle’ de faire de la prévention et a progressivement été complété et renforcé par les deux autres plans ci-dessus (agriculture et maladies professionnelles).

Ce premier assemblage a permis de définir et de réaliser une opération structurée d’interventions menant à une action stratégique issue de la collaboration entre tous les acteurs institutionnels, en respectant et en valorisant le rôle et les compétences de chacun, et avec la participation des partenaires sociaux.

Pour assurer le bon déroulement du Plan et la réalisation des objectifs, une “cabine technique de régie”, intervenant à l’échelle nationale et formée par l’INAIL et par les régions, avec le soutien du Ministère du Travail et des Politiques sociales et du Ministère de la Santé, a été créée. Des mesures de suivi et de surveillance, basées sur l’intégration et la coordination entre les administrations pour des interventions ciblées, ont notamment été mises au point. Les “intervenants actifs” ont été formés sur les spécificités de ce secteur et en surveillant les principales expériences déjà en cours, en contribuant ainsi à créer un répertoire national des initiatives et des bonnes pratiques partagées. Une assistance technique a été fournie, notamment aux petites entreprises, même à travers la diffusion d’importantes initiatives. Une activité intense de promotion a été réalisée à travers des initiatives itinérantes sur le territoire, des campagnes d’information dans la presse écrite, à la radio et à la télévision et avec le lancement d’un site spécifique avec plein de données, d’informations, de matériel et de produits de formation.

En outre, l’INAIL a également activé une étroite interaction à l’échelle territoriale entre les directions régionales INAIL et les régions. Ce travail d’harmonisation s’est déroulé au sein de l’activité des Comités régionaux de coordination, prévus par l’art. 7 du Texte Unique sur la sécurité, avec la participation des partenaires sociaux.

Le Plan national de prévention dans l’agriculture et la sylviculture 2009/2011 (PNPAS), approuvé par la Conférence des régions et des provinces autonomes, a mis en œuvre les lignes directrices indiquées dans le “Pacte pour la protection de la santé et la prévention au travail” et identifie, parmi les projets destinés au développement d’activités dans le cadre de la prévention au travail, la programmation d’actions visant à réduire le risque d’accidents dans le secteur de l’agriculture et de la sylviculture.

Trois ans après la mise en œuvre du Plan, le résultat le plus important qui a été atteint au cours de ces trois années de travail a été d’avoir jeté les bases de la création d’un réseau interinstitutionnel sur la question de la prévention des accidents et des maladies professionnelles dans le secteur de l’agriculture, ce qui représente un objectif significatif conforme aux exigences du Texte Unique sur la sécurité (décret législatif n° 81/2008). Ce réseau est issu du travail des différents acteurs nationaux - les trois ministères de référence (politiques agricoles, santé, travail et politiques sociales) et l’INAIL - et des régions, à travers la Coordination technique. La collaboration créée a favorisé la diffusion des informations et la mise au point d’une méthodologie et de parcours communs, en ayant partagé le besoin d’une approche commune en matière d’activité de promotion, d’assistance et de surveillance sur le territoire national à appliquer à la prévention des accidents et des maladies professionnelles dans le secteur agricole.

Grâce au réseau, il a été possible de procéder à une homogénéisation des interventions sur le territoire national, à la fois comme assistance aux entreprises et comme diffusion des modèles

d'information et de formation, ce qui a ainsi favorisé une promotion de la culture de la santé et de la sécurité dans les entreprises de chaque région italienne.

Le Plan national de prévention sur les maladies professionnelles est issu, comme les précédents, de la volonté de différentes institutions (INAIL, Ministère du travail et Ministère de la Santé, régions et provinces autonomes) et des partenaires sociaux d'accroître les connaissances et les compétences sur les facteurs de risque présents dans les milieux de travail et d'influencer ainsi le comportement quotidien de tous les acteurs concernés.

Les bénéficiaires de l'initiative sont les employeurs, les travailleurs et leurs représentants, les responsables et les personnes chargées des services de prévention et de protection, ainsi que les médecins.

L'augmentation constante des plaintes au cours de ces dernières années doit certainement être attribuée à une prise de conscience accrue des travailleurs, des employeurs et des médecins.

Un renforcement maximal de la capacité d'enregistrement, de traitement et d'analyse des informations obtenues sur les maladies professionnelles est envisagé pour identifier avec une plus grande prise de conscience les facteurs de risque et d'exposition et pour mettre en œuvre des mesures de prévention adéquates et ciblées.

Ce Plan est soutenu par une *Campagne d'information pour la prévention* activée en juin 2012 à l'instigation des institutions et des partenaires sociaux composant la commission consultative permanente pour la santé et la sécurité au travail (en vertu de l'art. 6 du décret législatif 81/2008).

Cette Campagne vise à alimenter le processus culturel de connaissance et d'information sur les maladies professionnelles à l'égard de tous les acteurs appelés à jouer un rôle actif dans la protection de la santé au travail : employeurs, travailleurs, responsables des services de prévention et de protection, représentant des travailleurs pour la sécurité, médecins compétents, etc.

D'autres informations sur les résultats obtenus par la mise en œuvre des Plans ci-dessus pourront être reportées dans les prochains rapports du gouvernement.

Il convient également de signaler l'adhésion, le 31 juillet 2013, du Ministère du Travail et des Politiques sociales au projet OIRA (Outil interactif d'évaluation des risques en ligne) de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, décidée lors d'une réunion de la commission consultative permanente pour la santé et la sécurité au travail en mars 2013, afin de fournir aux employeurs une aide précieuse pour la rédaction du document d'évaluation des risques.

À cette fin, le 31 juillet 2013, le Ministère du Travail et des Politiques sociales a signé le "Memorandum of Understanding" entre le Ministère du Travail et des Politiques sociales et l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, pour l'adhésion de l'Italie au projet mentionné et signé par l'EU-OSHA le 30 août 2013.

Pour conclure, les informations suivantes, liées à l'activité des inspecteurs du travail dans la promotion de la culture en matière de santé et de sécurité au travail entre les employeurs et les travailleurs et dans la diffusion des connaissances acquises concernant les risques professionnels au cours de cette activité, sont fournies, tel que requis par le Comité.

Tout d'abord, il est à noter qu'en application des dispositions de l'art. 11, alinéa 3 du Texte Unique, une campagne d'information permanente a été réalisée à l'échelle territoriale, avec la

participation notamment d'établissements scolaires, afin d'encourager, chez les futurs travailleurs, la diffusion de la culture de la prévention dans les milieux de travail.

À cet égard, il convient de signaler, en particulier, l'accord de collaboration intitulé "*Green Safety*", relatif au projet de formation sur la santé et la sécurité dans l'agriculture, signé le 12 mai 2014 entre les services compétents du Ministère du Travail, de l'Éducation et de l'Agriculture et par le directeur central pour la prévention de l'INAIL.

Le projet, visant à réaliser des activités de formation spécifique pour la promotion et la diffusion de la sécurité au travail et lors de l'utilisation des machines agricoles dans les campagnes et sur les routes, prévoit l'organisation de cours de formation pour les étudiants des écoles professionnelles d'agriculture.

Par ailleurs, en ce qui concerne le partage et la diffusion des connaissances en matière de risques professionnels et de prévention acquises au cours de l'inspection, comme cela a déjà été constaté, l'un des objectifs du Texte Unique 81/08, à travers la création de la commission consultative, est d'uniformiser les normes de sécurité à l'échelle nationale pour orienter et faciliter le comportement des sujets publics et privés appelés à intervenir dans l'application des mesures de santé et de sécurité, dans certains secteurs d'activité, afin de pouvoir mener une action préventive plus qualifiée.

À cette fin, plusieurs lignes directrices ont été mises au point, en se référant notamment :

- *à la réalisation de travaux temporaires en hauteur en utilisant des systèmes d'accès et de positionnement avec des échafaudages métalliques fixes de façade ;*
- *au choix, à l'utilisation et à l'entretien des échelles ;*
- *au choix, à l'utilisation et à l'entretien d'équipements de protection individuelle contre les chutes de hauteur, pour la réalisation de travaux temporaires en hauteur en utilisant des systèmes d'accès et de positionnement avec des câbles.*

À ces lignes directrices s'ajoutent les bonnes pratiques validées par la commission consultative.

Plus précisément, avec la participation de toutes les administrations concernées – régions et provinces autonomes, INAIL, Ministère du Travail et de la Sécurité sociale, Ministère de la Santé - et grâce au partage et au soutien des partenaires sociaux, un portail exclusivement dédié au Plan et aux questions des risques et de la prévention dans le bâtiment a été réalisé.

Ce portail, lancé en novembre 2010 à l'occasion de la Campagne nationale d'information du Plan national de prévention dans le bâtiment (mentionné ci-dessus), se présente comme un "*point de collecte et de diffusion des informations et du matériel servant à résoudre correctement les problèmes de sécurité et de santé dans le travail réalisé sur les chantiers*".

La partie contenant les "*Solutions de sécurité*" est particulièrement intéressante pour l'action quotidienne d'aide aux entreprises, pour le perfectionnement des techniciens des services de surveillance et des professionnels effectuant des activités de consultation et pour les cours de formation.

Chaque solution est issue de travaux effectués dans des conditions de risque, constatées et documentées par des photos prises sur le chantier et auxquelles sont associés et comparés des travaux analogues documentés et photographiés sur le même chantier ou dans des chantiers similaires.

Grâce à son rôle institutionnel, à la contribution des partenaires sociaux et à son contenu spécifique et de qualité, ce portail devient peu à peu une référence pour les opérateurs publics et privés qui sont concernés, aussi bien du point de vue du contrôle que de la formation, de l'information et de l'assistance.

En ce qui concerne les activités de formation, les compétences, attribuées aux régions par les articles 10 et 11 du décret législatif 81/08 dans le cadre de la sécurité et de la santé au travail, ont entraîné, comme le montre le document préparé à cet effet, l'activation des axes de travail suivants :

- lancement des avis pour les cours de formation extraordinaire financée en vertu de l'art. 11, alinéa 7 du décret législatif 81/08 pour les travailleurs, les employeurs de secteurs à risque, les enseignants et les étudiants.

- activité de formation directement offerte par les ASL (unités sanitaires locales) en collaboration avec les partenaires sociaux et les organismes paritaires, selon les plans et les projets régionaux.

Toujours en ce qui concerne les tâches d'aide et d'information, il est à noter que sur les sites web des régions et des ASL, il est possible de trouver un grand nombre de résultats relatifs à des *informations sur les prestations* mises à la disposition des citoyens par les services de prévention (dans les milieux de travail) des ASL. Ces sites offrent également une grande quantité de matériel d'information sur les *risques et les facteurs de risque professionnels, sur les équipements de protection individuelle et collective, sur les principes de prévention*, ainsi que *des listes de vérification de la sécurité dans les entreprises, des lignes directrices pour la prévention et le récapitulatif de la formation obligatoire pour les différents profils de l'entreprise* (travailleurs, employeurs, etc.).

Avec la naissance du Système national d'information pour la prévention dans les milieux de travail (SINP - prévu par l'art. 8 du décret législatif 81 de 2008), mentionné précédemment, de nombreuses régions sont en train de développer leurs propres systèmes régionaux d'information (SIRP) dans le but de recueillir et d'intégrer des informations à l'échelle locale et avec le SINP, en complétant notamment les informations sur les activités de prévention menées sur le territoire.

La nécessité croissante de disposer d'informations sur les besoins en matière de santé et sur le contexte pour la définition des actions prioritaires a favorisé, dans de nombreuses régions, la naissance de structures dédiées au traitement de données épidémiologiques relatives aux travailleurs, aux milieux de travail, aux accidents et aux maladies professionnelles.

Ces centres produisent des documents pour leurs propres antennes régionales et mettent à la disposition du public et des acteurs diversement concernés par la prévention des documents imprimés ou au format électronique via Internet.

À l'échelle communautaire, il convient également de signaler la participation du Ministère du Travail et des Politiques sociales aux différentes campagnes d'information organisées par le Comité des hauts responsables de l'inspection du travail de la Commission européenne (SLIC).

Ces campagnes incluent entre autres :

- **Campagne européenne "Allégez la charge année 2008".**
- **Campagne des Risques psychosociaux année 2011-2012**
- **Campagne sur le risque de glisser, de trébucher ou de tomber au sol année 2014.**

Dans l'espoir que les informations fournies suffisent à remédier à la non-conformité décelée par le Comité d'experts, il est également possible de se référer, à toutes fins utiles, à la réponse fournie pour le même article, concernant la politique nationale en matière de santé et de sécurité au travail, envoyée en même temps que celle-ci. »

§.2

Mise à jour du cadre juridique de référence

Dans la période de référence de ce rapport, le cadre réglementaire national a été mis à jour après la transposition dans le droit national des règles communautaires en matière de prévention des risques professionnels. La directive **2014/27/UE** du Parlement européen et du Conseil du 24 février 2014, concernant le classement, l'étiquetage et l'emballage des substances et des mélanges dangereux par le biais du décret législatif n° 39 du 15 février 2016 (publié dans le Journal officiel n° 61 du 14 mars 2016), entré en vigueur le 29 mars 2016 et qui modifiait le Titre IX du décret législatif n° 81/2008, a en effet été transposée. En revanche, le décret législatif transposant la directive **2013/35/UE** du Parlement européen et du Conseil du 26 juin 2013 sur les prescriptions minimales en matière de santé et de sécurité, relatives à l'exposition des travailleurs aux risques dérivant des agents physiques (champs électromagnétiques), est en cours d'adoption et, à titre prévisionnel, apportera des modifications au Titre VIII, Chapitre IV du décret législatif n° 81/2008.

Le Comité européen des droits sociaux avait demandé une mise à jour concernant la transposition dans le droit national de certaines directives européennes. À cet égard, il est à noter ce qui suit :

- la Directive 2000/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 18 septembre 2000 concernant la protection des travailleurs exposés au risque d'agents biologiques au travail a été transposée dans le Titre X du décret législatif n° 81/2008. Le Titre X du décret législatif n° 81/2008 correspond au Titre VIII du décret législatif n° 626 du 19 septembre 1994 (abrogé) transposant la directive 90/679/CEE relative à la protection des travailleurs contre les risques dérivant de l'exposition aux agents biologiques au travail.
- la directive 2009/12/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009, qui modifiait la directive 2006/42/UE relative aux machines appliquant des pesticides, a été transposée par le décret législatif n° 124 du 22 juin 2012 ;
- la directive 2009/161/UE de la Commission du 17.12.09 qui définit la Troisième liste de valeurs indicatives d'exposition professionnelle en application de la directive 98/24/CE du Conseil et modifiant la directive 2009/39/CE a été transposée par le décret ministériel du 6 août 2012 ;
- la Directive 2010/35/UE sur les équipements sous pression transportables et abrogeant les directives 76/767/CEE, 84/525/CEE, 84/526/CEE, 84/527/CEE et 1999/36/CE a été transposée par le décret législatif n° 78 du 12 juin 2012 ;
- la Directive 92/57/CEE concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé à mettre en œuvre sur les chantiers temporaires ou mobiles a été transposée par le décret

législatif n° 494 du 14 août 1996. Le texte a ensuite été abrogé par l'article 304 du décret législatif n° 81 de 2008.

Dans ses Conclusions de 2012, le Comité européen des droits sociaux a demandé si le Comité de pilotage et d'évaluation tient compte des risques émergents dans la planification des politiques en matière de santé et de sécurité des travailleurs. À cet égard, il est précisé ce qui suit.

L'attention particulière portée aux risques émergents qui, à l'heure actuelle, représentent le cœur de plusieurs stratégies politiques, est confirmée. En effet, des phénomènes tels que les technopathies, c'est-à-dire les maladies professionnelles contractées à la suite d'un travail risqué, à cause de l'action nocive, lente et longue d'un facteur de risque présent dans le milieu où se déroule l'activité professionnelle, sont à l'étude, en particulier en ce qui concerne les effets dus à la surcharge biomécanique des épaules, aux mauvaises postures, à celles liées à l'âge, au sexe, au marché du travail, au statut professionnel et à l'utilisation des nanotechnologies.

En ce qui concerne les postes auxquels s'appliquent le **suivi médical et la formation et l'information pour les travailleurs atypiques**, il est à noter que la discipline établie par le décret législatif n° 81/2008 en la matière s'étend à tous les types de travailleurs et de la même manière.

En ce qui concerne la demande d'**informations sur la procédure d'infraction n° 2010/4227**, il convient de signaler qu'avec la décision du 26 mars 2015, la Commission européenne a déclaré le classement de la procédure lancée pour la mauvaise transposition de la Directive 89/391/CE relative à la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.

Protection des travailleurs contre l'amiante

Le cadre réglementaire de référence est resté inchangé.

En 2015, les *Plans régionaux Amiante* étaient encore en cours d'approbation dans certaines régions (Abruzzes, Calabre, Latium, Molise, Pouilles et Sardaigne). Le recensement, outil essentiel pour tracer l'image initiale de la présence d'amiante sur le territoire, était encore en cours dans la Basilicate, le Latium, en Ligurie, en Lombardie, dans le Molise, en Sardaigne, en Sicile, en Vénétie et dans la province autonome de Bolzano et de Trente. Il était en revanche terminé dans les Abruzzes, en Campanie, en Émilie-Romagne, dans le Frioul-Vénétie julienne, les Marches, le Piémont, les Pouilles, en Toscane, en Ombrie et dans le Val d'Aoste, mais il était encore en cours d'élaboration en Calabre.

Plus de 230 000 sites avec des toitures en amiante-ciment d'une extension approximative de plus de 12 millions de m² ont été recensés. En particulier, un peu plus de 188 000 bâtiments publics et privés contenaient de l'amiante. À ces derniers s'ajoutaient 6 913 sites industriels contenant de l'amiante, situés sur tout le territoire national.

La **cartographie** de l'amiante présente sur le territoire, complétée par dix régions (Campanie, Émilie-Romagne, Ligurie, Lombardie, Marches, Molise, Piémont, Toscane, Ombrie et Vallée d'Aoste, alors qu'elle est en cours d'achèvement dans les provinces autonomes de Bolzano et Trente) a montré, d'après les données fournies par les questionnaires, environ 25 560 sites présents dans les cinq classes de priorité d'intervention. Toutefois, le Base de Données de l'Amiante,

coordonnée par le Ministère de l'Environnement, indiquait au moins 38 000 sites sur tout le territoire national, avec plus de 300 sites en classe de priorité 1, c'est-à-dire présentant un risque accru, sur lesquels entamer immédiatement des actions d'assainissement.

Les **interventions d'assainissement** ont concerné 27 020 bâtiments publics et privés, tandis que pour 26 868 bâtiments, l'assainissement était encore en cours.

En ce qui concerne les installations d'élimination, les régions possédant au moins une installation spécifique pour l'amiante sont actuellement au nombre de onze, pour un total de 24 installations : cinq en Sardaigne, quatre dans le Piémont et en Toscane, deux en Émilie-Romagne, en Lombardie et dans la Basilicate, une dans les Abruzzes, le Frioul-Vénétie julienne, la Ligurie, les Pouilles et la province autonome de Bolzano.

En revanche, en ce qui concerne la mise en œuvre de la directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil, il est à noter que le 24 février 2015 a été présenté le projet de loi - **Acte Sénat 1783** - portant sur les « *Dispositions pour la transposition de la directive 2009/148/CE du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 sur la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante au travail, pour l'assainissement de l'amiante et des matériaux contenant de l'amiante dans les lieux publics ou ouverts au public, pour le remplacement progressif de l'amiante par d'autres produits à usage équivalent, ainsi qu'en matière d'égalité dans l'accès aux prestations sociales pour les travailleurs exposés à l'amiante.* »

Enfin, il convient de rappeler que le Chapitre III - « Protection contre les risques liés à l'exposition à l'amiante », Titre IX, « Substances dangereuses », du décret législatif 81/2008 correspond au Titre VI bis du décret législatif 626/94 (abrogé). Le Chapitre III correspond aux dispositions visées dans le décret législatif n° 257 du 25 juillet 2006 de transposition de la directive 2003/18/CE relative à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à l'amiante des travailleurs pendant le travail.

En revanche, en ce qui concerne la Convention de l'OIT n° 162 (1986) concernant la sécurité dans l'utilisation de l'amiante, le gouvernement envisage sa ratification.

Substances et préparations dangereuses

Le Comité européen des droits sociaux a demandé des informations concernant la transposition dans le droit national de la directive 2004/37/CE du Parlement européen et du Conseil. À cet égard, il est à noter que la directive 2014/27/UE du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014, qui modifiait les directives 92/58/CEE, 92/85/CEE, 94/33/CE, 98/24/CE et la directive 2004/37/CE afin de les mettre en conformité avec le règlement (CE) n° 1272/2008 - relatif au classement, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges - a été transposée par le décret législatif n° 39 du 15 février 2016.

§.3

Il y a des innovations législatives concernant **l'activité de contrôle** en matière de santé et de sécurité au travail. Le parcours politique et réglementaire de rationalisation et simplification de l'activité d'inspection s'est également concrétisé dans la mise en place d'une *Agence unique pour l'inspection du travail*, en intégrant dans une seule structure les services d'inspection du Ministère du Travail et des Politiques sociales, de l'INPS (institut national italien de la prévoyance sociale) et de l'INAIL, et dans la prévision d'outils et de formes de coordination avec les services d'inspection des Unités sanitaires locales et des Agences régionales pour la protection de l'environnement. Cette agence est appelée *Inspection nationale du Travail* en vertu du décret législatif 149/2015¹⁰. En application du *Jobs act*, à travers le décret législatif n° 151 du 14 septembre 2015¹¹, il a été procédé, entre autres, à une formation différente de la Commission consultative permanente pour la santé et la sécurité au travail en vertu de l'art. 6 du décret législatif n° 81/2008, en introduisant au sein de ladite Commission trois experts en médecine du travail, en hygiène industrielle et des installations industrielles et un représentant de l'ANMIL (Association nationale italienne des travailleurs mutilés et des invalides du travail).

Toujours dans le cadre de la simplification et de la rationalisation, sur la base de l'adhésion du Ministère du Travail et des Politiques sociales au projet OiRA (Online Interactif Risk Assessment), le décret législatif n° 151/2015 a modifié l'art. 29, alinéa 6-*quater* du décret législatif n° 81/2008. Cette nouveauté consiste à avoir prévu - par le décret ministériel à adopter sur avis de la Commission consultative permanente pour la santé et la sécurité au travail - l'identification d'outils d'aide à l'évaluation des risques, parmi lesquels les outils informatisés selon le prototype européen OiRA. Actuellement, l'outil bureautique OiRA, harmonisé avec la réglementation nationale, est à l'essai dans les petites et moyennes entreprises qui ont adhéré au projet. À la fin de cette étape, à moins d'évaluations supplémentaires, il sera procédé, par décret ministériel, à la mise en place et la mise à disposition définitive de cet outil informatique.

Accidents du travail et maladies professionnelles

La série chronologique du nombre d'**accidents** enregistrés par l'INAIL poursuit sa tendance à la baisse.

Un peu plus de 663 000 déclarations d'accidents qui se sont produits en **2014** ont été enregistrées. Par rapport à 2013, il y a une baisse d'environ 4,6% et de 24% par rapport à 2010 (voir tableau ci-dessous). Les accidents du travail étaient un peu plus de 437 000, dont 18% « en dehors de l'entreprise » (c'est-à-dire « avec des moyens de transport » ou « en cours de route »). Sur les 1 107 déclarations d'accidents mortels (1 215 en 2013 et 1 501 en 2010), les accidents « du travail » s'élevaient à 662 (dont 358, soit 54%, « en dehors de l'entreprise »).

¹⁰ Dispositions pour la rationalisation et la simplification de l'activité d'inspection en matière de travail et de législation sociale, en application de la loi n° 183 du 10 décembre 2014.

¹¹ Dispositions de rationalisation et de simplification des procédures et des obligations à la charge des citoyens et des entreprises et autres dispositions en matière de relation de travail et d'égalité des chances, en application de la loi n° 183 du 10 décembre 2014.

Modalità di accadimento	Anno di accadimento									
	2010		2011		2012		2013		2014	
In occasione di lavoro	764.877	87,77%	716.914	87,67%	651.526	87,39%	595.686	85,72%	567.010	85,50%
				-6,27%				-8,57%		-4,81%
Senza mezzo di trasporto	721.071	82,74%	677.736	82,88%	618.350	82,94%	570.978	82,17%	545.200	82,21%
				-6,01%				-7,66%		-4,51%
Con mezzo di trasporto	43.806	5,03%	39.178	4,79%	33.176	4,45%	24.708	3,56%	21.810	3,29%
				-10,56%				-25,52%		-11,73%
In itinere	106.596	12,23%	100.865	12,33%	94.016	12,61%	99.216	14,28%	96.139	14,50%
				-5,38%				5,53%		-3,10%
Senza mezzo di trasporto	23.917	2,74%	22.346	2,73%	25.534	3,42%	25.865	3,72%	25.653	3,87%
				-6,57%				1,30%		-0,82%
Con mezzo di trasporto	82.679	9,49%	78.519	9,60%	68.482	9,19%	73.351	10,56%	70.486	10,63%
				-5,03%				7,11%		-3,91%
Totale	871.473	100,00%	817.779	100,00%	745.542	100,00%	694.902	100,00%	663.149	100,00%
				-6,16%				-6,79%		-4,57%

Légende :

Mode d'occurrence

Année d'occurrence

Pendant le travail

 Sans moyens de transport

 Avec de moyens de transport

En cours de route

 Sans moyens de transport

 Avec de moyens de transport

Total

Toujours en 2014, les déclarations de maladie étaient d'environ 57 400 (environ 5 500 de plus qu'en 2013), avec une augmentation d'un peu plus de 33% par rapport à 2010. La cause professionnelle a été reconnue pour 35% d'entre elles. 62% des déclarations était pour des maladies du système musculo-squelettique (en hausse de 78% par rapport à 2010). Il est important de souligner que les déclarations concernaient les maladies et non pas les sujets malades, qui sont environ 43 000, dont environ 40% pour cause professionnelle reconnue. 1 700 travailleurs étaient atteints d'une maladie liée à l'amiante.

Les travailleurs décédés en 2014 dont la maladie professionnelle a été reconnue étaient 1 488 (26% de moins qu'en 2010). 414 décès dus à des maladies liées à l'amiante ont été enregistrés au cours de l'année. L'analyse par tranches d'âge a montré que pour 85% des décès (survenus en 2014), l'âge au décès était supérieur à 74 ans.

Tableau 1 – Maladies professionnelles par gestion, sexe et année d'enregistrement

Gestione	Genere	Anno di protocollo									
		2010		2011		2012		2013		2014	
Industria e servizi	Maschi	26.331	72,67%	28.047	72,38%	27.604	72,48%	30.528	73,22%	33.296	73,19%
				6,52%		-1,58%		10,59%		9,07%	
	Femmine	9.905	27,33%	10.705	27,62%	10.481	27,52%	11.167	26,78%	12.199	26,81%
				8,08%		-2,09%		6,55%		9,24%	
	Totale	36.236	100,00%	38.752	100,00%	38.085	100,00%	41.695	100,00%	45.495	100,00%
				6,94%		-1,72%		9,48%		9,11%	
Agricoltura	Maschi	3.761	58,85%	4.819	59,98%	4.713	61,03%	6.015	63,40%	7.054	63,34%
				28,13%		-2,20%		27,63%		17,27%	
	Femmine	2.630	41,15%	3.216	40,02%	3.009	38,97%	3.472	36,60%	4.082	36,66%
				22,28%		-6,44%		15,39%		17,57%	
	Totale	6.391	100,00%	8.035	100,00%	7.722	100,00%	9.487	100,00%	11.136	100,00%
				25,72%		-3,90%		22,86%		17,38%	
Per conto dello Stato	Maschi	231	50,77%	231	44,17%	192	40,34%	266	41,11%	304	40,00%
				0,00%		-16,88%		38,54%		14,29%	
	Femmine	224	49,23%	292	55,83%	284	59,66%	381	58,89%	456	60,00%
				30,36%		-2,74%		34,15%		19,69%	
	Totale	455	100,00%	523	100,00%	476	100,00%	647	100,00%	760	100,00%
				14,95%		-8,99%		35,92%		17,47%	
Totale		43.082		47.310		46.283		51.829		57.391	
				9,81%		-2,17%		11,98%		10,73%	

Parmi les mesures d'incitation utilisées par l'INAIL pour améliorer la prévention des accidents, on peut compter la réduction du taux tarifaire pour des raisons de prévention. Le nombre d'entreprises qui en ont bénéficié a tendance à augmenter : il y en avait 34 000 en 2011, 41 000 en 2012, 46 000 en 2013. Les demandes présentées en 2014 pour des interventions effectuées en 2013 étaient environ 71 200. La collaboration – qui a continué même en 2014 – entre l'INAIL, Federchimica et Federutility a entraîné la publication des « *lignes directrices* » pour permettre aux entreprises « du secteur » d'accéder aux mécanismes de réduction de la prime d'assurance.

En octobre 2014, la réduction de 7,99% du montant de la prime pour les entreprises artisanales qui n'ont pas déclaré d'accidents en 2012-2013 a été établie; 27 millions d'euros ont été alloués. Les situations d'assurance (territoriales) qui répondaient aux conditions étaient environ 296 000 et la réduction a concerné plus de 274 000 entreprises.

D'autres réductions ont concerné le secteur de la construction, de la pêche et de la navigation.

Le plan pour cofinancer (à 65% du coût total) des « projets d'amélioration des conditions de santé et de sécurité au travail et pour adopter des modèles d'organisation et de responsabilité sociale » (les soi-disant « mesures d'incitation Isi ») s'est également poursuivi. Avec l'appel d'offres de 2014, 267 millions d'euros ont été mis à disposition. Ils représentent la cinquième tranche d'un montant total de plus d'un milliard d'euros alloué par l'INAIL à partir de 2010. Environ 23 000 utilisateurs se sont présentés pour participer à l'attribution des fonds (avec une procédure "d'évaluation au guichet").

L'expérience de l'Isi est conforme aux directives figurant dans le « Cadre stratégique de l'UE en matière de santé et de sécurité au travail 2014-2020 », et notamment à l'importance d'orienter les politiques de prévention vers les « micro-entreprises et les petites entreprises ». D'après les données statistiques du plan de cofinancement, les projets « admis et réguliers » présentés par des entreprises jusqu'à 15 salariés représentaient 61% en 2010 et 73% en 2013.

En outre, en juillet 2014, un appel d'offres a été publié pour le financement de projets d'innovation technologique – visant à la prévention – dans les secteurs de la construction, de l'agriculture et de la transformation des matériaux en pierre (secteurs présentant un risque élevé d'accidents). Trente

millions d'euros ont été alloués et 5 121 demandes ont été reçues (63% par l'agriculture), pour un montant total demandé d'environ 65 millions.

Le Comité européen des droits sociaux a redemandé des explications sur les raisons de la différence entre les données sur les accidents du travail, mortels ou non, présentées par le gouvernement italien et les données de l'EUROSTAT.

Dans le XII^{ème} rapport sur l'application de la Charte sociale européenne modifiée, il a été noté que cet écart était dû aux différents critères de collecte des données utilisés par l'EUROSTAT - qui tient compte uniquement des accidents impliquant des absences du travail d'au moins quatre jours et qui n'inclut pas les accidents sur le chemin du travail - et l'INAIL. Il est en revanche important de souligner que les deux enquêtes, bien qu'avec des données légèrement différentes au niveau des chiffres, montrent une baisse des accidents à l'échelle nationale. La série temporelle du nombre d'accidents du travail continue en effet à baisser. En 2013¹², l'INAIL a enregistré 694 648 déclarations, soit 50 000 déclarations en moins qu'en 2012, ce qui équivaut à une baisse de presque 7%, qui atteint 21% par rapport à la même donnée de 2009. Les accidents du travail reconnus par l'Institut ont en revanche baissé de plus de 9%, en passant de plus de 500 000 en 2012 à environ 457 000 en 2013. Plus de 18% des accidents du travail reconnus par l'INAIL ont eu lieu *“en dehors de l'entreprise”*, c'est-à-dire *“avec un moyen de transport”* ou *“sur le chemin du travail”*, mais ce même pourcentage atteint presque 57% en cas d'accidents mortels. Sur un total de 1175 déclarations d'accident mortel (1331 en 2012), le nombre d'accidents que l'Institut a reconnu comme étant des accidents *“du travail”* ont été 660, dont 376 qui ont eu lieu *“en dehors de l'entreprise”*. En 2013, 51 839 déclarations de maladies professionnelles ont été présentées, soit 5556 en plus par rapport aux 46 283 déclarations de 2012. Pour 19 745 déclarations, soit 38%, l'Institut a reconnu la cause professionnelle. En 2013, la maladie professionnelle a été reconnue pour 1475 travailleurs décédés (près de 33% en moins qu'en 2009). L'analyse par tranche d'âge montre que 62% de ces décès ont eu lieu chez des personnes de plus de 74 ans.

Le Comité avait aussi demandé d'indiquer les mesures adoptées pour enrayer l'augmentation des accidents du travail subis par les travailleurs en situation précaire et les travailleurs immigrés.

En 2013, en Italie, il y avait **3 874 726**¹³ ressortissants de pays tiers en séjour régulier. En tenant également compte des ressortissants européens en séjour régulier, le nombre d'étrangers atteignait 4 387 721. Dans la même année, il y avait plus de deux millions de travailleurs étrangers (1 296 000 hommes et 1 060 000 femmes, pour un total de **2 356 000**), soit 10,5% de l'emploi total. La croissance annuelle de travailleurs étrangers (+ 22 000 personnes) a concerné les services à la personne et domestiques dans les familles. Au total, en 2013, 63,3% des immigrés était employé dans le secteur des services. Plus précisément, presque la moitié des femmes était employée dans

¹² Source : Rapport annuel

¹³ Source : Élaboration de l'ISTAT selon les données du Ministère de l'Intérieur.

les services domestiques ou de soins pour les familles (45,6%), tandis que les hommes travaillaient plus souvent dans l'industrie au sens strict et dans le bâtiment. Plus d'un tiers des travailleurs étrangers exerçaient des professions non qualifiées et presque la même quantité était des ouvriers. En ce qui concerne les accidents subis par les travailleurs nés à l'étranger, en 2013, **101 188** accidents ont été enregistrés, avec une diminution de presque 10 points par rapport à 2012. En 2013, **181** accidents mortels ont concerné un travailleur né à l'étranger. Les secteurs professionnels où se concentre la plupart des accidents chez les étrangers sont l'industrie manufacturière (21%), le bâtiment (11%) et les transports (9%). Bien qu'elle emploie environ 200 000 travailleurs étrangers (données INEA¹⁴ 2012) qui représentaient plus de 20% du nombre total de travailleurs de ce secteur, l'agriculture a affiché un nombre d'accidents peu élevé (513).

Selon le *Rapport annuel de contrôle* portant sur les inspections effectuées sur tout le territoire national en 2015, les extracommunautaires clandestins trouvés au travail s'élevaient à 1 716 (à la hausse par rapport aux 1 018 en 2014). Ils étaient concentrés dans les secteurs industriel et manufacturier (824 - en 2014, ils étaient 471) – en grande partie employés dans des entreprises dirigées par des Chinois (389 clandestins dénombrés dans la seule province de Prato) – et dans le tertiaire (523, comparé aux 384 contrôlés en 2014). Cependant, dans une bien moindre mesure, ce sont les extracommunautaires en séjour irrégulier qui ont été employés dans le secteur de la construction (189, comparés aux 90 en 2014) et dans l'agriculture (180 comparé aux 73 en 2014). Le plus grand nombre de violations concernant les travailleurs extracommunautaires clandestins a été enregistré en Toscane (576) où persiste encore une présence généralisée de laboratoires gérés par des Chinois dans le secteur manufacturier et du textile, ainsi qu'en Campanie (313), en Lombardie (199) et en Émilie-Romagne (186).

En ce qui concerne les mesures prises pour contrer l'augmentation d'accidents du travail même pour les travailleurs extracommunautaires, il est fait référence aux informations ci-dessus.

Le Comité a demandé d'indiquer le pourcentage de travailleurs couverts par les inspections effectuées ;

Tel qu'indiqué ci-dessus, les régions et les provinces autonomes de Trente et de Bolzano jouent un rôle central en matière de protection de la santé et de la sécurité au travail car elles ont pour mission d'effectuer, à travers les unités sanitaires locales, l'activité de surveillance et les actions de soutien vis-à-vis des travailleurs, des entreprises, des organisations représentatives et de tous les autres acteurs concernés à différents titres. Toutes les régions et les provinces autonomes ont créé les comités régionaux de coordination. Ces comités, qui représentent le poste de régie interinstitutionnel nécessaire pour les interventions, ont répondu aux engagements énoncés par les règles et pris avec les documents de programmation nationaux, et notamment avec le Pacte pour la santé et la sécurité au travail (décret du Président du Conseil des ministres 17/12/2007) et avec le Plan national de prévention 2010-2012, formalisés, dans chaque territoire, dans les Plans régionaux de prévention respectifs.

En ce qui concerne les entreprises et les employés du **secteur agricole**¹⁵, les principales sources d'information sont représentées par le recensement de 2010 et par les informations INPS découlant de la perception des cotisations versées. En comparant les données issues de l'INPS à celles du

¹⁴ Institut national italien d'économie agricole

¹⁵ Source : « Activité des régions et des provinces autonomes pour la prévention au travail. Année 2012 »

recensement, il convient d'examiner les grandes différences entre les deux systèmes. Pour le recensement, l'unité d'enquête est l'exploitation agricole et d'élevage, même si elle est dépourvue de terres agricoles, car elle se compose d'une unité technico-économique, de terres utilisées, même en parcelles non contiguës, et, le cas échéant, d'installations et d'équipements divers, où est exercée, à titre principal ou secondaire, l'activité agricole et d'élevage par un exploitant – personne physique, société, organisme - qui en assume les risques soit seul, en tant qu'exploitant agricole ou exploitant avec des salariés et/ou des coparticipants, soit en association. Selon la définition, les caractéristiques distinctives essentielles d'une exploitation agricole pour le recensement sont :

- l'utilisation des terres pour la production agricole et/ou animale ;
- la gestion unique par un exploitant ;
- l'exécution d'une ou plusieurs des activités économiques indiquées par le Règlement (CE) n° 1166/2008, en référence à la nomenclature européenne des activités économiques (NACE) qui, en Italie, est transposée dans la nomenclature ATECO.

Pour l'INPS, les entreprises sont identifiées par le numéro d'identification fiscal. Pour les exploitants agricoles professionnels, au moins 50% des revenus et 50% de l'activité globale de l'exploitant doivent être dédiés à la production agricole. Pour les entreprises avec des salariés, on considère comme entreprise l'ensemble des activités ayant le même numéro d'identification fiscal dans la province. Les caractéristiques structurelles des exploitations agricoles rendent la définition des personnes exposées à des risques professionnels très complexe, étant donné que les heures annuelles travaillées par habitant sont très peu nombreuses et réparties sur un grand nombre d'employés.

Tableau 2 - Nombre d'exploitations agricoles ayant présenté des données avec les déclarations à des fins de cotisations à l'INPS en 2012

Source : INPS décembre 2013, élaboration PREO

Regione	Aziende agricole autonomi	Aziende agricole con dipendenti	Totale aziende
Piemonte	36.848	7.217	44.065
Valle d'Aosta	1.309	424	1.733
Liguria	8.199	1.588	9.787
Lombardia	29.195	10.054	39.249
Trentino-Alto-Adige	16.869	7.488	24.357
Veneto	32.047	8.221	40.268
Friuli-Venezia Giulia	6.327	1.849	8.176
Emilia-Romagna	33.436	13.178	46.614
Toscana	23.440	8.517	31.957
Umbria	6.628	2.378	9.006
Marche	13.468	2.516	15.984
Lazio	21.171	7.968	29.139
Abruzzo	12.854	2.448	15.302
Molise	6.137	923	7.060
Campania	27.614	15.932	43.546
Puglia	22.916	35.682	58.598
Basilicata	8.066	3.865	11.931
Calabria	7.966	30.302	38.268
Sicilia	23.360	28.612	51.972
Sardegna	20.689	5.018	25.707
Totale	358.539	194.180	552.719

Légende :

Région

Piémont

Entreprises agricoles autonomes ; Entreprises avec des salariés ; Total

Vallée d'Aoste
Ligurie
Lombardie
Trentin – Haut Adige
Vénétie
Frioul-Vénétie Julienne
Emilie-Romagne
Toscane
Ombrie
Marches
Latium
Abruzzes
Molise
Campanie
Pouilles
Basilicate
Calabre
Sicile
Sardaigne
Total

Tableau 3 - Nombre d'employés dans l'agriculture selon l'INPS en 2010 par type de main-d'œuvre.

Source : INPS décembre 2013, élaboration PREO.

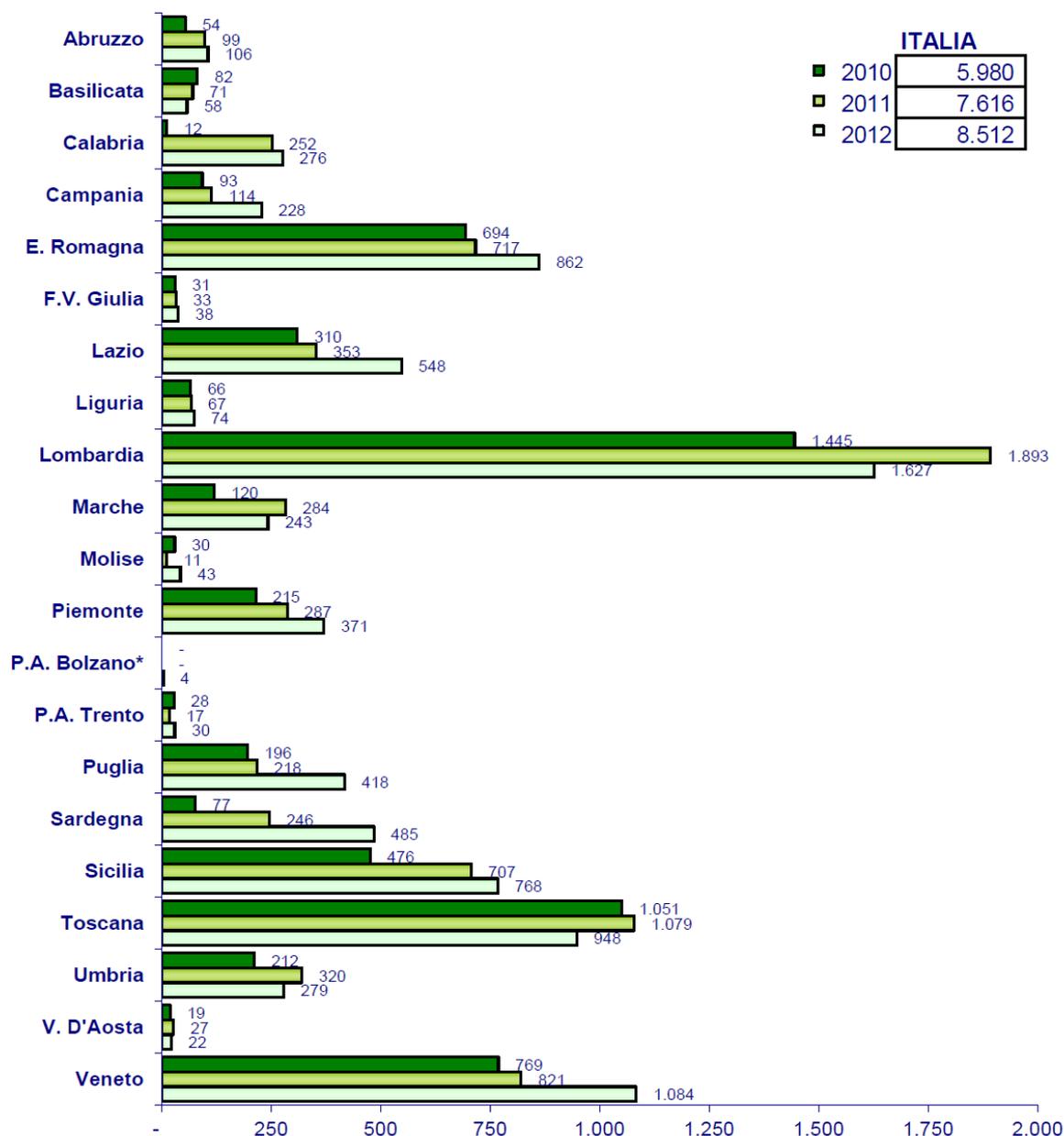
Regione	Totale autonomi	Operai a tempo determinato	Operai a tempo indeterminato	Totale lavoratori dipendenti	Totale addetti agricoltura
Piemonte	52.843	12.435	5.200	17.615	70.458
Valle d'Aosta	1.699	703	384	1.086	2.785
Liguria	9.678	2.768	927	3.692	13.370
Lombardia	46.438	14.874	17.349	32.175	78.613
Trentino-Alto-Adige	28.429	13.061	4.437	17.485	45.914
Veneto	48.822	19.087	11.948	31.003	79.825
Friuli-Venezia Giulia	9.040	4.507	2.147	6.649	15.689
Emilia-Romagna	48.717	43.030	9.303	52.307	101.024
Toscana	30.043	20.436	10.102	30.506	60.549
Umbria	8.333	5.827	2.264	8.084	16.417
Marche	17.215	7.019	2.042	9.056	26.271
Lazio	25.311	18.908	3.989	22.880	48.191
Abruzzo	14.834	7.889	1.505	9.390	24.224
Molise	6.995	2.258	532	2.788	9.783
Campania	29.803	35.955	5.235	41.167	70.970
Puglia	25.833	87.514	2.764	90.239	116.072
Basilicata	8.662	14.957	493	15.447	24.109
Calabria	8.202	55.018	9.396	64.410	72.612
Sicilia	25.077	81.890	2.963	84.834	109.911
Sardegna	22.483	8.131	6.275	14.387	36.870
Totale	468.457	456.266	99.253	555.198	1.023.655

Légende :

Région ; Total travailleurs indépendants ; employés à temps déterminé ; employés à temps indéterminé ; total salariés, total employés dans l'agriculture

Tableau 4 - Nombre d'exploitations agricoles inspectées dans les régions, période 2010-2012. L'objectif national tendanciel est de 10 000 exploitations par an.

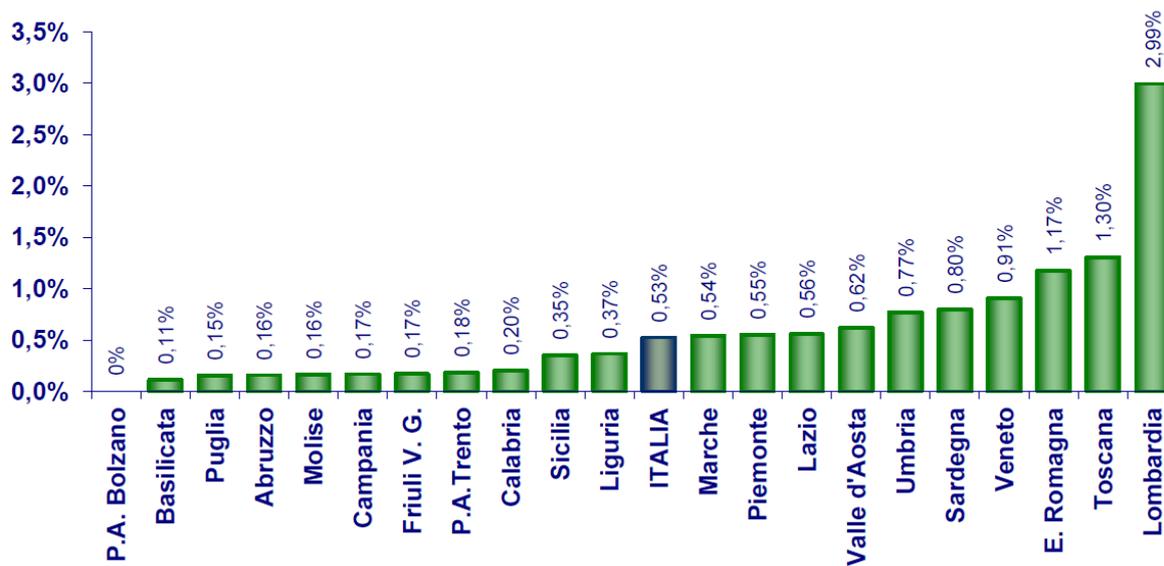
Source : Surveillance effectuée par la Coordination technique interrégionale, élaboration PREO.



*P.A. Bolzano: dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL

Tableau 5 - Pourcentage d'exploitations agricoles inspectées dans les régions en 2012 sur le total d'exploitations agricoles recensées par l'ISTAT en 2010.

Source : Surveillance effectuée par la Coordination technique interrégionale, ISTAT - données du 6^{ème} Recensement général de l'Agriculture, élaboration PREO.

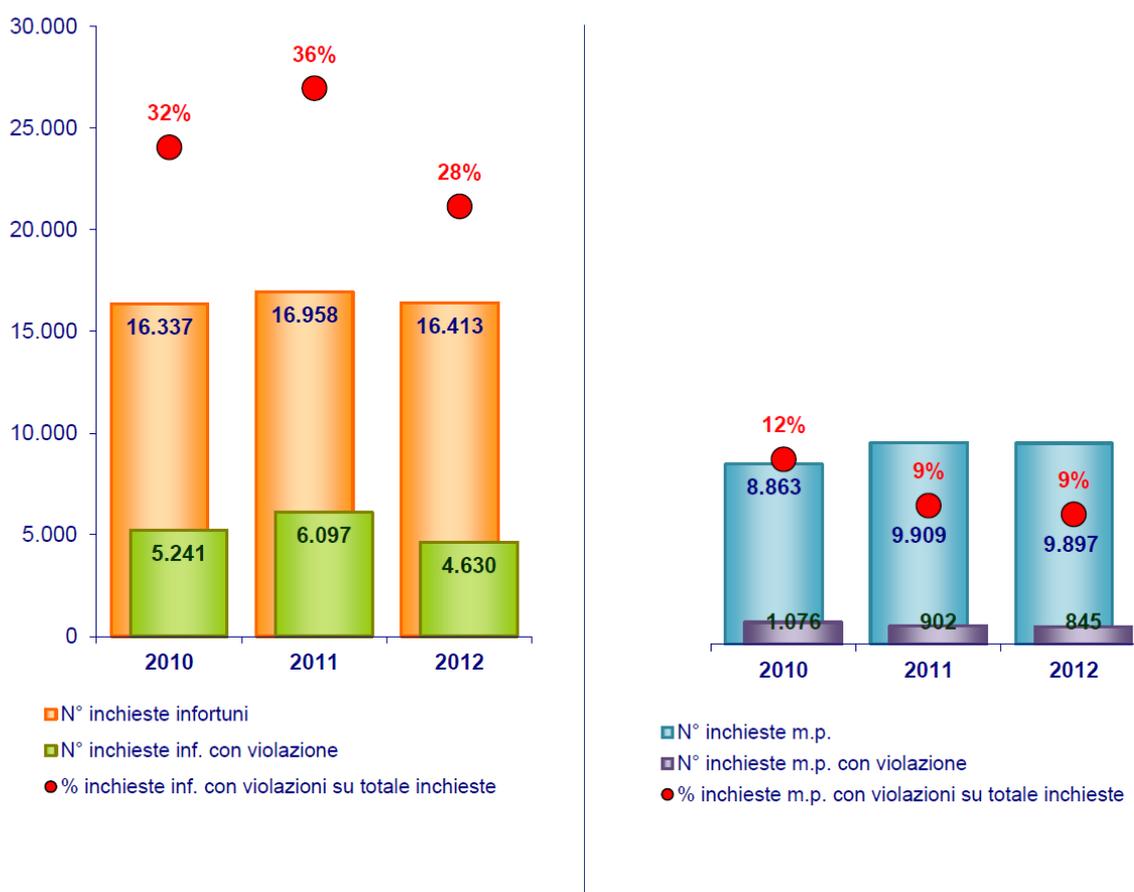


*P.A. Bolzano: dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL

Tableau 6 - À gauche : Enquêtes de police judiciaire pour accidents du travail et nombre de cas où une violation à la réglementation sur la sécurité au travail a été constatée à l'origine de l'accident.

À droite : Enquêtes de police judiciaire pour maladies professionnelles et nombre de cas où une violation de la réglementation sur l'hygiène au travail a été constatée à l'origine de la maladie. Période 2010-2012.

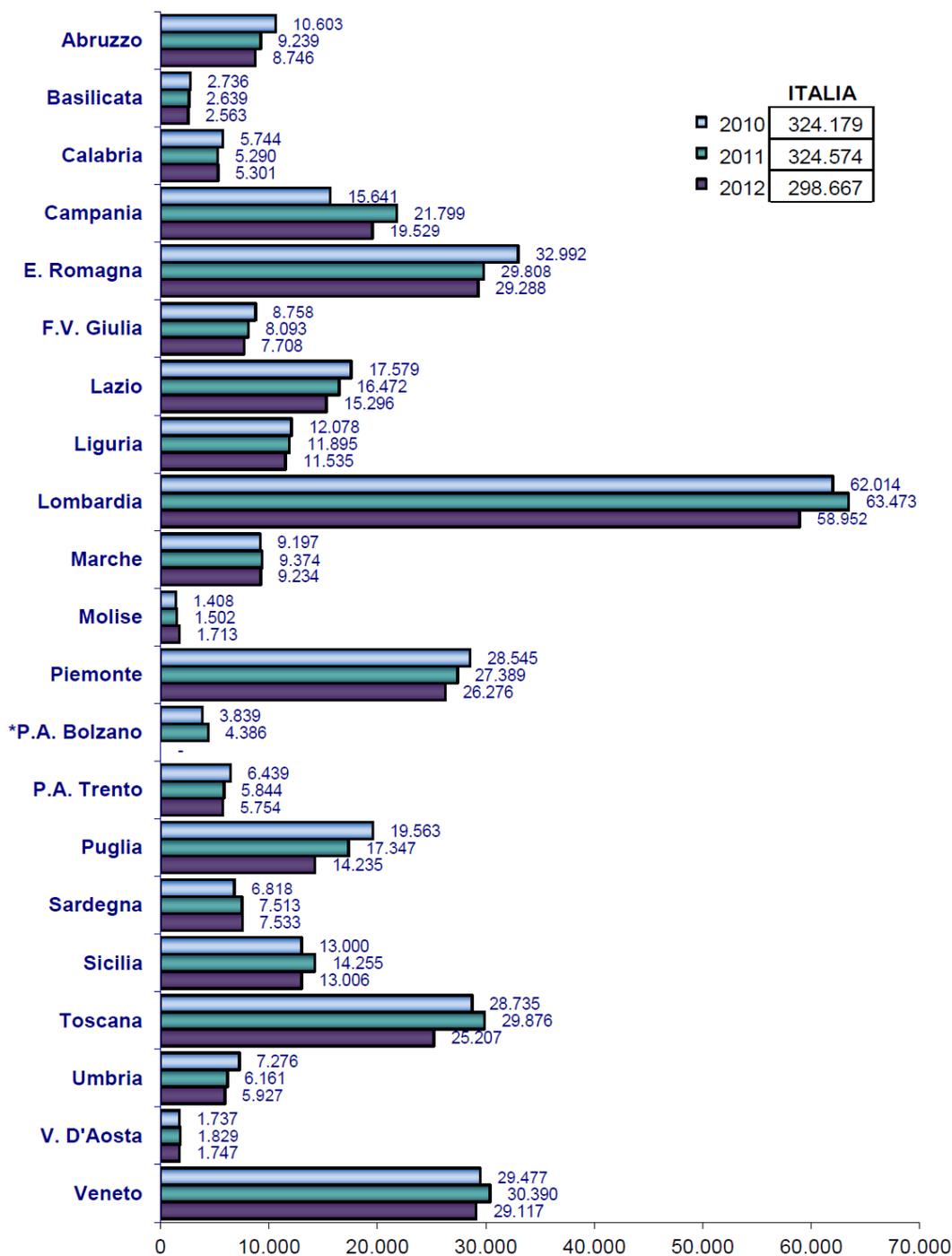
Source : Surveillance effectuée par la Coordination technique interrégionale, élaboration PREO.



Selon l'ISTAT, au cours du premier semestre de 2014, **1 497 000** personnes étaient employées dans le **secteur de la construction**, tandis qu'en 2011, les chantiers employaient plus de 1 800 000 de travailleurs. Toujours en 2014, il y avait 866 000 salariés, tandis que le nombre d'indépendants restait essentiellement stable par rapport au passé et s'élevait à 631 000.

Tableau 7 - Nombre de chantiers notifiés (art. 99 du décret législatif 81/08), période 2010-2012.

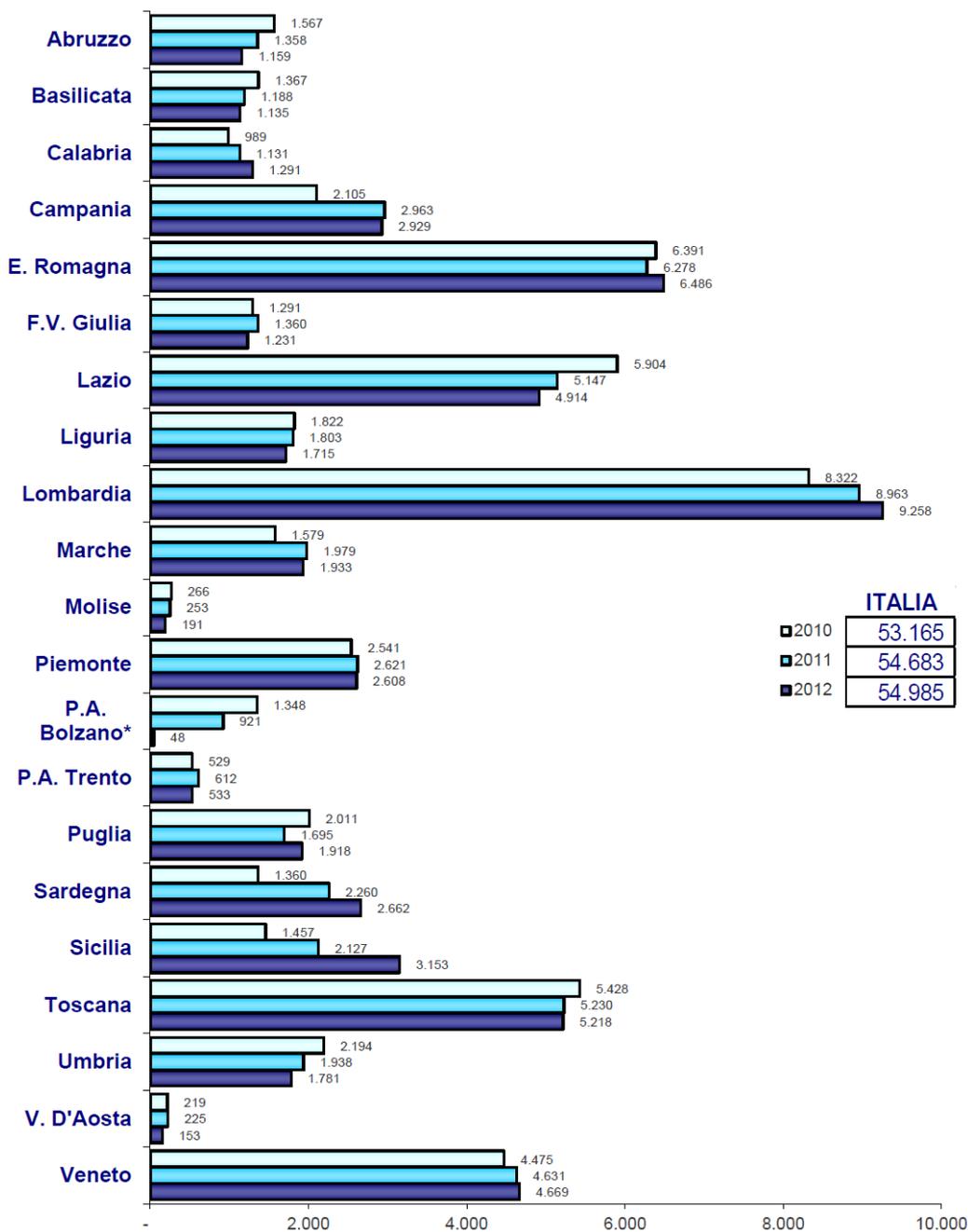
Source : Surveillance effectuée par la Coordination technique Interrégionale, élaboration PREO.



* P.A. Bolzano: dato non disponibile per il 2012

Tableau 8 - Nombre de chantiers de construction inspectés dans les régions, période 2010-2012.

Source : Surveillance effectuée par la Coordination technique interrégionale, élaboration PREO.



*P.A. Bolzano: per il 2012 dati parziali relativi alla sola Sezione Ispettorato Medico del Lavoro della Medicina del Lavoro dell'ASL

Le Comité a demandé à connaître le nombre d'inspecteurs du travail en service auprès du Ministère du Travail et des Politiques sociales et des ASL (unités sanitaires locales).

On trouvera ci-dessous le nombre d'inspecteurs techniques en service auprès du Ministère du Travail et des Politiques sociales et le dernier chiffre disponible relatif au nombre de travailleurs dans les services de prévention au travail des unités sanitaires locales (ci-après ASL) avec le statut d'Officier de Police judiciaire :

- inspecteurs techniques du Ministère du Travail : 292 (année 2015)
- employés du Service de Prévention des ASL : 3 169 (année 2012)

Le Comité a demandé des informations sur les pouvoirs d'investigation, d'ordonnance et de sanction des inspecteurs du Ministère et des ASL.

En ce qui concerne les pouvoirs attribués aux inspecteurs techniques du Ministère et au personnel des ASL pour exécuter les activités d'investigation relevant de leurs compétences, on signalera en particulier :

- **Pouvoir d'accès** : les inspecteurs ont le droit de visiter *“partout, à tout moment du jour et de la nuit, les laboratoires, les usines, les chantiers et les travaux, car ils sont soumis à leur contrôle, ainsi que les dortoirs et les cantines rattachés aux établissements”* (art. 8, alinéa 2 du décret présidentiel n° 520/55¹⁶). En revanche, l'accès aux locaux rattachés au lieu de travail mais qui ne sont pas, directement ou indirectement, liés à l'activité de l'entreprise, est interdit, à condition qu'il n'y ait pas lieu de soupçonner que ces locaux soient utilisés pour effectuer ou dissimuler des violations de la loi.
- **Pouvoir de prescription** : le pouvoir de prescription obligatoire est applicable **uniquement** à l'égard d'infractions pénales passibles de la peine alternative de l'arrestation ou de l'amende, ou d'une amende seulement (art. 301 du décret législatif n° 81/2008). *« Afin d'éliminer l'infraction constatée, en exerçant ses fonctions de police judiciaire visées dans l'article 55 du Code de procédure pénale, l'instance de contrôle confère une prescription spéciale, en fixant pour la régularisation un délai ne dépassant pas la période de temps techniquement nécessaire »* (art. 20 du décret législatif n° 758/1994) : ce délai ne peut généralement pas dépasser les six mois et peut éventuellement être prolongé une seule fois pour des raisons justifiées. Cependant, *« l'obligation de l'instance de contrôle de communiquer au Ministère public l'existence de l'infraction en vertu de l'art. 347 du Code de procédure pénale »* reste entière (art. 20, alinéa 4 du décret législatif 758/1994¹⁷). *« Au plus tard soixante jours à compter de la date limite fixée dans la prescription, l'instance de contrôle vérifie si la violation a été éliminée selon les modalités et dans les délais prescrits »* (art. 21, alinéa 1 du décret législatif n° 758/1994) et, dans l'affirmative, invite le

¹⁶ Décret de réorganisation centrale et périphérique du Ministère du Travail

¹⁷ « Modifications du régime de sanctions en matière de travail »

contrevenant à payer une somme d'argent égale à un quart de l'amende maximale fixée pour l'infraction commise. Dans les 120 jours à compter de la date limite fixée dans la prescription, l'instance de contrôle doit communiquer au Ministère public l'éventuelle conformité à la prescription et l'éventuel paiement de ladite somme. Par conséquent, si le contrevenant s'acquitte du paiement de la somme convenue, l'infraction est réglée et le Ministère public en demande le classement. Si le contrevenant ne s'acquitte pas de la prescription, le Ministère public peut ordonner la mise en accusation, en accord avec les appréciations de l'instance de contrôle, ou demander le classement de l'affaire, en désaccord avec l'instance de contrôle, s'il considère sans fondement l'accusation ou la responsabilité à titre de faute du contrevenant.

- **Pouvoir d'extinction facilitée des infractions administratives** : les violations du décret législatif n° 81/2008, passibles de sanctions administratives, ne font pas l'objet de mise en demeure en vertu de l'art. 13 du décret législatif n° 124/2004¹⁸ car elles sont régies par l'art. 30 bis du décret en question, qui est une règle spéciale par rapport au décret législatif n° 124/2004. En particulier, l'art. 301 bis du décret législatif n° 81/2008 stipule que « *dans tous les cas de non-respect des obligations passibles d'une sanction pécuniaire administrative, afin de régler l'infraction administrative, le contrevenant est autorisé à payer une somme égale à la mesure minimale prévue par la loi s'il régularise sa position en respectant le délai attribué par l'instance de contrôle dans le procès-verbal de premier accès d'inspection* ».
- **Pouvoir de disposer** : la disposition, prévue par l'art. 10 du décret présidentiel n° 520/1955, apparaît comme « *la mesure par laquelle l'instance de contrôle, toujours en exerçant le pouvoir d'appréciation lui étant conféré, dans les cas expressément prévus par la loi et dans les limites prescrites par celle-ci, nouvelles obligations ou interdictions, qui s'ajoutent à celles établies par le législateur avec les règles de prévention promulguées par ce dernier* » (Circulaire du Ministère du Travail n° 25 du 27/02/1996). Le non-respect des dispositions légitimement communiquées par les inspecteurs en matière de santé et de sécurité est passible d'arrestation ou d'une amende (art. 11 dudit décret présidentiel n° 520/55). Une forme particulière de pouvoir de disposer est celle introduite en matière de santé et de sécurité au travail par l'art. 302 bis du décret législatif n° 81/2008 qui stipule que « *les instances de contrôle communiquent des dispositions d'exécution pour l'application des règles techniques et des bonnes pratiques, si elles sont volontairement adoptées par l'employeur et expressément rappelées par celles-ci lors de l'inspection, si elles constatent leur adoption incorrecte et à moins que le fait ne constitue un délit* ». Par conséquent, la disposition prévue par l'art. 302 bis du décret législatif n° 81/2008 ne se limite qu'à l'application de règles techniques et des bonnes pratiques se référant à l'art. 2, alinéa 1, lettres u) et v) dudit décret ; dans tous les autres cas, on applique ladite disposition en vertu de l'art. 10 du décret présidentiel n° 520/1955.

18

« Rationalisation des activités d'inspection en matière de sécurité sociale et de travail, en vertu de l'article 8 de la loi n° 30 du 14 février 2003 »

- **Suspension de l'activité entrepreneuriale** : la suspension de l'activité entrepreneuriale a initialement été introduite par l'art. 36 bis de la loi n° 248/2006¹⁹ (arrêt des travaux) pour lutter plus efficacement contre le travail au noir sur les chantiers de construction. Ensuite, avec l'art. 5 de la loi n° 123/2007²⁰, elle a été étendue à toute activité entrepreneuriale. L'art. 14 du décret législatif n° 81/2008 a revu la question et a prévu que cette mesure puisse être adoptée si l'une des situations suivantes est établie : emploi de personnel n'apparaissant pas dans la documentation obligatoire dans une mesure égale ou supérieure à 20% du total des travailleurs présent sur le lieu de travail ou en cas de violations graves et répétées en matière de santé et de sécurité au travail. Il y a réitération lorsque, dans les cinq ans suivant la commission d'une violation faisant l'objet d'une prescription de l'instance de contrôle dont le contrevenant s'est acquitté ou d'une violation constatée par un arrêt définitif, cette même personne commet plusieurs violations de la même nature.
- **Saisie** : dans le cadre de l'activité d'enquête visant à établir les violations en matière de santé et de sécurité au travail, le personnel d'inspection du Ministère du Travail et des ASL peut procéder, en vertu des articles 354 et 355 du Code de Procédure pénale, à la saisie conservatoire des lieux de travail ou d'une partie de ces derniers. La saisie peut être adoptée uniquement en cas de besoin effectif et pertinent et sa durée doit être limitée au minimum indispensable. Le personnel d'inspection est tenu de verbaliser la saisie pour donner acte qu'une certaine chose est soumise à des contraintes et mise à la disposition de l'autorité compétente.
- **L'interrogatoire du personnel** : l'inspecteur est autorisé à effectuer toutes les enquêtes, les examens et les contrôles jugés nécessaires pour s'assurer que les dispositions légales soient effectivement respectées. Afin de mieux évaluer la situation, par exemple lors d'une enquête sur les accidents, l'inspecteur peut interroger, outre l'employeur, les membres de la direction, le responsable et les employés du service de protection, les salariés et quiconque pouvant être informé des faits sur lesquels l'inspecteur doit enquêter. L'acquisition des informations peut également avoir lieu en présence de témoins uniquement si l'inspecteur juge que cela ne porte pas atteinte à la spontanéité et à l'exhaustivité des déclarations.

Le Comité a demandé des informations sur les secteurs d'activité relevant de la compétence ministérielle.

Le contrôle de l'application de la législation en matière de santé et de sécurité au travail est effectué par les unités sanitaires locales (structures territoriales du service de santé national) territorialement compétentes, tel que prévu par l'art. 13 du décret législatif n° 81/2008 (voir ci-dessus pour les résultats de l'activité de contrôle des ASL).

L'alinéa 2 de cet art. 13 attribue au personnel d'inspection du Ministère du Travail et des Politiques sociales des compétences en matière de contrôle uniquement pour certains secteurs jugés « à haut risque », énumérés ci-dessous :

¹⁹ « Conversion en loi, avec modifications, du décret-loi n° 223 du 4 juillet 2006, portant sur les dispositions urgentes pour la relance économique et sociale et pour le contrôle et la rationalisation des dépenses publiques, et sur les interventions en matière de recettes et de lutte contre la fraude fiscale »

²⁰

« Mesures en matière de protection de la santé et de la sécurité au travail et délégation au gouvernement pour la réorganisation et la réforme de la réglementation en la matière »

- Activité dans le secteur des constructions civiles ou de génie civil ;
- Travaux avec des caissons à air comprimé et travaux sous-marins ;
- Installations ferroviaires (contrôle commun avec les Ferrovie dello Stato).

Ladite activité de contrôle a lieu en coordination avec les ASL à travers les comités régionaux de pilotage visés dans le décret du Président du Conseil des Ministres du 21/12/2007.

*Le Comité a demandé des informations concernant les **types de sanctions effectivement appliquées par les inspecteurs du travail en cas de violation des règles de santé et de sécurité au travail.***

En ce qui concerne les cas de sanctions, le décret législatif n° 81/2008 prévoit principalement des sanctions pénales à la charge des différentes personnes appartenant à l'entreprise (employeur, dirigeants, responsables et travailleurs). Comme le montre le Rapport annuel de l'activité de contrôle en matière de santé et de législation sociale de l'année 2015, rédigé par le Ministère du Travail et des Politiques sociales, les infractions constatées au cours de l'activité de contrôle en matière de santé et de sécurité au travail sont principalement liées aux obligations d'évaluation des risques (POS/PSC/DUVRI), au suivi médical des travailleurs, aux risques électriques, à l'utilisation des équipements de travail et des équipements de protection collective et individuelle et au risque de chute de hauteur (voir ci-dessous).

*Le Comité a demandé des informations sur les **conséquences des infractions pénales constatées.***

La législation spéciale sur la santé et la sécurité au travail est transposée, en ce qui concerne la répression des comportements illégaux, dans certains articles du Code pénal qui qualifient certains comportements de « délits ». En particulier, les articles 437 et 451 du Code de Procédure pénale tiennent compte du comportement de ceux qui omettent, respectivement délibérément ou à tort, de placer ou préparer les précautions pour éviter tout accident, ou qui éliminent ou endommagent les instruments destinés à l'extinction des incendies, au sauvetage ou aux secours.

Ces articles sont d'ordre général et sont applicables à tous les cas où la législation spéciale indique des personnes appelées à une certaine conduite active de protection et de prévention. Il en va de même pour les articles 589 et 590 du Code de Procédure pénale qui tiennent compte, respectivement, des cas d'*homicide involontaire* et de *dommages corporels involontaires* qui, s'ils sont causés par la violation des règles de prévention des accidents, prévoient des peines plus sévères.

Tel qu'expliqué plus haut, avec décret législatif n° 758/94, le législateur a introduit l'institution de la « *prescription* » qui définit la procédure relative au règlement des infractions en matière de santé et de sécurité.

En particulier, la procédure prévue par l'article 20 du décret législatif n° 758/94 est la suivante :

- après avoir constaté la commission d'une infraction en matière de santé et de sécurité au travail, passible de la peine alternative de l'arrestation ou de l'amende, ou d'une l'amende seulement, dans l'exercice de ses fonctions de police judiciaire visées dans l'art. 55 du Code de Procédure pénale, l'instance de contrôle confère au contrevenant une prescription spécifique, en fixant pour la régularisation un délai ne dépassant pas la période de temps techniquement nécessaire ; en outre, l'instance de contrôle doit communiquer au Ministère public l'infraction en vertu de l'art. 347 du Code de procédure pénale ;

- dans les soixante jours suivant la date limite fixée pour la prescription, l'instance de contrôle doit s'assurer que le contrevenant se soit acquitté de la prescription conférée et, dans l'affirmative, l'invite à payer une somme d'argent égale au quart de l'amende maximale établie pour l'infraction commise. En même temps, elle informe l'autorité judiciaire pour qu'elle évalue le classement de la procédure.

De cette façon, le législateur a cherché à atteindre deux objectifs : d'une part, soulager le système judiciaire pénal et, de l'autre, assurer la sécurité des travailleurs en éliminant les situations dangereuses et en rétablissant les conditions de sécurité.

Si le contrevenant ne s'acquitte pas de la prescription, le Ministère public peut :

- ordonner la mise en accusation, en accord avec les appréciations de l'instance de contrôle ;
- demander le classement de l'affaire, en désaccord avec l'instance de contrôle, s'il considère sans fondement l'accusation ou la non-culpabilité du contrevenant.

*Enfin, le Comité a demandé d'indiquer le **nombre de condamnations pénales prononcées**.*

À l'heure actuelle, il n'est pas possible de fournir un chiffre sur les condamnations pénales prononcées après la constatation d'infractions en matière de santé et de sécurité au travail. Le seul chiffre qui peut être fourni est celui relatif aux mesures de suspension de l'activité entrepreneuriale adoptées en présence de travail non déclaré, ainsi qu'en rapport avec les violations graves et répétées en matière de santé et de sécurité. Au cours de la période janvier-décembre 2015, **7 118** mesures ont été adoptées au total, avec une hausse de **+4%** par rapport à celles qui se rapportent à l'année 2014 (6 838). La quasi-totalité des mesures d'interdiction (**7 111**) faisait référence à l'emploi de travailleurs illégaux dans une mesure égale ou supérieure à 20% de ceux qui étaient présents sur le lieu de travail, alors que seulement sept suspensions ont été adoptées pour des violations graves et répétées de législation en matière de protection de la santé et de la sécurité.

Résultats du contrôle technique

Le contrôle en matière de protection de la santé et de la sécurité au travail effectué en 2014 par le Ministère du Travail, l'INPS et l'INAIL a permis de constater **26 998** violations en matière de prévention, avec une baisse de **-18,49%** par rapport à 2013 (avec 33 123 violations constatées). En 2015, les violations constatées s'élevaient à 32 392 et concernaient aussi bien les violations en matière de prévention (27 523) que d'autres violations de nature technique. Dans le cadre général des infractions constatées pour l'année 2015 suivant une activité de contrôle en matière de santé et de sécurité au travail, les résultats statistiques attribuent un taux de 8% aux violations relatives aux obligations d'évaluation des risques (POS/PSC/DUVRI). L'analyse des données sur la généralité des violations montre un manque d'attention de la part des entreprises inspectées, en particulier en ce qui concerne les obligations de l'employeur relatives au suivi médical des travailleurs (d'un pourcentage de 11%) et au respect des obligations en matière de formation et d'information (8%). En ce qui concerne le chiffre global des infractions en matière de prévention, les violations constatées en référence aux risques électriques, à l'utilisation d'équipements de travail et d'équipements de protection collective et individuelle, enregistrent un taux qui s'élève à 9%, tandis que les violations se référant aux risques de chute de hauteur sont de 26%.

§.4

Le Comité européen des droits sociaux a demandé plusieurs informations concernant la surveillance médicale. À cet égard, il est précisé ce qui suit.

L'art. 18 du décret législatif n° 81 du 9 avril 2008 (Texte unique sur la santé et la sécurité au travail, ci-après T.U.) prévoit que l'employeur nomme un médecin compétent pour effectuer la surveillance médicale pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs. Il convient de préciser que la nomination du médecin compétent n'est pas obligatoire dans toutes les entreprises car elle n'est prévue que si la surveillance médicale est obligatoire à la suite de l'évaluation des risques dans les cas prévus par l'art. 41 du T.U.

Tout d'abord, il est à noter que les pourcentages à nouveau requis, relatifs au nombre d'entreprises qui sont équipées de services de médecine du travail ou qui partagent ces services avec d'autres entreprises, ne sont pas disponibles étant donné que le SINP (*Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione* - système d'information national italien pour la prévention) n'a pas encore été activé.

En ce qui concerne l'engagement d'assurer une protection adéquate de la santé au travail pour tous les travailleurs, dans chaque secteur d'activité, il est à noter que toutes les interventions proposées par la réglementation en vigueur garantissent, dans tous les cas, le respect des niveaux de protection actuellement assurés aux travailleurs et à leurs représentants, dans tous les milieux de travail et sur tout le territoire national, et, en même temps, de l'équilibre des compétences en la matière entre l'État et les régions.

Il convient de rappeler que l'article 5 du T.U. a prévu un organisme national, 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 de sécurité au travail*", qui agit en tant que "*poste de régie*" des politiques nationales de prévention, en permettant d'identifier – par une confrontation permanente entre les membres de l'organisme – les priorités, les objectifs et le calendrier des activités.

Il convient également de souligner que l'existence concrète d'une stratégie efficace de lutte contre les accidents ne se traduit pas seulement par la modernisation du cadre juridique de référence et par la participation des partenaires sociaux, mais également par la réalisation d'une série d'actions publiques et privées visant à améliorer la prévention et les niveaux de protection dans tous les milieux de travail.

En outre, il convient de rappeler que la participation des partenaires sociaux à la définition des stratégies italiennes en matière de santé et de sécurité au travail est pleinement garantie – non seulement par leur présence dans les comités régionaux visés à l'article 7 du T.U. et par la consultation préalable sur les activités du Comité – notamment avec la prévision de leur présence permanente au sein de la Commission consultative pour la santé et la sécurité au travail visée à l'article 6 du T.U., qui compte 10 représentants de l'État, 10 représentants des régions, 10 représentants des organisations patronales et 10 représentants des organisations syndicales.

En ce qui concerne les catégories des travailleurs indépendants, des travailleurs domestiques et des travailleurs à domicile, il est précisé ce qui suit.

Seule la réglementation visée à l'article 21 du T.U. s'applique aux travailleurs indépendants, qui prévoit pour ces derniers l'obligation d'utiliser les équipements de travail conformément aux dispositions visées au Titre III ; de se munir d'équipements de protection individuelle (EPI) et de les utiliser conformément aux dispositions visées dans le Titre susmentionné. Ces travailleurs

doivent également se munir d'un document d'identité spécifique avec photo et données personnelles s'ils exercent leur activité dans un milieu de travail où se déroulent des activités liées à un marché ou à une sous-traitance, alors que la formation et la surveillance médicale restent facultatives et à la charge de ces travailleurs.

La réglementation relative à la santé et à la sécurité au travail ne s'applique pas aux travailleurs domestiques. En revanche, pour les travailleurs à domicile, l'art. 3, alinéa 9 du T.U. prévoit que la formation et l'information soient obligatoires (articles 36 et 37 du T.U.), ainsi que l'utilisation des EPI et de l'équipement de travail conformes aux dispositions visées par le Titre III susmentionné.

Conformément à l'art. 39 (Exercice de l'activité de médecin compétent) du T.U., l'activité du médecin compétent doit se dérouler selon les principes de la médecine du travail et du code de déontologie de la Commission internationale de la santé au travail (CIST).

Le médecin compétent exerce son activité en tant que :

- a) salarié ou collaborateur d'une structure externe publique ou privée, convenue avec le chef d'entreprise ;
- b) indépendant ;
- c) salarié de l'employeur.

Il peut avoir recours, pour des tests de diagnostic, à la collaboration de médecins spécialisés choisis en accord avec l'employeur qui en assumera la charge financière. L'employeur peut nommer plusieurs médecins compétents, en nommant parmi eux un médecin assurant des fonctions de coordination, en cas d'entreprises avec plusieurs unités de production, en cas de groupes d'entreprises ou si l'évaluation des risques montre que cela est nécessaire.

L'art. 40 (Relations du médecin compétent avec le Service national de santé) du T.U. a prévu, pour le médecin compétent, l'obligation d'envoyer à l'ASL²¹ territorialement compétente, avant le premier trimestre de l'année qui suit l'année de référence, uniquement par voie électronique, les informations traitées en montrant les différences entre hommes et femmes relatives aux données agrégées de santé et de risque des travailleurs soumis à une surveillance médicale, selon le modèle 3b du T.U.

Il convient de rappeler que le Service national de santé (*Servizio Sanitario Nazionale - SSN*) s'occupe de médecine du travail à travers l'ISPESL²² (*Istituto Superiore per la Prevenzione E la Sicurezza del Lavoro - Institut supérieur italien pour la prévention et la sécurité au travail*) et ses ASL, à l'intérieur desquelles se trouve le Département de prévention qui compte plusieurs services, dont le Service de prévention et de sécurité sur les lieux de travail (*Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro - SPSAL*).

Par conséquent, l'article mentionné ci-dessus a introduit pour la première fois une activité de reconnaissance et de suivi des données relatives aux travailleurs soumis à une surveillance médicale. Le but de ce flux d'informations est de permettre aux services publics compétents en matière de santé et de sécurité au travail, mais également aux médecins compétents, de contrôler le

²¹ Azienda Sanitaria Locale (unité sanitaire locale)

²² La loi n° 122 du 30 juillet 2010, de conversion avec amendements du décret-loi 78/2010, a attribué à l'INAIL les fonctions qui étaient déjà exercées par l'ISPESL.

processus de surveillance médicale et d'avoir des informations utiles pour la cartographie des risques professionnels et des effets dus au travail.

Pour 2013 (en ce qui concerne la surveillance effectuée en 2012), le flux était expérimental. En 2014 (en ce qui concerne la surveillance effectuée 2013), il y a eu le premier envoi post-expérimentation via le portail de l'INAIL²³ qui désormais permet même aux ASL de surveiller les données de manière agrégée et d'accéder en temps réel à chaque communication.

En ce qui concerne les données chiffrées requises sur le nombre de médecins compétents par rapport à la population active, on ne dispose pas d'informations relatives à la surveillance médicale effectuée par les médecins compétents au niveau de chaque travailleur, mais uniquement au niveau des unités de production, par genre.

L'ensemble des médecins compétents était composé de 3597 médecins en 2012 et de 5018 médecins en 2013, qui ont effectué respectivement 227 162 et 452 062 communications, pour 224 967 et 447 336 unités de production gérées. Le nombre de communications est différent du nombre d'unités de production car certaines grandes unités sont surveillées par plusieurs médecins compétents.

Tabella 1 - Comunicazioni, unità produttive e medici competenti per regione e per anno

	2013 (attività svolta nel 2012)			2014 (attività svolta nel 2013)		
	Comunicazioni	Unità produttive	Medici che hanno inviato comunicazioni	Comunicazioni	Unità produttive	Medici che hanno inviato comunicazioni
Abruzzo	2.915	2.896	206	7.946	7.875	356
Basilicata	2.035	2.025	99	3.914	3.871	205
Calabria	1.793	1.786	165	6.622	6.584	322
Campania	10.674	10.626	445	21.391	21.240	813
Emilia Romagna	25.690	25.411	719	46.514	45.765	1.119
Friuli Venezia Giulia	5.951	5.797	229	11.065	10.843	389
Lazio	12.114	11.882	756	28.058	27.552	1.174
Liguria	7.108	7.071	315	13.046	12.922	484
Lombardia	69.243	68.782	1.418	105.013	104.215	1.984
Marche	6.224	6.205	238	16.091	16.024	412
Molise	364	364	64	933	932	134
Piemonte	27.399	27.076	771	41.089	40.613	1.045
Puglia	6.802	6.769	279	24.178	24.004	549
Sardegna	2.658	2.650	127	8.689	8.651	258
Sicilia	4.721	4.696	286	19.765	19.657	586
Toscana	10.931	10.887	438	24.548	24.363	750
Trentino Alto Adige	3.999	3.978	164	11.603	11.510	294
Umbria	4.132	4.127	180	7.968	7.913	308
Valle d'Aosta	932	930	70	1.618	1.573	113
Veneto	21.477	21.009	639	52.011	51.229	1.014
TOTALE	227.162	224.967	3.597	452.062	447.336	5.018

²³ Institut national italien d'assurance contre les accidents du travail

Tabella 1 - Comunicazioni, unità produttive e medici competenti per regione e per anno	Tableau 1 - Communications, unités de production et médecins compétents par région et par année
2013 (attività svolta nel 2012)	2013 (activité effectuée en 2012)
2014 (attività svolta nel 2013)	2014 (activité effectuée en 2013)
Comunicazioni	Communications
Unità produttive	Unités de production
Medici che hanno inviato comunicazioni	Médecins ayant envoyé des communications
Abruzzo	Abruzzes
Basilicata	Basilicate
Calabria	Calabre
Campania	Campanie
Emilia Romagna	Émilie-Romagne
Friuli Venezia Giulia	Frioul-Vénétie julienne
Lazio	Latium
Liguria	Ligurie
Lombardia	Lombardie
Marche	Marches
Molise	Molise
Piemonte	Piémont
Puglia	Pouilles
Sardegna	Sardaigne
Sicilia	Sicile
Toscana	Toscane
Trentino Alto Adige	Trentin Haut-Adige
Umbria	Ombrie
Valle d'Aosta	Vallée d'Aoste
Veneto	Vénétie
TOTALE	TOTAL

En ce qui concerne la question sur les sanctions et les contrôles visant à assurer le respect des obligations légales en la matière, il convient de se reporter à l'article 13 du T.U. qui régit, entre autres, la répartition des compétences en matière de surveillance (*“La surveillance de l'application de la législation en matière de santé et de sécurité au travail est effectuée par l'unité sanitaire locale territorialement compétente”*).

Le T.U. prévoit une série de sanctions si l'employeur ne respecte pas les instructions fournies par la réglementation sur la **médecine du travail**, sur la **formation des travailleurs** et sur le maintien de la **sécurité au travail**. Par exemple, le manquement à l'obligation de nommer le médecin compétent est passible d'une amende allant de **1644,00 € à 6576,00 €** ou d'une arrestation allant de **2 à 4 mois** (**art. 55, alinéa 5, paragr. d** du T.U.).

Article 11

Droit à la protection de la santé

§.1

Le cadre juridique de référence n'a pas changé au cours de la période d'intérêt de ce rapport.

LES MESURES

Le **Plan national de Prévention (PNP) 2010-2012** (Accord État-régions du 29 avril 2010) a été principalement consacré à cinq domaines thématiques : le suivi épidémiologique, transversal à tous les domaines, et quatre grands domaines d'intervention :

1. la médecine prédictive, c'est-à-dire l'approche qui, avant et/ou après la naissance, tend à découvrir et évaluer en termes de probabilité les facteurs qui, pour une personne en particulier et dans un contexte donné, peuvent favoriser l'apparition d'une maladie ;
2. la prévention universelle, qui comprend des programmes de prévention primaire dans de nombreux domaines – des contrôles environnementaux aux activités de vérification de sécurité, des vaccinations à la lutte contre d'autres maladies transmissibles, de la protection de la santé au travail aux interventions réglementaires, etc. – avec une importance particulière, dans le PNP, pour la lutte contre les éléments déterminants des maladies chroniques ;
3. la prévention dans la population à risque, qui inclut des interventions communautaires visant à établir un diagnostic le plus tôt possible, de sorte que – toujours dès que possible – il soit possible d'intervenir sur l'éventuelle maladie, en réduisant ou en retardant ses conséquences et en améliorant de la qualité de vie du patient et de son cercle familial ;
4. la prévention des complications et des rechutes de maladies qui, dans le contexte épidémiologique actuel caractérisé par le vieillissement de la population et par la chronicité, compte promouvoir le projet et la mise en œuvre de parcours assurant – en améliorant l'intégration dans les services de santé et entre ces derniers et les services sociaux – la continuité de la prise en charge, avec une référence spécifique aux cibles les plus vulnérables.

Pour chaque grand domaine, des lignes d'action générales ont été identifiées (22 au total) et, par rapport à chaque ligne, les objectifs généraux de santé. Sur cette structure, les régions ont élaboré et adopté formellement les Plans régionaux de Prévention (PRP), en déclinant, par rapport à leur contexte territorial, les objectifs centraux en objectifs spécifiques et en documentant leur état de mise en œuvre. En revanche, le Ministère de la Santé a été chargé de coordonner le processus de mise en œuvre du PNP et de certifier au Comité LEA (Niveaux essentiels d'assistance) la réalisation effective des objectifs prévus par le PRP.

Pendant les années 2012-2013, le processus d'évaluation des PRP a été effectué selon les principes et les règles définis dans l'Accord État-régions du 10 février 2011, au cours duquel le « *Document pour l'évaluation des PRP 2010-2012* » a été adopté.

Avec l'Accord conclu lors de la Conférence État-régions le 7 février 2013, il a été décidé de prolonger jusqu'au 31 décembre 2013 le PNP 2010-2012.

Dans l'ensemble, au cours des quatre années de validité du Plan, les PRP ont produit 740 programmes et projets répartis dans les grands domaines, avec un investissement absolument prioritaire dans la prévention universelle (470 projets/programmes, soit 64% du total) et, dans celle-ci, dans la ligne d'action « Prévention et surveillance des habitudes, des comportements, des modes de vie malsains et des maladies s'y rattachant » (154 projets/programmes, soit environ un tiers de la prévention universelle et un cinquième de tous les projets/programmes), qui déclinait fondamentalement, au niveau régional/local, des objectifs et des actions du programme national

« *Améliorer la santé* ». Environ 30% (200 projets/programmes) de la planification régionale a concerné des interventions de prévention dans la population à risque : 5% pour des interventions de prévention des complications et des rechutes de maladies et 4% pour la médecine prédictive, en incluant presque exclusivement dans cette dernière activité l'application de la Carte du risque cardiovasculaire. Toutes les régions ont couvert les quatre grands domaines, en concentrant principalement leurs efforts sur la « promotion de la santé ».

Le 13 novembre 2014, la Conférence État-régions a approuvé l'Accord sur le Plan national de prévention 2014-2018. Le nouveau PNP, d'une durée de cinq ans, compte définir un système d'actions de promotion de la santé et de prévention pouvant accompagner les personnes à tous les stades de la vie, dans les lieux de vie et de travail. Peu de grands objectifs hautement stratégiques ont été identifiés et seront poursuivis par toutes les régions à travers la mise au point de plans et de programmes qui, à partir des contextes locaux spécifiques et en mettant l'accent sur une approche aussi intersectorielle et systématique que possible, permettent d'atteindre les résultats escomptés :

1. réduire la charge évitable de morbidité, mortalité et invalidité des maladies non transmissibles
2. prévenir les conséquences des troubles neurosensoriels
3. promouvoir le bien-être mental chez les enfants, les adolescents et les jeunes
4. prévenir la dépendance de substances et de comportements
5. prévenir les accidents de la route et réduire la gravité de leurs conséquences
6. prévenir les accidents domestiques et leurs conséquences
7. prévenir les accidents et les maladies professionnelles
8. réduire les expositions environnementales potentiellement nocives pour la santé
9. réduire la fréquence d'infections/maladies infectieuses prioritaires
10. mettre en œuvre le Plan national intégré des Contrôles pour la prévention dans la sécurité alimentaire et la santé publique vétérinaire.

L'ÉTAT DE SANTÉ DU PAYS

La santé perçue (l'un des principaux indicateurs de santé subjective reconnu sur le plan international pour sa capacité de refléter des conditions fortement liées à la survie et à la demande de prestations médicales) ne montre pas de changements significatifs au fil du temps. En 2013¹, la prévalence, normalisée par âge, de ceux qui affirmaient être malades ou très malades est restée stable à 7,3% dans la population de 14 ans et plus (elle était de 7,4% en 2005), tandis que 67% des personnes sondées évaluait positivement leur état de santé (48,1% affirmait se sentir bien et 18,9% se sentir très bien). 20,1% des personnes âgées a exprimé une opinion négative sur son état de santé (part globalement stable par rapport à 2005). Au fil du temps, pour la dynamique territoriale, des tendances opposées ont été observées, avec des améliorations dans le centre et le Nord, des

¹ ISTAT – « *Protection de la santé et accès aux soins. Année 2013* ». 2014

aggravations dans le Sud et une nouvelle hausse des inégalités territoriales. Dans des régions comme la Sicile, la Calabre, les Pouilles et la Campanie, avec une forte prévalence de mauvaise santé déjà en 2005 par rapport à la moyenne nationale, la tendance à la hausse a continué en 2013 et des parts respectives de 30%, 29,7%, 27,4% et 26,7% ont été atteintes. En Sardaigne, même avec une prévalence en baisse, une part élevée a été enregistrée (26,6%). Les parts les plus basses ont été observées dans la province de Bolzano (6,9%), suivie par la province de Trente (12,6%), la Lombardie (14,2%) et la Vénétie (14,4%). Les variations territoriales observées pour l'évaluation subjective de l'état de santé de la population âgée ont été confirmées par la tendance d'un autre indicateur de santé. En effet, une nouvelle hausse des taux de personnes âgées multi-chroniques a été constatée dans les régions du Sud, où la position la plus désavantageuse a été enregistrée en Sardaigne, avec une part de 51,5% qui atteignait 61,4% chez les femmes.

La lutte contre la propagation des **maladies chroniques** promue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), même avec le récent programme *Health 2020*, est particulièrement importante dans des pays tels que l'Italie qui possède l'un des taux de vieillissement les plus élevés en Europe et dans le monde. En 2013, environ une personne sur deux (46,9%) présentait au moins une maladie chronique dans une liste de 23 maladies. Les maladies les plus fréquentes dans la population totale étaient, dans l'ordre : l'hypertension artérielle (17,1%), l'arthrose/arthritis (16,2%), les maladies allergiques (13,7%), la céphalée/migraine récurrente (10,8%).

En 2015, 38,3% des résidents en Italie a déclaré souffrir d'au moins l'une des principales maladies chroniques constatées (choisies parmi une liste de 15 maladies ou affections chroniques). Le chiffre était stable par rapport à 2014. Les maladies chroniques et dégénératives étaient plus fréquentes dans les tranches d'âge plus adultes : 51,5% en souffrait chez les 55-59 ans et chez les plus de 65 ans, la part atteignait 85,2%. Le plus souvent, les femmes étaient plus touchées, surtout après 55 ans.

19,8% de la population a affirmé souffrir de deux ou plusieurs maladies chroniques, avec des différences très marquées entre les sexes à partir de 45 ans. Chez les plus de 65 ans, la comorbidité était de 65,4% (57,3% chez les hommes et 70,9% chez les femmes). Par rapport à 2014, il y a eu une baisse de la part de ceux qui ont déclaré avoir deux ou plusieurs maladies chroniques dans la tranche d'âge 45-54 ans (-2,8 points de pourcentage).

En 2015, 42,3% des personnes étaient perçues en bonne santé, bien qu'elles affirmaient souffrir d'au moins une maladie chronique.

Les maladies ou les affections chroniques les plus courantes étaient : l'hypertension (17,1%), l'arthrose/arthritis (15,6%), les maladies allergiques (10,1%), l'ostéoporose (7,3%), la bronchite chronique et l'asthme bronchique (5,6%) et le diabète (5,4%).

L'ESPÉRANCE DE VIE

L'espérance de vie en Italie en 2012² était en tête du classement européen de l'espérance de vie à la naissance avec **77,5** ans pour les hommes et **83,1** pour les femmes. L'espérance de vie à la

² Ministère de la Santé – « Rapport sur l'état de santé du pays. Années 2012-2013 » - 2014

naissance a continué d'augmenter jusqu'en 2015³, année où une baisse a été enregistrée (**80,1** pour les hommes - par rapport à 80,3 en 2014- et **84,7** ans pour les femmes - par rapport à 85).

NATALITÉ ET MORTALITÉ

La tendance à la hausse de la fécondité en cours pendant la dernière décennie, qui a eu un pic en 2010 (1,46 enfants par femme), a depuis longtemps terminé son élan. Cette période particulière a été caractérisée par la reprise des naissances précédemment reportées (dans les années 90) par les femmes de nationalité italienne et par l'apparition du nouveau modèle de maternité exprimé par les femmes étrangères, au fur et à mesure que leur présence était plus stable et enracinée. En revanche, au cours des cinq dernières années, la persistance des effets sociaux de la crise économique a déclenché une nouvelle phase de diminution de la fécondité.

En 2015, les naissances ont été estimées à 488 000 unités, quinze mille de moins qu'en 2014 (503 000), tandis que le **taux de natalité** a baissé de 8,3 pour mille en 2014 à **8 pour mille**, face à une baisse uniformément répartie sur tout le territoire. Il n'y a eu de hausses de la natalité dans aucune région du pays et seuls le Molise, la Campanie et la Calabre ont maintenu un taux inchangé par rapport à 2014. En 2015, pour la cinquième année consécutive, une baisse du nombre moyen d'enfants par femme (TFT) a été enregistrée, qui a chuté à 1,35.

D'après l'enquête sur les certificats d'assistance à l'accouchement (CeDAP – Ministère de la Santé) se référant à l'année 2013, il y a eu 1 362 mort-nés, ce qui correspond à un taux de mortinatalité de 2,66 mort-nés pour 1 000 naissances. 1,1% des nouveau-nés avait un poids inférieur à 1 500 grammes, 6,3% entre 1 500 et 2 500 grammes, 87,3% entre 2 500 et 3 999 et 5,3% dépassait 4 000 grammes de poids à la naissance. En 2013, les enfants nés à terme avec un poids de moins de 2 500 grammes représentaient environ 3,03% des cas.

Dans les tests d'évaluation de la vitalité du nouveau-né grâce à l'indice d'Apgar, 99,4% des nouveau-nés avait un score compris entre 7 et 10 à cinq minutes de la naissance.

En 2013, le taux de mortalité infantile, qui mesure la mortalité au cours de la première année de vie, était de 3,20 enfants pour mille naissances vivantes. Au fil des ans, ce taux a continué de baisser sur l'ensemble du territoire italien.

En Italie, la mortalité maternelle reste un événement rare. D'après un projet pilote de suivi de la mortalité maternelle, coordonné par l'Institut supérieur de la Santé dans six régions (Piémont, Émilie-Romagne, Toscane, Latium, Campanie et Sicile), il est apparu que le pays est en ligne avec la moyenne des pays européens, avec un taux de mortalité maternelle de 10 décès pour 100 000 naissances. Parmi les régions participantes, le ratio le plus faible (4,6 pour cent mille naissances vivantes) a été constaté en Toscane, tandis que le plus élevé (13,4 pour cent mille naissances vivantes) était en Campanie. Le suivi actif, mis en place en 2013 par le Centre national de Surveillance et de Promotion de la Santé de l'Institut supérieur de la Santé, grâce à un financement

³ ISTAT – « Indicateurs démographiques. Estimations pour 2015 » - 2016

du Centre de Contrôle des Maladies (CCM) du Ministère de la Santé, a créé un réseau d'environ trois cents centres de soins publics et privés couvrant 49% des nouveau-nés dans le pays. Le projet compte comptabiliser en détail les parcours de soins pour identifier toute criticité clinique et organisationnelle et indiquer les stratégies de prévention des morts évitables.

L'année 2015 a été caractérisée par une hausse significative des décès, principalement concentrés chez les personnes très âgées (75-95 ans). Le taux de mortalité était de 10,7 pour mille.

Dans l'ensemble, les décès estimés s'élevaient à 653 000, 54 000 de plus qu'en 2014 (+ 9,1%). La vue d'ensemble de 2015 est toutefois moins excessive par rapport à 2012, lorsque les décès s'élevaient à 612 883 (19 481 de plus qu'en 2011, + 3,3%), tandis que en 2013 ils s'élevaient à 600 744 (-12 139 par rapport à 2012, soit -2%) et à 598 364 en 2014 (-2 380 par rapport à 2013, soit -0,4%). Il convient de souligner que depuis au moins 30 ans, la mortalité a essentiellement tendance à augmenter progressivement. Cela est dû à l'amélioration continue des conditions de survie qui, en favorisant le vieillissement de la population, étend année après année la base des personnes âgées (et très âgées) pouvant décéder.

La hausse de la mortalité était homogène du point de vue du territoire. Par rapport à 2014, les variations ont fluctué d'un minimum de +5,8% dans la province de Bolzano à un maximum de +18,7% dans la Vallée d'Aoste. Les zones les plus touchées par la hausse de la mortalité étaient celles du Nord-ouest, en particulier le Piémont et la Lombardie qui ont enregistré une hausse respective de 10,1% et 10,6%. Dans le centre, la Toscane et l'Ombrie ont affiché une hausse de 10,3%, tandis que dans le Sud, une hausse de + 10,7% a été constatée en Campanie.

Selon l'enquête « *Les principales causes de décès en Italie* », réalisée par l'Istat en 2012 et publiée en 2014, les causes de décès les plus fréquentes étaient les maladies cardiaques ischémiques (75 098 cas, ce qui représente un peu plus de 12% du total), les maladies cérébro-vasculaires (61 255, soit 10% du total) et les autres maladies du cœur (48 384, soit 8%), suivies par les tumeurs malignes. Parmi ces dernières, avec 33 538 décès, il y avait celles affectant la trachée, les bronches et les poumons (6% du total). Ensuite, en cinquième position, il y avait un autre groupe de causes appartenant au vaste domaine des troubles circulatoires, les maladies hypertensives, qui ont causé 31 247 décès (5% du total). La même année, il y a également eu une hausse de la démence et de la maladie d'Alzheimer qui représentaient la sixième cause de décès avec 26 559 décès (4,3% du total annuel). Du point de vue du sexe, les décès dus aux maladies hypertensives, à la démence et à la maladie d'Alzheimer étaient plus fréquents chez les femmes, tandis que chez les hommes, c'était les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et des poumons, ainsi que les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, qui l'emportaient.

La prévention des maladies cardio-cérébro-vasculaires

Tel qu'indiqué ci-dessus, les maladies cardio-cérébro-vasculaires font partie des principales causes de morbidité, d'invalidité et de mortalité. Ces maladies sont d'origine multifactorielle et sont évitables car elles sont dues à la combinaison de plusieurs facteurs de risque modifiables (tension artérielle, cholestérol total et HDL, glycémie, tabagisme, obésité et diabète). En outre, les maladies cardio-cérébro-vasculaires font partie des éléments déterminants des maladies liées au vieillissement, en causant des handicaps physiques et des troubles de la capacité cognitive.

Le PNP 2010-2012 mentionné plus haut, prolongé jusqu'au 31 décembre 2013, et le nouveau PNP 2014-2018 contiennent également, parmi les lignes d'action, la prévention des maladies cardio-cérébro-vasculaires. Parmi les mesures adoptées pour prévenir et contrôler l'évolution des maladies cardiovasculaires, il convient de mentionner le « *Projet Cœur – épidémiologie et prévention des maladies ischémiques du cœur* » – coordonné par l'Institut supérieur de la Santé. Le projet est né en 1998 grâce à un financement du Ministère de la Santé pour atteindre trois objectifs :

- établir un registre de la population pour le suivi des événements cardiovasculaires
- réaliser une enquête pour évaluer la répartition des facteurs de risque, la prévalence des conditions à risque et des maladies cardiovasculaires dans la population adulte italienne
- évaluer le risque cardiovasculaire dans la population italienne et réaliser des outils d'évaluation des risques faciles à appliquer dans la santé publique.

Le premier objectif a été partiellement atteint grâce à l'activation du **Registre national des événements coronariens et cérébro-vasculaires**. Le second a été réalisé grâce à la constitution de l'**Observatoire épidémiologique cardiovasculaire** (Oec) qui, à ce jour, a effectué deux enquêtes sur l'état de santé de la population générale à dix ans d'intervalle l'une de l'autre (Oec 1998-2002 et Oec/Hes 2008-2012) et à la réalisation d'une **banque d'échantillons biologiques**. Le troisième objectif a été atteint grâce au suivi des cohortes des **études longitudinales** lancées au milieu des années 80, au développement des fonctions de risque cardiovasculaire et à la réalisation de la **carte des risques** et du logiciel d'évaluation des **résultats de risque**.

La réalisation de ces objectifs a permis d'obtenir, au fil des ans, des résultats importants pour la prévention cardiovasculaire et, à la fin de la première décennie, le projet a étendu ses objectifs en ajoutant trois autres :

- réaliser un plan de formation pour les médecins généralistes pour évaluer le risque cardiovasculaire dans la population italienne
- expliquer la tendance à la baisse de la mortalité pour maladie coronarienne observée ces dernières décennies
- mettre à jour les cartes de risque cardiovasculaire et le logiciel d'évaluation des résultats de risque individuel.

L'activité de **formation** des médecins généralistes, lancée en 2005, a progressivement concerné toutes les régions et se poursuit avec l'adhésion d'un nombre croissant de médecins participant à la collecte de données sur le risque cardiovasculaire dans le cadre de l'Observatoire épidémiologique cardiovasculaire.

Depuis 2005, le Projet Cœur participe également aux activités du **Centre national pour la prévention et le contrôle des maladies** du Ministère de la santé, avec les projets suivants :

- Le Projet Cœur - Épidémiologie et prévention des maladies cardiovasculaires
- Bonnes pratiques sur l'alimentation : évaluation de la teneur en sodium, potassium et iode dans l'alimentation des Italiens
- Plan de formation pour les opérateurs des *stroke unit* pour la prévention et la gestion intégrée de l'AVC avec les médecins généralistes ;
- Actions relatives à la réduction de la consommation de sel en Italie : vérification des effets de l'accord avec les boulangers et programme « moins de sel, meilleure santé »
- Cohortes de population adulte italienne suivies longitudinalement pendant 20-30 ans : le désavantage socio-économique et l'état de santé.

Les données du *Projet Cœur* sont mises à jour périodiquement et mises à la disposition de la communauté scientifique sur son site Web.

Tel qu'indiqué plus haut, la stratégie globale de prévention comprend la promotion de la santé et des modes de vie corrects de la population et l'identification précoce des individus en situation de risque.

La prévention des cancers

Le suivi des cancers est un objectif essentiel de l'Union européenne et de l'Italie. Connaître la répartition géographique et les tendances actuelles d'incidence (nouveaux cas qui se produisent chaque année), la prévalence (nombre total de personnes malades), la mortalité et la survie des patients atteints de cancer sont les conditions nécessaires pour mettre en place une planification en matière de santé visant à améliorer le contrôle du cancer. Les informations sur la mortalité sont disponibles à partir des statistiques officielles de l'Istat (voir ci-dessus).

Le Ministère de la Santé et les régions s'appuient sur les éléments de preuve disponibles pour orienter les documents du programme (Plan national du Cancer) et pour organiser le système d'offre (dépistage, services de diagnostic et traitement) dans le but de réduire le risque de cancer, de rendre de plus en plus efficace la prise en charge de la maladie, du diagnostic au suivi, et de réduire les inégalités géographiques. La planification de la prévention a intégré les interventions de prévention secondaire et primaire. Dans ce contexte, les programmes de dépistage du cancer sont un pilier essentiel. En Italie, depuis 2001, ils font partie des Niveaux essentiels d'assistance (LEA) et les dépistages pour les cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal sont actifs (voir ci-dessous pour les données).

Incidence. Selon les estimations CNESPS/ISS⁴, en 2013, le cancer le plus fréquent pour l'ensemble de la population italienne était le cancer colorectal, pour lequel plus de 58 700 nouveaux diagnostics ont été estimés : 33 680 chez les hommes et 25 050 chez les femmes. Le cancer le plus fréquent chez les hommes était le cancer de la prostate, avec plus de 43 000 nouveaux cas alors que, chez les femmes, c'était le cancer du sein avec plus de 54 000 nouveaux diagnostics. Les tendances ont montré une forte baisse du cancer de l'estomac, du cancer du poumon chez les hommes et du cancer du col de l'utérus chez les femmes, une hausse constante des cancers colorectaux chez les hommes et du cancer du sein chez les femmes, une stabilisation de l'incidence du cancer de la prostate après une croissance rapide dans les années 90, et du cancer colorectal chez les femmes. Les nouvelles maladies étaient le mélanome de la peau et le cancer du poumon chez les femmes. L'incidence était généralement plus élevée au centre et dans le Nord. Cependant, l'écart avec le Sud avait tendance à baisser et, dans certains cas, à s'inverser (par exemple, pour les cancers du poumon chez les hommes et le cancer du sein chez les femmes).

Survie. La survie cinq ans après le diagnostic pour l'ensemble de tous les cancers (à l'exception de ceux de la peau non-mélanomateux) était de 60% chez les femmes et 52% chez les hommes. Parmi les types de cancers les plus courants, ceux qui avaient le meilleur pronostic étaient le cancer de la prostate (88%), du sein (85%) et colorectal (59%), tandis que ceux qui avaient le plus mauvais

⁴ Centre national italien d'Épidémiologie, de Surveillance et de Promotion de la Santé/Institut supérieur de la Santé

pronostic étaient le cancer du poumon (14%). Le taux de survie le plus élevé était enregistré dans les régions du centre et du Nord.

Prévalence. En Italie, en 2013, il a été estimé que plus de 660 000 femmes ont eu, au cours de leur vie, un diagnostic de cancer du sein, environ 340 000 hommes un diagnostic de cancer de la prostate et plus de 390 000 personnes un cancer colorectal. Cette prévalence était en croissance rapide pour la plupart des types de cancer et les valeurs les plus élevées ont été estimées pour le centre et le Nord.

La prévention du diabète

La lutte contre le diabète nécessite une double approche : d'une part, elle doit s'orienter vers un engagement renouvelé dans la prévention des maladies chroniques en général, à travers une action visant à modifier les modes de vie de la population, et, d'autre part, vers une réorganisation des soins afin de prévenir ou retarder le plus possible l'apparition de complications.

Le Ministère de la Santé, à partir du Plan national de Santé (PSN) 2003-2005, a prévu un fort engagement du Service national de Santé (SSN) vis-à-vis du diabète et, plus généralement, des maladies chroniques, en le confirmant d'ailleurs dans tous les PSN suivants. Par conséquent, compte tenu de la complexité de la question, le SSN a agi selon différentes lignes d'action :

- Mise en place par le Ministère de la Santé de la **Commission nationale sur le Diabète** chargée, entre autres, d'élaborer le **Plan sur le Diabète**, qui prend la forme d'un document-cadre visant à rendre plus homogènes les mesures et les activités régionales et locales, en fournissant des indications pour améliorer la qualité des soins en tenant compte de l'évolution enregistrée sur le plan scientifique et technologique et des nouveaux modèles d'organisation répandus dans de grandes parties du territoire ;
- Mise en œuvre des PNP 2005-2007, prolongés jusqu'en 2009, et 2010-2012, prolongés jusqu'en 2013. Toutes les régions, sur la base de lignes programmatiques élaborées par le Ministère de la Santé/CCM (Centre de prévention et de contrôle des maladies), ont défini et activé des projets spécifiques dans des domaines d'intervention partagés et considérés comme prioritaires.
- Développement et coordination du programme « *Améliorer la santé – rendre les choix sains plus faciles* » (voir ci-dessous) qui, par l'activation de dynamiques intersectorielles et la participation des différentes parties prenantes (Ministères, régions, collectivités locales, producteurs, distributeurs, etc.), vise à promouvoir et à favoriser le recours à des habitudes saines de la part de la population pour la prévention des principales maladies chroniques. L'objectif est d'adopter une stratégie visant à faciliter les choix et les comportements appropriés par l'information et l'orientation appropriée des actions, sans affecter directement les choix individuels, mais en adoptant des politiques de communauté.
- Financement par le CCM et mise en œuvre par l'ISS/CNESPS du projet IGEA (Intégration, Gestion et Assistance pour le diabète - www.epicentro.iss.it/igea) qui a prévu la coordination et le soutien aux projets régionaux des PNP visant à, dans le cas du diabète, prévenir les complications en adoptant des programmes de Gestion intégrée de la maladie. L'application des principes de Gestion intégrée du diabète, à moyen-long terme, permettra d'améliorer la gestion, en réduisant les complications à long terme, en obtenant une plus grande pertinence dans l'utilisation des médicaments et des aides diagnostiques et

thérapeutiques et en rationalisant les dépenses de santé. Le CCM a également financé plusieurs autres projets régionaux dédiés à la prévention et à la gestion du diabète.

Prévalence. Selon les données de l'Istat, en Italie, en 2013, une prévalence du diabète connu de 5,4% a été estimée (5,3% chez les femmes, 5,6% chez les hommes), soit plus de trois millions de personnes, avec une tendance croissante dans la dernière décennie. La prévalence augmentait avec l'âge jusqu'à une valeur d'environ 20% chez les plus de 75 ans. La prévalence était plus faible dans les régions du Nord (4,6%) par rapport à celles du centre (5,3%) et du Sud de l'Italie (6,6%).

La prévention des maladies respiratoires

Les maladies respiratoires chroniques concernent de larges couches de population, y compris les tranches d'âge plus jeunes. Elles font partie des principales causes de morbidité, d'invalidité et de mortalité prématurée et elles ont un impact socio-économique élevé.

Celles de plus grand intérêt en termes de santé publique sont la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et l'asthme.

Le PSN 2006-2008 et le PNP 2010-2012 avaient inséré les maladies respiratoires chroniques parmi les domaines prioritaires d'intervention. Cette approche a également été suivie par le PNP 2014-2018 qui les a incluses dans le premier des grands objectifs identifiés (voir ci-dessus).

La prévention de la démence

Le 30 octobre 2014 a été approuvé par la Conférence unifiée l'Accord entre le gouvernement, les régions et les provinces autonomes sur le document « *Plan national démence - Stratégies pour la promotion et l'amélioration de la qualité et la pertinence des interventions d'assistance dans le secteur de la démence* ».

La démence, en progression constante dans la population générale, a été définie selon le Rapport OMS et ADI de 2012 comme « une priorité mondiale pour la santé publique ». Le principal facteur de risque associé à l'apparition de la démence est l'âge et l'Italie est l'un des pays avec la plus grande présence de personnes âgées. La démence représente l'une des principales causes de handicap.

Le Plan national compte promouvoir et améliorer les interventions relatives à la démence sur les aspects thérapeutiques spécialisés et sur le soutien du patient et de sa famille tout au long du traitement.

Les **quatre** principaux **objectifs** du document sont :

- **Interventions et mesures de Politique médicale et médico-sociale**
- **Création d'un réseau intégré pour la démence et réalisation de la gestion intégrée**
- **Mise en œuvre de stratégies et d'interventions pour la pertinence des traitements**
- **Augmentation de la prise de conscience et réduction de la stigmatisation pour une meilleure qualité de vie.**

Le plan vise à accroître la connaissance de la population générale, des personnes atteintes de démence et de leur famille, mais également des professionnels du secteur, chacun pour leurs propres niveaux de compétence et d'implication, sur la prévention, le diagnostic rapide, le traitement et les soins des personnes atteintes de démence, en accordant également une attention aux formes

d'apparition précoce. En outre, il compte améliorer la capacité du SSN d'octroyer et surveiller les services grâce à la rationalisation de l'offre et l'utilisation de méthodes de travail reposant principalement sur la pertinence des prestations fournies dans le but de rendre l'assistance homogène, avec une attention particulière aux inégalités sociales et aux conditions de fragilité et/ou de vulnérabilité médico-sociale.

LES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION

Au cours des dernières années, l'évolution réglementaire a imposé un profond processus de rationalisation et de réorganisation du réseau hospitalier. Le 5 août 2014 a été approuvé, lors de la Conférence État-régions, le règlement contenant la « *Définition des normes qualitatives, structurelles, technologiques et quantitatives relatives aux soins hospitaliers* ». Le règlement, régi par la loi n° 135 du 7 août 2012 (appelée « *Spending Review* »), fixe, entre autres, le nombre minimum de lits dans les établissements hospitaliers du SSN. Avec l'adoption du règlement, la phase d'application du processus de réorganisation structurelle et de requalification du réseau de soins hospitalier a été lancée, en assurant un traitement uniforme sur tout le territoire national dans la définition des normes des établissements de soins de santé consacrés aux soins hospitaliers. Parmi les principaux objectifs du Règlement en question, on retrouve :

- l'adoption d'un critère contraignant de programmation hospitalière en mesure d'indiquer aux régions le paramètre de la dotation de lits d'hôpitaux accrédités et effectivement à la charge du Service régional de santé, à un niveau ne dépassant pas 3,7 lits pour 1 000 habitants, incluant 0,7 lits pour 1 000 habitants pour la rééducation et les soins de longue durée suivant la phase aiguë ;
- l'identification des critères uniformes pour la classification des établissements hospitaliers dans trois niveaux à complexité croissante (centres hospitaliers de base, avec zone d'influence comprise entre 80 000 et 150 000 habitants, centres hospitaliers de niveau I, avec zone d'influence comprise entre 150 000 et 300 000 habitants, et centres hospitaliers de niveau II, avec zone d'influence comprise entre 600 000 et 1 200 000 habitants), prévoyant pour les établissements hospitaliers privés et accrédités un nombre de lits pouvant assurer efficacité et sécurité des soins.

En **2011**, les soins hospitaliers faisaient usage de **1 120** établissements de soins, dont **53%** étaient publics et les **47%** restants étaient privés et accrédités. La tendance à la baisse du nombre d'établissements a été confirmée et était déjà signalée au cours des années précédentes, y compris à la suite de la reconversion et de la fusion de nombreux établissements. 66% des établissements publics était composé d'hôpitaux directement gérés par les unités sanitaires locales, 10% d'hôpitaux et les 23% restants d'autres types d'hôpitaux publics. Le SSN disposait d'un peu plus de 211 000 lits pour l'hospitalisation ordinaire, dont 21% dans les établissements privés et accrédités, de 20 678 places pour l'hôpital de jour, presque totalement publics (90%) et de 8 263 places pour la chirurgie ambulatoire à forte prédominance publique (79%). Sur le plan national, **4,0** lits étaient disponibles pour 1 000 habitants ; en particulier, le nombre de lits pour les soins de courte durée était de 3,4 pour 1 000 habitants. Sur le plan territorial, la situation n'était pas homogène : le Molise faisait

partie des régions ayant la plus forte densité de lits (4,7 pour 1 000 habitants), tandis que l'Ombrie (3,5 lits) et la Campanie (3,4 lits) faisaient partie de celles avec le moins de disponibilité. Les lits destinés à la rééducation et aux soins de longue durée étaient, sur le plan national, de **0,6** pour 1 000 habitants, là encore avec la variabilité régionale significative.

Les données de **2012** ont confirmé la tendance de l'année précédente : sur un total de **1 088** établissements de soin du SSN, 53% concernait le secteur public (avec une offre de 158 000 lits) et 47% concernait le secteur privé fournissant également des services pour le compte du SSN (41 000 lits). Au total, en 2012, il a été estimé un total de 3,3 lits pour mille habitants, un **taux d'hospitalisation** de 118,9 pour mille et une hospitalisation moyenne de huit jours.

En **2013**, on a enregistré, à l'échelle nationale, une baisse du nombre de lits pour les soins de courte durée, qui sont passés de 202 736 unités (3,3 lits pour 1 000 habitants) à 189 359 (3,2 lits pour 1 000 habitants). Une légère baisse a également été observée pour les soins suivant la phase aiguë, en passant de 37 252 en 2011 à 35 217 en 2013, tout en laissant inchangé l'indicateur moyen national de lits pour les soins autres que ceux de courte durée (0,6 lits pour 1 000 habitants). La baisse générale du nombre de lits s'est principalement concentrée dans les établissements d'hospitalisation publics et, malgré les rationalisations et les réorganisations mises en œuvre par de nombreuses régions, la disponibilité de lits pour les soins de courte durée est restée, à l'échelle nationale, supérieure aux normes établies par la loi n° 135/2012 et par son Règlement d'application, tandis que celle des lits pour les soins suivant la phase aiguë n'atteignait pas encore l'objectif de 0,7 lits pour 1 000 habitants.

Pour les soins hospitaliers, le Service national de santé (SSN) a fait usage de 632 établissements de soins publics.

En **2013**, les sorties d'hôpital pour soins de courte durée (rééducation et soins de longue durée exclus) sous le régime ordinaire et en hôpital de jour étaient de 8 981 339, soit 1 491 sorties d'hôpital pour 10 000 résidents.

Le processus de dé-hospitalisation s'est poursuivi, entraînant une baisse progressive et significative des hospitalisations au fil du temps : entre 2009 et 2014, les sorties d'hôpital ont enregistré une baisse moyenne annuelle de 4,5% pour cent et une baisse globale de 16,7%. Entre 2012 et 2013, la baisse de l'activité hospitalière pour les soins de courte durée était de 4,3%. La baisse des hospitalisations a concerné toutes les tranches d'âge, excepté celle des 90 ans et plus pour laquelle les sorties l'hôpital ont augmenté d'environ 172 000 en 2009 à plus de 217 000 en 2013. La tranche d'âge 70-79 ans, avec près de 1,6 millions de cas, était celle avec le plus grand nombre d'hospitalisations, soit 17,7% des sorties totales. Cependant, par rapport à la population résidente, les données montrent une situation différente : c'est au niveau de la première année de vie qu'on a enregistré le ratio le plus élevé avec 4 734 sorties pour 10 000 habitants, suivi, en ordre décroissant, par la tranche d'âge des 90 ans et plus avec une valeur de 3 587, par la tranche d'âge des 80-89 ans avec 3 437 et seulement en quatrième position, la tranche d'âge des 70-79 ans avec une valeur de 2 814.

Les données relatives au **personnel médical** ont montré, en 2012, une composition similaire à celle qui est présente dans les établissements hospitaliers du Système national de santé : 75,9 pour cent était employé dans les établissements publics, 9,5 pour cent dans les établissements assimilés au public et 14,6 pour cent dans les établissements privés et accrédités.

Dans les établissements du SSN, deux médecins pour mille habitants étaient présents, alors que cette valeur arrivait à 4,4 pour mille pour le personnel infirmier. Tous les 2,2 infirmiers, il y avait un médecin : dans les établissements publics, ce rapport était plus élevé par rapport aux établissements assimilés au public (2,4 contre 1,9) et aux établissements privés et accrédités (1,1).

En analysant les données du personnel sur le plan territorial, la valeur la plus basse pour la présence de médecins a été observée dans le Sud (1,7 médecins pour mille habitants) et dans le Nord-est (1,9 pour mille) : dans la première répartition, la Calabre était la région avec la valeur la plus basse (1,5), tandis que dans la seconde, c'était la Vénétie (1,7).

Le réseau de la médecine d'urgence

Le principal devoir institutionnel du SSN est d'assurer, dans des situations d'urgence, des interventions rapides et appropriées à travers une vaste organisation en mesure de stabiliser le patient et de le transporter en toute sécurité au centre de soins le plus approprié. Cette organisation est représentée par le réseau de médecine d'urgence qui, à cet effet, est divisé en :

- un système d'urgence médicale, composé de Centraux téléphoniques qui répondent aux appels au 118 et activent les secours les plus rapides et adaptés à l'état du patient ;
- un système territorial de secours, de base et avancé, qui assure l'intervention, avec des moyens de secours et du personnel formé, dans les meilleurs délais (environ 8 minutes dans les zones urbaines et environ 20 minutes dans les zones extra-urbaines) ;
- un système hospitalier hiérarchiquement différencié sur différents niveaux de fonctionnement : lieux de premiers secours, hôpitaux avec service d'urgences, hôpitaux avec DEA (Département d'Urgence et d'Admission), de niveau I et II.

Le réseau de médecine d'urgence est actuellement dans une phase de réorganisation profonde dans toutes les régions. Ceci est une conséquence de la réorganisation plus vaste des réseaux de santé et de soins, visant à réduire les déséquilibres présents entre la réponse hospitalière et la réponse territoriale pour répondre aux nouveaux besoins de la population. L'attention de la programmation nationale a principalement été accordée au suivi des interventions de réorganisation des réseaux d'urgence régionaux, de l'activation des réseaux de soins dépendant du temps, de l'état d'avancement des projets sur la défibrillation précoce, en vertu du décret du 18 mars 2011, à la mise à jour de la méthode du Triage et à la promotion de la diffusion de l'Observation Brève Intensive dans les services d'urgences. Une attention particulière a été accordée au suivi des prestations fournies dans le cadre de la médecine d'urgence (Système 118 et centres hospitaliers), en application du décret ministériel du 17 décembre 2008 et ses modifications et ajouts ultérieurs qui, dans le cadre du Nouveau Système d'Information de la Santé (NSIS), a mis en place le système d'information sur les prestations fournies en médecine d'urgence (système EMUR). Ce décret est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012. En outre, dans le but de définir des solutions de soins pour la gestion des codes blancs et verts, à la place des services d'urgence, un Accord État-régions a été publié en février 2013 en prévoyant un modèle organisationnel qui assure une réponse efficace à toutes les demandes de soins médicaux et médico-sociaux des citoyens, en garantissant une conception adéquate des espaces, des parcours et des équipes médicales répartis entre activité de médecine d'urgence et activité de continuité des soins, ainsi que des systèmes adéquats de réception

des demandes aussi bien pour les prestations de médecine d'urgence que pour les demandes de soins primaires, en service continu 24 heures/24, mais rigoureusement séparés dans les parcours respectifs. Fin **2013**, **91** Centraux téléphoniques du 118 étaient actifs à l'échelle nationale.

Dans le but de promouvoir l'information concernant les différents services disponibles en cas de médecine d'urgence, en collaboration avec l'Agence nationale pour les Services de Santé régionaux (AgeNaS), au cours de la période 2012-2013, la « *Première Campagne d'Information sur l'utilisation correcte des Services d'Urgence* » a été réalisée, dans la conviction qu'une information appropriée sur les différentes possibilités de soins permette aux citoyens de choisir les services les plus adaptés à leurs besoins et puisse contribuer à améliorer l'efficacité de ces services. La campagne, adressée à l'ensemble de la population, notamment aux jeunes et aux étrangers, a été caractérisée par la participation des sociétés scientifiques, des associations de bénévolat et des citoyens, ainsi que des communautés étrangères, et a eu un retentissement sur le plan national avec la diffusion de spots vidéos sur les principales chaînes de télévision. La participation des régions et les initiatives de diffusion de la campagne d'information promues sur le plan local, en particulier dans les écoles, ont été importantes.

En **2012**, le flux de données EMUR a enregistré les informations reçues par les régions et les provinces autonomes. Au total, 19 régions sur 21 avaient envoyé les données d'activité du 118, avec un bon niveau de couverture par rapport aux Centraux téléphoniques. En ce qui concerne les services d'urgence, 20 régions et provinces autonomes sur 21 avaient, au total, envoyé les données des urgences, avec un bon niveau de couverture par rapport aux établissements d'hospitalisation publics et assimilés au public équipés de services d'urgence/DEA. D'après l'analyse des données se référant à l'année 2012, on a pu constater que les appels reçus au numéro d'urgence unique 118 étaient d'environ 6 millions, répartis dans les trois grandes zones (Nord – centre - Sud), avec 105 appels pour 1 000 habitants en moyenne sur le plan national. Les données ont montré un plus grand recours au numéro d'urgence dans la grande zone du Nord, avec 137 appels pour 1 000 habitants. Les interventions effectuées avec des moyens de secours par le système territorial du 118 se sont élevées à environ 3,8 millions, avec une moyenne nationale de 66 interventions pour 1 000 habitants. Dans ce cas, les données ont montré un nombre plus élevé que la moyenne dans le Nord et le centre, alors qu'un nombre beaucoup plus faible d'interventions a été enregistré dans le Sud et dans les îles (40). En ce qui concerne l'activité du service d'urgence, en 2012, un total d'environ 18 millions d'accès aux urgences a été enregistré, répartis en pourcentage dans les trois grandes zones, 50% dans le Nord, 25% dans le centre et 25% dans le Sud et les îles, avec un taux d'accès de 300 pour 1 000 résidents en moyenne.

En ce qui concerne le résultat du traitement après l'accès aux urgences, les données ont montré qu'en moyenne, 73,0% des patients ont regagné leur domicile, 13,6% des patients ont été hospitalisés et 5,2% ont été renvoyés dans des établissements ambulatoires.

LES SOINS TERRITORIAUX

Les soins territoriaux sont composés des établissements et des ressources humaines consacrés aux soins primaires, de type médical et diagnostique, et à d'autres services comme les soins fournis dans des établissements résidentiels ou semi-résidentiels. Il s'agit d'une offre plus vaste sur le territoire

par rapport à celle du type hospitalier. Cette forme de soins tourne autour du médecin traitant qui représente la principale référence pour les soins primaires du citoyen. En **2012**, il y avait environ 45 000 médecins généralistes. L'offre a affiché une légère baisse par rapport à l'année précédente, avec une valeur qui allait de 7,8 à 7,6 médecins pour 10 000 habitants, alors que le nombre de patients par médecin était de 1 156. À l'échelle territoriale, en excluant le cas de la province autonome de Bolzano avec un nombre moyen de 1 549 patients par médecin, la variabilité régionale est passée de 1 043 en Basilicate à 1 306 en Lombardie. En ce qui concerne l'offre de pédiatres, en 2012, environ 7 700 pédiatres exerçaient dans tout le pays : environ 9 enfants jusqu'à 14 ans tous les 10 000. Le nombre d'enfants soignés par pédiatre était encore à la hausse, avec environ 9 unités de plus par médecin de 2011 à 2012. Des valeurs supérieures à 10 ont été constatées dans la Vallée d'Aoste, en Émilie-Romagne, dans le Latium, en Abruzzes, en Sicile et en Sardaigne. Le nombre moyen d'enfants soignés était de 879 en 2012. On est passé de 764 enfants soignés en Sardaigne à 1 006 en Vénétie.

Les services médicaux de garde étaient de 4,9 pour 100 000 habitants, une valeur stable par rapport à 2009. Le nombre de médecins de garde était stable lui aussi : il y en avait 2 pour 100 000 habitants en 2012.

Les cabinets et les laboratoires publics et privés conventionnés étaient d'environ 16 pour 100 000 habitants en 2012.

Un service qui joue un rôle important, à la fois en favorisant le processus de dé-hospitalisation et en assurant une réponse adéquate à la demande de santé provenant de personnes dépendantes ou avec de graves problèmes de santé, est représenté par les établissements de soins semi-résidentiels et résidentiels. En 2011-2012, on a assisté à un développement de ces services : le nombre de lits dans les établissements de soins résidentiels est passé de 221 000 en 2011 à 224 000 en 2012, avec une hausse de 1,6% en un an. Pendant la même période, les lits pour les soins semi-résidentiels sont passés d'environ 50 000 à 51 000, ce qui correspond, même dans ce cas, à une hausse de + 1,9%. En Italie, on a calculé environ 38 lits pour 10 000 habitants dans les établissements résidentiels et environ 9 lits pour 10 000 habitants dans les établissements semi-résidentiels. À l'échelle territoriale, l'offre de lits dans les établissements résidentiels et semi-résidentiels a montré un écart important entre le Nord et le Sud, avec des valeurs nettement plus élevées pour les régions du Nord par rapport à celles du Sud.

Les soins à domicile intégrés étaient également en hausse. En 2011, 605 896 patients ont été soignés à domicile, dont 83,2% avaient plus de 65 ans et 9,1% étaient des patients en phase terminale. En moyenne, environ 22 heures de soins ont été consacrées à chaque patient, fournies en grande partie par du personnel infirmier (14 heures). En revanche, les heures consacrées à chaque malade en phase terminale s'élevaient à 23. En 2012, la situation est restée presque inchangée. Même pour les soins de santé dispensés à domicile, des différences territoriales ont été constatées, même si elles étaient moins marquées que par le passé. Le chiffre le plus élevé a été enregistré en Émilie-Romagne, avec près de 12 personnes âgées soignées pour 100 résidents. Dans les régions restantes, le niveau de prise en charge était plus modeste : en effet, on allait de huit personnes âgées en Ombrie à moins de une toutes les 100 dans la Vallée d'Aoste et la province autonome de Bolzano. Dans les régions du Nord, cinq personnes âgées toutes les 100 étaient soignées à domicile en moyenne (mais le niveau élevé de l'Émilie-Romagne avait un grand impact sur la moyenne) ; dans les régions du centre, on passait à 3,6 et dans celles du Sud à 3,4. Dans ces dernières, entre

2004 et 2012, on a enregistré la plus forte hausse du nombre de personnes âgées soignées, dont la part a plus que doublé. Par rapport à la dernière enquête, on a assisté à une aggravation des données dans le centre (en particulier dans le Latium et en Toscane) et à une amélioration généralisée dans le Sud, en particulier en Sicile.

LES DÉPENSES DE SANTÉ

Les dépenses de santé publiques mesurent l'engagement de ressources publiques pour répondre aux besoins de santé des citoyens grâce à des prestations de santé. D'après les données du Nouveau Système d'Information de la Santé (NSIS), le total des dépenses réelles du Service national de santé – entendues comme la somme des coûts de production des fonctions d'assistance avec le solde de la gestion extraordinaire, avec celui relatif à la participation au personnel pour les activités indépendantes et libérales *intra moenia* et avec le solde des dévaluations/réévaluations – s'élevait, en 2012, à **113 683 milliards d'euros**, dont 113 036 milliards d'euros concernaient les régions et les provinces autonomes et 0,647 milliards d'euros les autres organismes du SSN directement financés par l'État. Le ratio entre le total des dépenses de santé publiques et le produit intérieur brut (PIB) était de **7,3%**⁵, soit **1 849 euros** annuels par habitant. Les dépenses de santé des familles représentaient 1,8% du PIB national. Par rapport au total, la part publique s'élevait à 79,4% et les 20,6% restants étaient à la charge des familles. Sur le plan territorial, la répartition géographique avec les dépenses les plus élevées par habitant était le centre (1 931 euros). Six régions ont dépensé plus de deux mille euros par habitant : Vallée d'Aoste, Ligurie, Trentin-Haut-Adige, Frioul-Vénétie julienne, Latium et Marches. Six régions ont dépensé moins de 1 800 euros par habitant : Vénétie, Abruzzes, Campanie, Pouilles, Calabre et Sicile. Dans le Sud et les îles, la part des dépenses de santé publiques sur le total des dépenses était plus élevée que dans le reste de l'Italie. Par conséquent, les régions du Nord et du centre étaient celles où les familles ont contribué en pourcentage plus élevé aux dépenses de santé : 21,2% dans le Nord-ouest, 24,3% dans le Nord-est (la valeur la plus élevée) et 21,7% dans le centre. Les régions où les dépenses de santé des familles étaient supérieures étaient le Frioul-Vénétie julienne et l'Émilie-Romagne (supérieures à 25%), tandis que celles où elles étaient inférieures étaient la Basilicate et la Sardaigne (15%).

LA PARTICIPATION DES CITOYENS AUX COÛTS DES PRESTATIONS

Tel qu'indiqué dans les rapports précédents, toutes les régions prévoient des systèmes de participation aux dépenses de santé, qui se différencient à la fois par rapport aux prestations sur lesquelles ils s'appliquent, par rapport aux montants que les citoyens sont tenus de payer et par rapport aux exonérations prévues. En particulier, si les mesures de participation aux dépenses pour les soins spécialisés ambulatoires et pour les accès inappropriés aux urgences sont prévues dans toutes les régions, certaines ne prévoient aucun ticket modérateur (Vallée d'Aoste, province

⁵ Source : Ministère de l'Économie et des Finances – « Rapport général sur la situation économique du pays – 2012 »

autonome de Trente, Frioul-Vénétie julienne, Marches, Sardaigne) pour les prestations pharmaceutiques conventionnées.

Pour la **pharmaceutique**, les règles nationales ne prévoient pas de formes de participation et le montant du ticket modérateur est différencié et modulé de façon variable dans chaque région. En **2015**⁶, dans cinq régions, les non-exonérés devaient payer un ticket d'un montant fixe par boîte (2 euros dans le Piémont, en Lombardie, dans la province autonome de Bolzano, en Vénétie, en Ligurie et dans les Pouilles) associé à un coût maximal par ordonnance (4 euros, 6,5 dans les Pouilles). Dans quatre régions (Émilie-Romagne, Toscane, Ombrie, Basilicate), un ticket d'un montant variable en fonction du revenu était prévu et associé à un coût maximal par ordonnance. Toutefois, les montants prévus varient d'une région à l'autre (le montant par boîte atteint 3 euros en Émilie-Romagne et en Ombrie, 4 euros en Toscane et 2 euros en Basilicate). Dans trois régions (Latium, Abruzzes et Sicile), un ticket par boîte différencié en fonction du prix du médicament est prévu et dans trois régions (Molise, Campanie et Calabre), une part fixe par ordonnance est associée au ticket par boîte, différencié en fonction du prix du médicament. Dans la province autonome de Trente, à partir du 1^{er} juin 2015, le paiement d'un ticket d'un euro par ordonnance est prévu.

Dans d'autres régions, le montant du ticket (total ou partiel) est également dû par les exonérés ou par certaines de catégories d'exonérés (Latium, Abruzzes, Molise, Campanie, Pouilles, Calabre, Sicile).

Dans toutes les régions, y compris celles où les tickets n'étaient pas prévus, pour les prestations pharmaceutiques, le paiement de la différence entre le prix du médicament acheté et le prix du médicament générique était demandé à tous les citoyens.

En ce qui concerne les **soins spécialisés ambulatoires**, il est à noter que la loi 537/1993 a introduit le paiement jusqu'au montant maximum de 36,15 euros par ordonnance à la charge de tous les citoyens et que le décret-loi 98/2011 a réintroduit, pour les non-exonérés, le paiement d'une part fixe supplémentaire sur l'ordonnance de 10 euros (prévues par l'alinéa 796, lettre p, de la loi 296/2006 et *abolie, pour les années 2009, 2010 et 2011*, par l'article 61, alinéa 19, du décret-loi 112/2008), permettant cependant aux régions d'adopter des mesures alternatives pour assurer les mêmes recettes et s'ajoutant aux mesures déjà en place dans chaque région. En conséquence, le montant du ticket que les citoyens sont tenus de payer pour les soins spécialisés ambulatoires varie d'une région à l'autre.

En 2015, quatre régions n'appliquaient pas la part des ordonnances visée dans le décret-loi 98/2011 (Vallée d'Aoste, province autonome de Bolzano, Basilicate et, à partir du 1^{er} juin 2015, la province autonome de Trente prévoyait une part de 3 euros), neuf régions (Abruzzes, Ligurie, Latium, Molise, Campanie, Pouilles, Calabre, Sicile, Sardaigne) appliquaient le part supplémentaire par ordonnance de 10 euros et les régions restantes appliquaient des mesures alternatives à la part fixe. Les mesures alternatives étaient structurées de différentes manières : dans cinq régions (Vénétie, Émilie-Romagne, Toscane, Ombrie, Marches), la part des ordonnances était reformulée en fonction du revenu familial et dans trois régions (Piémont, Lombardie, Frioul-Vénétie julienne), le rééchelonnement reposait sur la valeur de l'ordonnance. Cependant, les catégories de revenu appliquées dans les régions, les méthodes de calcul du revenu pris en compte (dans certaines, on utilisait le revenu familial, dans d'autres, l'ISEE) et les fourchettes de valeur des ordonnances

⁶ Source : Agence nationale italienne pour les Services régionaux de Santé

étaient différentes. En outre, certaines régions prévoyaient des tickets différenciés pour certaines prestations à coût élevé (par exemple, TDM, RM, TEP, chirurgie ambulatoire).

La variabilité des **exonérations** s'ajoutait à la variabilité évidente résultant de l'articulation du système de participation. La même année, à l'échelle nationale, des exemptions étaient prévues pour certains états de santé (certaines maladies chroniques, certaines maladies rares, grossesse, invalidité), pour certaines activités de prévention (dépistage de certains cancers, test de dépistage VIH) ou pour certaines catégories de citoyens identifiées selon l'association entre les conditions personnelles, sociales et liées au revenu (citoyens de moins de six ans ou de plus de soixante-cinq ans appartenant à un ménage avec un revenu total ne dépassant pas 36 151,98 euros ; chômeurs et personnes à charge appartenant à un ménage avec un revenu total de moins de 8 263,31 euros, porté à 11 362,05 euros en présence du conjoint et à raison de 516,46 euros supplémentaires pour chaque enfant à charge ; bénéficiaires de pensions sociales et personnes à charge ; bénéficiaires de pensions minimales de plus de soixante ans et personnes à charge appartenant à un ménage avec un revenu total de moins de 8 263,31 euros, porté à 11 362,05 euros en présence du conjoint et à raison de 516,46 euros supplémentaires pour chaque enfant à charge). Les régions ont souvent étendu les exonérations prévues à l'échelle nationale à d'autres états de santé ou à d'autres catégories de citoyens ou ont modifié les limites de revenu. Par exemple, dans certaines régions, tous les chômeurs, les travailleurs en chômage technique ou en « mobilité » ou avec un contrat de solidarité étaient exonérés. Dans d'autres régions, l'exonération de la participation au coût concernait les enfants à charge à partir du troisième, alors dans d'autres encore, elle concernait les accidentés du travail pendant la période de l'accident ou les personnes souffrant de maladies professionnelles, les victimes de la vaccination obligatoire, des transfusions, de l'administration de produits sanguins, les victimes du terrorisme et de la criminalité organisée et personnes à charge ou les résidents des zones sinistrées.

PARTICIPATION AUX DÉPENSES DE SANTÉ
TABLEAUX DE SYNTHÈSE DES SYSTÈMES RÉGIONAUX DE PARTICIPATION
RELATIFS AUX SOINS SPÉCIALISÉS AMBULATOIRES ET PHARMACEUTIQUES
(MIS À JOUR SELON LA RÉGLEMENTATION DISPONIBLE AU 30 avril 2015)

TICKET MODÉRATEUR (LOI 537/1993)	MESURES REGIONALES SUPPLEMENTAIRES	MESURES DECOULANT DU DL 98/2011 supplémentaires aux mesures régionales	
Tous les Régions appliquent le ticket modérateur maximum égal à € 36,15 aux citoyens non exonérés à l'exception de : Lombardie € 36,00 Toscane € 38,00 Marches € 36,20 Calabre € 45,00 Sardaigne € 46,15 Certaines Régions ont établi des tickets différenciés pour certaines prestations	Latium Part supplémentaires par ordonnance : FKT € 5,00 RM et TDM € 15,00 Autres prestations € 4,00 Molise Part supplémentaires par ordonnance : FKT € 5,00 RM et TDM € 15,00 Autres prestations € 4,00 Campanie Part supplémentaire par ordonnance : € 5,00 ou € 10,00 sur la base du nombre des composants et du revenu du ménage familial Sicile 10% du cout de la prestation excédant € 36,15	MESURES ALTERNATIVES A LA PART FIXE PAR ORDONNANCE	
		FIXATION DE LA PARTICIPATION SUR LA BASE DU REVENU FAMILIAL	FIXATION DE LA PARTICIPATION SUR LA BASE DE LA VALEUR DE L'ORDONNANCE
		Abruzzes Ligurie Latium Molise Campanie Pouilles Calabre Sardaigne Sicile La mesure n'est pas appliquée en Vallée d'Aoste P.A. de Bolzano Basilicate Trente : € 3,00 à faire date du 1.6.2015	Vénétie € 5,00 ou € 10,00 Emilie-Romagne de € 0 à € 10,00 + le ticket modérateur maximum égal à € 36,15 à l'exception des prestations suivantes pour lesquelles une part fixe a été prévue ; RM et TDM de € 36,15 à € 70,00. Soins spécialisés ambulatoires : € 23 pour la première fois et € 18 pour les suivantes. Chirurgie ambulatoire : € 46,15. Marches de € 0 à € 15,00 ; RM et TDM de € 36,20 à € 70,20. Toscane de € 0 à € 30,00 en plus du ticket modérateur maximum égal à € 38,00 ; RM et TDM de € 0 à € 34,00 ; Chirurgie ambulatoire, TEP, Scintigraphie : de € 0 à € 40,00 ; prestations prévoyant des cycles de € 0 à € 34,00 ; médecine physique : de € 0 à € 82,00 ; € 10 pour l'envoi en ligne d'imageries diagnostiques (€ 30 par an au maximum). Ombrie de € 0 à € 15,00 + le ticket modérateur à l'exception de RM et TDM pour lesquelles le paiement de la seule part fixe de € 0 à € 34,00 a été prévu ; les ordonnances jusqu'à un montant de € 10 sont exclues de la participation aux dépenses.

Tranches de revenu utilisées par les régions

Emilie-Romagne,
Toscane, Ombrie, Marches
jusqu'à € 36 151,98
de € 36 151,98 à € 70 000
de € 70 001 à € 100 000
plus de € 100 000

Venetie
jusqu'à € 29 000
plus de € 29 000

Campanie

Les citoyens non exonérés en vertu de leur état de santé sont cependant exonérés s'ils démontrent avoir un revenu jusqu'à € 36 151,98. Pour les patients souffrant de certaines pathologies qui ne sont pas soumises aux exemptions, le droit à l'exonération est étroitement lié au revenu.

Les tranches de revenu dépendent également du nombre de composants du ménage familial :
jusqu'à € 18 000 ; jusqu'à € 22 000 ; jusqu'à € 24 000 ; jusqu'à € 36 151,98 ; de € 36 151,98 à € 50 000.

Basilicate

(seulement pour la pharmaceutique)
jusqu'à € 14 000
de € 14 000 à € 22 000
de € 22 000 à € 30 000
plus de € 30 000

Lombardie

Les tranches de revenu dépendent également du nombre de composants du ménage familial.

Modèle de calcul des tranches de revenu dans les régions

Vénétie	revenu fiscal familial en vertu du DM 1993
Vallée d'Aoste	revenu familial
Frioul Vénétie-julienne	revenu familial
Ligurie	revenu familial
Emilie-Romagne	revenu familial
Toscane	revenu familial ISEE
Ombrie	revenu fiscal familial brut ou ISEE
Marches	revenu du ménage familial
Campanie	revenu fiscal du ménage familial
Basilicate	revenu ISEE
Pouilles	revenu familial
Sicile	revenu familial ISEE
Sardaigne	revenu fiscal familial

**PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DES SYSTÈMES RÉGIONAUX DE PARTICIPATION
AUX DÉPENSES PHARMACEUTIQUES**

Région	Ticket par ordonnance	Ticket max. par ordonnance	Médicaments génériques (médicaments qui ne sont pas couverts par le brevet)
Vallée d'Aoste	//	//	Différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
Piémont	€ 2	€ 4	Différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
Lombardie	€ 2	€ 4	Ticket + Différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
P.A. de Bolzano	€ 2	€ 4	Ticket + Différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
P.A. de Trente	A faire date du 1.6.2015 €1 par ordonnance	//	Différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
Vénétie	€ 2	€ 4	Ticket + Différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
Frioul Vénétie-julienne	//	//	Différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
Ligurie	€ 2	€ 4	Ticket + Différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
Emilie-Romagne	Tranches de revenu € 0 € 1 € 2 € 3	Tranches de revenu € 0 € 2 € 4 € 6	Ticket + Différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
Toscane	Tranches de revenu € 0 € 2 € 3 € 4	Tranches de revenu € 0 € 2 € 6 € 8 - Cout maximum du médicament - € 400 par an pour chaque utilisateur	Ticket + Différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
Ombrie	Tranches de revenu € 0 € 1 € 2 € 3	Tranches de revenu € 0 € 2 € 4 € 6 - Cout maximum du médicament	Ticket + Différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
Marches	//	//	Différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
Latium	prix des boîtes > € 5 non-exonérés € 4 exonérés € 2 prix des boîtes <€ 5 non-exonérés € 2,5 exonérés € 1		Différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
Abruzzes	Non-exonérés : prix des boîtes > € 5 : € 2 prix des boîtes < € 5 : € 0,50	Non-exonérés : prix des boîtes > € 5 : € 6 prix des boîtes < € 5 : € 1,50	A l'exclusion des personnes totalement exonérées : - Médicaments

	Partiellement exonérés (invalides) €0,25	Partiellement exonérés (invalides) €0,75	génériques <= prix fixé par l'AIFA ⁷ : €0 - Médicaments génériques >= prix fixé par l'AIFA : € 0,50 par boîte, € 1,50 au maximum par ordonnance en plus de la différence par rapport au prix fixé par l'AIFA
Molise	Non-exonérés : €0,50 par ordonnance + Médicaments brevetés > €5 : €2 Médicaments avec brevet expiré > €5 : €0,50 Partiellement exonérés : €0,50 par ordonnance	Non-exonérés €0,50 par ordonnance €6 au maximum	A l'exclusion des personnes totalement exonérées : Ticket + Différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
Campanie	Non-exonérés : €2 par ordonnance + €1,50 (à l'exclusion des médicaments génériques ayant un prix aligné à celui pris comme référence par la région) Exonérés pour maladies chroniques et rares présentant un ordre de 6 boîtes par ordonnance : ticket de €0,50 (avec un revenu < à €36 151,98) ou de €1 (avec un revenu > à €36 151,98) à partir de la 3 ^{ème} boîte de médicament breveté Exonérés : €1 par ordonnance		Prix aligné à celui pris comme référence par la région : €0
Pouilles	Non-exonérés : €1 par ordonnance + €2 Partiellement exonérés : €1 par ordonnance	Non-exonérés : €1 par ordonnance + €5,50	€1 par ordonnance + différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement Totalement exonérés : + différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
Basilicate	Participation sur une base fixe par tranche de revenu €1 €2		Participation sur une base fixe + différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement
Calabre	Non-exonérés : €1 par ordonnance + €2 Partiellement exonérés (invalides) €1	€5	A l'exclusion des invalides de guerre et des victimes du terrorisme et de la criminalité organisée.
Sicile	Non-exonérés : Fourchette de prix jusqu'à €25 : €4 plus de €25 : €4,50 Personnes souffrant de maladies chroniques, invalidantes et rares : Ticket par boîte sur la base des		A l'exclusion des invalides de guerre et des victimes du terrorisme et de la criminalité organisée : Ticket par boîte Fourchette de prix jusqu'à €25 : €2 plus de €25 : €2,50

⁷ Agence Italienne pour la Pharmacologie

	fourchettes de prix : jusqu'à €25 : €1,50 plus de €25 : €2		Personnes souffrant de maladies chroniques, invalidantes et rares : - Médicaments génériques €1/1,50
Sardaigne	//	//	différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement

(*) sauf indication contraire, le paiement de la participation est due uniquement par les non-exonérés

(**) sauf indication contraire, le paiement de la différence entre le prix du médicament et le prix de remboursement est dû par tous

Source : AGENAS (Agence nationale italienne pour les Services régionaux de Santé)

LES DÉLAIS D'ATTENTE

Les tableaux suivants montrent le suivi des délais d'attente pour l'admission, tel que prévu par l'Accord État-régions pour le Plan national de gouvernement des listes d'attente pour les années 2010-2012 du 28/10/2010. Le suivi a pu être effectué grâce au décret ministériel 135/2010 qui a introduit dans le flux des Fiches de sortie d'hôpital (SDO) les champs « date de réservation » et « niveau de priorité de l'hospitalisation ».

Tableau 1 - Répartition des sorties et des délais d'attente moyens (en jours) avant l'hospitalisation pour certains types de procédures, par région et niveau de priorité de l'hospitalisation avec type d'hospitalisation programmé ou non rempli et date de réservation valable - Activité pour soins de courte durée en Régime ordinaire - Année 2010

REGIONE	Interventi per Tumore alla mammella										Interventi per Tumore alla prostata														
	Totale con prenotaz.		Ricoveri entro 30 giorni (A)		Ricoveri entro 60 giorni (B)		Ricoveri entro 180 giorni (C)		Ricoveri entro un anno (D)		Cl. Prior. errata o non compilata		Totale con prenotaz.		Ricoveri entro 30 giorni (A)		Ricoveri entro 60 giorni (B)		Ricoveri entro 180 giorni (C)		Ricoveri entro un anno (D)		Cl. Prior. errata o non compilata		
	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	
Piemonte	1.053	774	28,5	112	22,0	14	16,3	9	22,3	144	19,7	1.343	900	47,1	204	48,1	26	36,4	2	26,5	211	12,4			
Valle d'Aosta	17	-	-	17	21,7	-	-	-	-	-	-	83	16	48,0	63	58,0	4	84,5	-	-	-	-	-	-	
Lombardia	1.487	931	16,9	89	22,3	26	27,7	35	12,9	406	20,5	1.486	611	29,8	401	63,6	129	78,9	23	20,0	322	39,6			
P.A. Bolzano	67	20	14,3	-	-	-	-	8	8,3	39	14,7	93	5	22,2	18	3,8	-	-	14	30,0	56	26,1			
P.A. Trento	175	162	19,4	8	20,8	5	37,4	-	-	-	-	88	16	39,3	8	31,5	21	46,3	43	42,9	-	-			
Veneto	1.315	1.114	20,2	129	30,9	21	59,7	4	42,5	47	16,8	2.027	754	32,6	815	43,8	99	73,1	171	13,2	188	33,7			
Friuli V.G.	418	-	-	-	-	-	-	-	-	418	25,6	180	-	-	-	-	-	-	-	-	180	44,5			
Liguria	207	14	13,8	-	-	-	-	1	23,0	192	29,0	298	13	27,5	4	37,0	1	108,0	2	19,0	278	36,4			
Emilia Romagna	1.249	838	25,4	58	31,4	4	27,8	7	14,6	342	26,4	1.617	781	37,6	224	55,4	56	56,9	12	75,8	544	39,7			
Toscana	294	100	26,4	6	17,2	-	-	17	19,2	171	19,7	471	110	23,4	6	44,5	6	67,0	5	43,0	344	23,1			
Umbria	222	80	18,7	20	44,8	1	92,0	1	6,0	120	31,8	217	77	32,6	11	51,1	3	104,3	1	27,0	125	36,3			
Marche	371	182	17,0	13	37,8	3	42,7	35	18,2	138	39,4	476	186	32,5	27	42,4	1	92,0	14	43,9	248	68,9			
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Abruzzo	159	5	11,8	-	-	1	14,0	-	-	153	33,0	220	11	23,1	1	35,0	-	-	1	5,0	207	47,0			
Molise	3	3	4,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Puglia	794	718	18,5	48	39,9	11	53,2	17	18,9	-	-	709	263	27,5	292	48,7	75	74,8	79	45,4	-	-			
Basilicata	62	26	12,2	2	24,5	1	29,0	-	-	33	40,0	36	26	14,8	1	31,0	-	-	-	-	9	35,6			
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Sicilia	506	-	-	-	-	-	-	-	-	506	11,7	422	-	-	-	-	-	-	-	-	-	422	28,7		
Sardegna	326	148	25,0	34	35,0	4	42,0	140	27,6	-	-	121	37	28,0	44	43,3	4	77,3	36	10,9	-	-			
ITALIA	8.725	5.115	21,5	536	28,8	91	38,6	274	22,5	2.709	23,2	9.887	3.806	35,8	2.119	49,9	425	69,8	403	26,9	3.134	36,6			

Légende :

Interventi per tumore alla mammella = Interventions chirurgicales pour le cancer du sein

Regioni = Régions

Totale con prenotazione = Total avec réservation

Ricoveri entro 30 giorni = Hospitalisation dans les 30 jours

Ricoveri entro 60 giorni = Hospitalisation dans les 60 jours

Ricoveri entro 180 giorni = Hospitalisation dans les 180 jours

Ricoveri entro un anno = Hospitalisation dans l'année

Numero = Nombre

Attesa media = Délais d'attente moyens

Interventi per tumore alla prostata = Interventions chirurgicales pour le cancer de la prostate

**Tableau 2 - Répartition des sorties et des délais d'attente moyens (en jours) avant l'hospitalisation pour certains types de procédures, par région et niveau de priorité de l'hospitalisation
avec type d'hospitalisation programmé ou non rempli et date de réservation valable - Activité pour soins de courte durée en Régime ordinaire - Année 2010**

REGIONE	Interventi per Tumore al colon retto											Interventi per Tumore all'utero													
	Totale con prenotaz.		Ricoveri entro 30 giorni (A)		Ricoveri entro 60 giorni (B)		Ricoveri entro 180 giorni (C)		Ricoveri entro un anno (D)		Cl. Prior. errata o non compilata		Totale con prenotaz.		Ricoveri entro 30 giorni (A)		Ricoveri entro 60 giorni (B)		Ricoveri entro 180 giorni (C)		Ricoveri entro un anno (D)		Cl. Prior. errata o non compilata		
	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	
Piemonte	2.498	1.599	25,3	411	23,8	45	26,5	29	24,9	414	17,4	521	253	24,5	98	24,3	24	23,9	12	38,8	134	14,1	-	-	
Valle d'Aosta	46	45	33,4	-	-	1	152,0	-	-	-	-	7	6	15,5	1	19,0	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lombardia	2.101	1.262	15,7	95	18,3	75	21,7	46	13,0	623	14,9	459	245	19,0	35	36,6	12	26,3	4	8,0	163	21,2	-	-	
P.A. Bolzano	138	29	8,8	3	17,3	-	-	-	-	19	9,2	87	10,9	30	5	8,2	-	-	-	-	1	15,0	24	16,3	
P.A. Trento	255	209	17,5	33	25,5	11	24,5	2	9,5	-	-	36	28	20,6	6	11,7	2	40,5	-	-	-	-	-	-	
Veneto	2.251	1.926	22,2	164	32,1	34	86,8	23	31,2	104	22,5	408	290	19,9	57	38,3	6	88,2	2	11,5	53	26,8	-	-	
Friuli V.G.	441	-	-	-	-	-	-	-	-	441	19,9	119	-	-	-	-	-	-	-	-	-	119	23,6	-	-
Liguria	582	27	10,7	1	8,0	1	118,0	6	15,2	547	25,4	129	7	14,4	1	8,0	-	-	1	7,0	120	27,0	-	-	
Emilia Romagna	2.314	1.421	21,7	83	35,5	22	69,3	16	26,2	772	21,3	509	320	21,7	19	51,5	16	37,0	7	17,7	147	23,5	-	-	
Toscana	803	285	20,1	16	20,3	2	133,0	2	110,0	498	19,1	158	72	15,4	2	18,5	-	-	3	19,0	81	22,0	-	-	
Umbria	608	164	16,5	51	57,0	2	70,5	6	50,5	385	34,6	75	30	18,0	11	45,6	-	-	1	4,0	33	24,6	-	-	
Marche	942	348	15,4	24	33,0	8	101,8	87	13,2	475	18,4	109	42	19,2	5	34,8	-	-	1	21,0	61	21,9	-	-	
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Abruzzo	319	5	2,6	2	16,5	-	-	-	-	312	13,9	64	2	7,0	-	-	-	-	-	-	62	17,1	-	-	
Molise	16	15	5,4	-	-	-	-	1	20,0	-	-	7	7	4,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Puglia	1.044	902	12,7	87	35,6	18	31,8	37	21,0	-	-	192	159	15,0	27	27,0	4	61,0	2	36,5	-	-	-	-	
Basilicata	92	64	12,3	4	27,8	9	9,3	7	17,9	8	19,3	17	9	8,6	2	14,5	2	12,0	-	-	4	17,5	-	-	
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sicilia	1.228	-	-	-	-	-	-	-	-	1.228	12,8	265	-	-	-	-	-	-	-	-	-	265	16,9	-	-
Sardegna	581	308	27,7	41	43,9	6	63,5	226	17,7	-	-	124	55	14,9	7	18,7	1	27,0	61	23,2	-	-	-	-	
ITALIA	16.259	8.609	20,2	1.015	29,2	234	43,1	507	18,4	5.894	18,8	3.229	1.530	19,7	271	31,4	67	35,6	95	23,6	1.266	20,7	-	-	

Légende :

Interventi per tumore al colon retto = Interventions chirurgicales pour le cancer colorectal

Regioni = Régions

Totale con prenotazione = Total avec réservation

Ricoveri entro 30 giorni = Hospitalisation dans les 30 jours

Ricoveri entro 60 giorni = Hospitalisation dans les 60 jours

Ricoveri entro 180 giorni = Hospitalisation dans les 180 jours

Ricoveri entro un anno = Hospitalisation dans l'année

Numero = Nombre

Attesa media = Délais d'attente moyens

Interventi per tumore all'utero = Interventions chirurgicales pour le cancer de l'utérus

Tableau 3 - Répartition des sorties et des délais d'attente moyens (en jours) avant l'hospitalisation pour certains types de procédures, par région et niveau de priorité de l'hospitalisation avec type d'hospitalisation programmé ou non rempli et date de réservation valable - Activité pour soins de courte durée en Régime ordinaire - Année 2010

REGIONE	Interventi per Bypass coronarico										Interventi per Angioplastica coronarica (PTCA)											
	Ricoveri entro 30 giorni (A)		Ricoveri entro 60 giorni (B)		Ricoveri entro 180 giorni (C)		Ricoveri entro un anno (D)		Cl. Prior. errata o non compilata		Ricoveri entro 30 giorni (A)		Ricoveri entro 60 giorni (B)		Ricoveri entro 180 giorni (C)		Ricoveri entro un anno (D)		Cl. Prior. errata o non compilata			
	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media		
Piemonte	1.199	353	11,0	161	25,7	118	15,5	2	132,5	565	8,1	4.311	867	6,7	1.206	28,2	382	31,6	192	31,2	1.664	17,7
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41	2	2,5	2	37,5	1	3,0	36	16,1	-	-
Lombardia	1.078	712	10,1	60	29,9	30	66,4	15	23,1	261	23,9	3.324	1.443	12,4	592	22,6	261	71,7	153	38,0	875	23,2
P.A. Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	104	23	8,8	-	-	-	-	4	7,8	77	15,1
P.A. Trento	144	93	23,4	45	65,4	6	125,0	-	-	-	-	180	137	9,5	35	6,3	8	8,8	-	-	-	-
Veneto	835	517	36,1	128	83,8	156	107,2	17	186,1	17	40,9	1.420	756	14,3	130	35,4	58	39,5	160	47,0	316	22,3
Friuli V.G.	70	-	-	-	-	-	-	-	-	70	4,0	297	-	-	-	-	-	-	-	-	297	36,1
Liguria	118	12	11,6	-	-	-	-	-	-	106	17,9	372	32	15,6	-	-	-	-	11	9,0	329	16,0
Emilia Romagna	736	479	9,4	31	35,1	1	10,0	-	-	225	25,1	3.439	1.987	13,6	251	32,2	43	90,2	3	188,7	1.155	25,3
Toscana	501	142	62,2	-	-	-	-	197	17,1	162	1,9	1.080	608	14,7	16	48,6	3	66,3	37	23,2	416	13,1
Umbria	180	36	10,4	6	44,7	1	80,0	-	-	137	15,8	549	103	14,8	4	26,0	7	1,6	5	61,2	430	19,4
Marche	476	-	-	-	-	-	-	-	-	476	18,5	264	53	15,5	12	33,8	1	22,0	-	-	198	19,4
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Abruzzo	247	-	-	-	-	-	-	-	-	247	31,2	391	12	10,2	-	-	-	-	-	-	379	9,2
Molise	26	26	9,6	-	-	-	-	-	-	-	-	45	45	5,8	-	-	-	-	-	-	-	-
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Puglia	701	628	12,7	42	37,1	7	123,7	24	30,0	-	-	2.251	1.725	13,3	294	43,8	95	99,4	137	48,9	-	-
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	3	9,7
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sicilia	407	-	-	-	-	-	-	-	-	407	14,6	4	-	-	-	-	-	-	-	-	4	10,8
Sardegna	220	126	31,0	52	71,4	21	95,7	21	35,5	-	-	293	45	6,6	43	31,1	5	78,8	200	17,0	-	-
ITALIA	6.938	3.124	18,5	525	49,8	340	71,3	276	31,2	2.673	16,6	18.368	7.838	12,5	2.585	29,3	864	54,5	938	34,0	6.143	20,2

Légende :

Interventi per Bypass coronarico = Interventions chirurgicales pour le pontage coronarien

Regioni = Régions

Totale con prenotazione = Total avec réservation

Ricoveri entro 30 giorni = Hospitalisation dans les 30 jours

Ricoveri entro 60 giorni = Hospitalisation dans les 60 jours

Ricoveri entro 180 giorni = Hospitalisation dans les 180 jours

Ricoveri entro un anno = Hospitalisation dans l'année

Numero = Nombre

Attesa media = Délais d'attente moyens

Interventi per angioplastica coronarica = Interventions chirurgicales pour l'angioplastie coronaire

**Tableau 4 - Répartition des sorties et des délais d'attente moyens (en jours) avant l'hospitalisation pour certains types de procédures, par région et niveau de priorité de l'hospitalisation
avec type d'hospitalisation programmé ou non rempli et date de réservation valable - Activité pour soins de courte durée en Régime ordinaire - Année 2010**

REGIONE	Interventi per Endoarteriectomia carotidea										Interventi per Protesi d'anca												
	Ricoveri entro 30 giorni (A)		Ricoveri entro 60 giorni (B)		Ricoveri entro 180 giorni (C)		Ricoveri entro un anno (D)		Cl. Prior. errata o non compilata		Ricoveri entro 30 giorni (A)		Ricoveri entro 60 giorni (B)		Ricoveri entro 180 giorni (C)		Ricoveri entro un anno (D)		Cl. Prior. errata o non compilata				
	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media			
Piemonte	1.435	443	34,7	368	47,2	324	58,1	1	6,0	299	18,7	5.047	489	64,5	1.573	114,4	1.336	129,3	87	169,6	1.562	35,3	
Valle d'Aosta	164	10	21,9	151	42,3	1	26,0	2	151,5	-	-	90	2	5,0	8	18,0	68	42,7	12	91,3	-	-	
Lombardia	1.125	498	23,6	201	46,7	75	53,1	53	35,4	298	36,3	5.022	431	40,1	826	51,6	1.333	105,9	722	88,5	1.710	81,8	
P.A. Bolzano	120	30	17,0	1	2,0	-	-	12	14,2	77	16,0	543	26	23,2	67	27,0	38	66,0	74	71,5	338	51,1	
P.A. Trento	276	112	18,0	136	38,5	26	61,5	2	218,5	-	-	411	77	61,7	164	72,2	140	58,1	30	58,8	-	-	
Veneto	1.667	773	37,8	536	57,8	74	187,9	32	89,5	252	52,8	5.979	479	43,4	1.382	61,8	2.822	117,2	809	137,4	487	152,5	
Friuli V.G.	190	-	-	-	-	-	-	-	-	190	57,2	1.106	-	-	-	-	-	-	-	-	1.106	100,1	
Liguria	287	16	54,4	2	46,0	-	-	2	61,5	267	34,3	1.239	7	38,1	45	53,6	28	182,8	53	80,5	1.106	114,0	
Emilia Romagna	1.264	488	38,3	361	53,3	32	89,6	10	42,1	373	36,9	4.739	663	37,9	955	84,2	1.385	126,9	942	166,9	794	80,5	
Toscana	465	61	35,0	96	72,9	3	99,3	6	13,2	299	58,6	2.562	271	30,3	417	57,9	549	69,2	555	51,7	770	55,0	
Umbria	206	39	18,6	5	61,0	4	94,8	1	221,0	157	35,7	645	94	50,7	68	75,8	61	88,8	75	107,4	347	75,5	
Marche	415	86	17,0	26	37,7	3	97,7	15	17,1	285	48,3	1.159	103	22,6	188	30,5	236	108,4	93	137,0	539	54,4	
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Abruzzo	521	42	24,8	6	42,0	3	119,3	-	-	470	41,1	912	46	54,0	32	50,9	51	33,3	1	3,0	782	48,6	
Molise	36	27	14,2	8	13,1	1	67,0	-	-	-	-	10	1	27,0	2	110,5	2	91,5	-	-	5	9,6	
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Puglia	488	328	16,7	129	39,8	23	62,5	8	92,0	-	-	2.077	1.266	21,6	311	50,4	369	126,2	131	141,6	-	-	
Basilicata	40	36	62,6	3	76,0	-	-	-	-	1	6,0	129	45	32,8	27	75,5	23	79,2	10	86,3	24	90,6	
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sicilia	594	-	-	-	-	-	-	-	-	594	36,5	1.594	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.594	42,6
Sardegna	150	46	34,4	21	47,5	5	53,2	78	65,0	-	-	689	97	77,1	164	48,1	18	102,5	410	57,2	-	-	
ITALIA	9.443	3.035	30,9	2.050	50,6	574	77,2	222	56,6	3.562	40,0	33.953	4.097	37,7	6.229	75,0	8.459	113,5	4.004	112,8	11.164	71,1	

Légende :

Interventi per endoarteriectomia carotidea = Interventions chirurgicales pour l'endartériectomie thyroïdienne

Regioni = Régions

Totale con prenotazione = Total avec réservation

Ricoveri entro 30 giorni = Hospitalisation dans les 30 jours

Ricoveri entro 60 giorni = Hospitalisation dans les 60 jours

Ricoveri entro 180 giorni = Hospitalisation dans les 180 jours

Ricoveri entro un anno = Hospitalisation dans l'année

Numero = Nombre

Attesa media = Délais d'attente moyens

Interventi per protesi d'anca = Interventions chirurgicales pour la prothèse de la hanche

Tableau 5 - Répartition des sorties et des délais d'attente moyens (en jours) avant l'hospitalisation pour certains types de procédures, par région et niveau de priorité de l'hospitalisation
avec type d'hospitalisation programmé ou non rempli et date de réservation valable - Activité pour soins de courte durée en Régime ordinaire - Année 2010

REGIONE	Interventi per Tumore al polmone										Interventi per Tonsillectomia														
	Totale con prenotaz.		Ricoveri entro 30 giorni (A)		Ricoveri entro 60 giorni (B)		Ricoveri entro 180 giorni (C)		Ricoveri entro un anno (D)		Cl. Prior. errata o non compilata		Totale con prenotaz.		Ricoveri entro 30 giorni (A)		Ricoveri entro 60 giorni (B)		Ricoveri entro 180 giorni (C)		Ricoveri entro un anno (D)		Cl. Prior. errata o non compilata		
	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	Numero	Attesa media	
Piemonte	419	234	17,7	178	39,9	3	13,0	-	-	4	19,3	4.658	373	47,4	1.272	83,5	2.059	83,4	384	90,8	570	52,8			
Valle d'Aosta	12	1	3,0	11	13,5	-	-	-	-	-	-	167	21	54,2	9	111,4	137	137,9	-	-	-	-	-	-	
Lombardia	624	446	14,6	6	35,7	3	61,7	16	24,7	153	18,8	2.800	340	35,7	462	57,2	642	98,9	319	131,1	1.037	71,3			
P.A. Bolzano	39	7	21,4	-	-	-	-	4	11,8	28	12,1	500	22	20,6	83	12,7	4	86,3	117	75,0	274	49,4			
P.A. Trento	27	26	19,0	1	21,0	-	-	-	-	-	-	99	7	35,4	57	81,2	23	170,3	-	-	12	94,6			
Veneto	501	450	24,0	32	52,3	5	55,2	1	246,0	13	9,6	668	98	62,9	183	78,6	266	70,1	22	100,4	99	78,8			
Friuli V.G.	54	-	-	-	-	-	-	-	-	54	12,3	727	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	727	64,5	
Liguria	75	4	11,8	1	62,0	-	-	1	19,0	69	23,8	194	-	-	4	66,3	9	90,1	-	-	181	88,1			
Emilia Romagna	692	443	16,5	3	43,7	55	7,1	-	-	191	20,5	3.507	353	44,4	888	82,6	762	144,9	294	137,4	1.210	105,0			
Toscana	99	3	20,7	-	-	-	-	-	-	96	17,3	700	95	23,9	140	41,6	53	57,8	48	70,8	364	43,0			
Umbria	105	19	11,1	6	70,3	-	-	1	6,0	79	21,0	490	63	31,8	29	63,8	50	113,1	6	165,5	342	74,3			
Marche	124	25	21,0	-	-	-	-	-	-	99	22,5	1.243	127	27,9	216	99,9	77	99,6	168	47,9	655	76,0			
Lazio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Abruzzo	74	-	-	-	-	-	-	-	-	74	26,1	537	1	15,0	1	106,0	2	49,0	14	50,4	519	48,8			
Molise	3	2	22,5	-	-	-	-	1	38,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Campania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Puglia	221	160	16,1	30	16,7	18	20,1	13	8,3	-	-	1.214	423	36,4	319	67,1	376	127,3	96	160,0	-	-			
Basilicata	19	18	6,3	-	-	-	-	-	-	1	10,0	12	1	3,0	-	-	-	-	-	-	-	11	11,1		
Calabria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sicilia	261	-	-	-	-	-	-	-	-	261	12,1	1.286	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.286	32,3		
Sardegna	69	24	16,4	-	-	-	-	45	17,9	-	-	968	98	28,4	83	91,5	153	122,3	634	68,2	-	-			
ITALIA	3.418	1.862	17,9	268	38,3	84	14,9	82	20,3	1.122	18,1	19.770	2.022	39,3	3.746	76,2	4.613	102,2	2.102	95,1	7.287	65,1			

Interventi per tumore al colon retto = Interventions chirurgicales pour le cancer du poumon

Regioni = Régions

Totale con prenotazione = Total avec réservation

Ricoveri entro 30 giorni = Hospitalisation dans les 30 jours

Ricoveri entro 60 giorni = Hospitalisation dans les 60 jours

Ricoveri entro 180 giorni = Hospitalisation dans les 180 jours

Ricoveri entro un anno = Hospitalisation dans l'année

Numero = Nombre

Attesa media = Délais d'attente moyens

Interventi per tonsillectomia = Interventions chirurgicales pour l'amygdalectomie

Tableau 6 - Répartition des sorties pour certains types de procédures par région, avec pourcentages et date de réservation valable, type d'hospitalisation programmé ou non rempli, sorties réservées, attente moyenne avant l'hospitalisation et hospitalisation moyenne préopératoire – Activité pour soins de courte durée en hôpital de jour – Année 2012

REGIONE	Chemioterapia						Coronarografia					
	Totale dimissioni	% data pren. valida	Tipo ricovero non urgente		con prenotaz.	Attesa media in giorni	Totale dimissioni	% data pren. valida	Tipo ricovero non urgente		con prenotaz.	Attesa media in giorni
			% programmato	% non compilato					% programmato	% non compilato		
Piemonte	11.778	70,4	-	100,0	8.290	7,9	631	89,5	-	100,0	565	30,3
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lombardia	6.599	89,5	-	100,0	5.903	16,4	30	93,3	-	100,0	28	6,4
P.A. Bolzano	832	64,3	100,0	-	535	10,5	11	-	100,0	-	-	-
P.A. Trento	532	93,8	100,0	-	499	6,8	11	90,9	100,0	-	10	16,1
Veneto	746	23,2	-	100,0	173	11,9	2.396	97,5	-	100,0	2.335	31,8
Friuli V.G.	2.743	79,0	-	100,0	2.167	15,4	20	90,0	-	100,0	18	36,6
Liguria	6.991	25,6	0,0	100,0	1.790	10,7	1.003	87,4	-	100,0	877	15,4
Emilia Romagna	94	29,8	-	100,0	28	19,6	88	100,0	-	100,0	88	37,2
Toscana	14.963	39,5	-	100,0	5.911	9,0	59	62,7	-	100,0	37	4,8
Umbria	1.537	8,8	-	100,0	136	13,0	-	-	-	-	-	-
Marche	4.969	67,2	-	100,0	3.338	11,4	107	89,7	-	100,0	96	46,0
Lazio	23.268	58,4	100,0	-	13.591	12,5	38	47,4	100,0	-	18	11,4
Abruzzo	2.343	43,8	62,6	37,3	1.025	9,3	1	-	-	100,0	-	-
Molise	14	57,1	-	100,0	8	3,0	-	-	-	-	-	-
Campania	21.755	50,4	-	100,0	10.961	77,8	123	67,5	-	100,0	83	101,2
Puglia	5.438	81,5	-	100,0	4.434	17,9	5	80,0	-	100,0	4	38,8
Basilicata	1.888	52,7	-	100,0	995	7,9	-	-	-	-	-	-
Calabria	5.379	70,8	24,0	75,9	3.811	9,7	2	100,0	50,0	50,0	2	16,0
Sicilia	2.083	61,3	-	100,0	1.276	8,6	50	94,0	-	100,0	47	31,4
Sardegna	5.074	64,5	100,0	-	3.272	8,8	35	91,4	100,0	-	32	11,6
ITALIA	119.026	57,3	27,3	72,7	68.143	22,2	4.610	92,0	2,1	97,9	4.240	29,3

Légende :

Chemioterapia = chimiothérapie

Regioni = Régions

Totale dimissioni = total sorties

% data pren. valida = pourcentages et date de réservation valable

Tipo ricovero non urgente = hospitalisation programmée

% programmato = programmation en pourcentage

% non compilato = non accompli en pourcentage

Con prenotazione = avec réservation

Attesa media in giorni = attente moyenne en jours

Coronarografia = Coronarographie

Tableau 7 - Répartition des sorties pour certains types de procédures par région, avec pourcentages et date de réservation valable, type d'hospitalisation programmé ou non rempli, sorties réservées, attente moyenne avant l'hospitalisation et hospitalisation moyenne préopératoire – Activité pour soins de courte durée en hôpital de jour – Année 2012

REGIONE	Biopsia percutanea del fegato						Emorroidectomia					
	Totale dimissioni	% data pren. valida	Tipo ricovero non urgente		con prenotaz.	Attesa media in giorni	Totale dimissioni	% data pren. valida	Tipo ricovero non urgente		con prenotaz.	Attesa media in giorni
			% programmato	% non compilato					% programmato	% non compilato		
Piemonte	418	78,2	-	100,0	327	5,3	355	98,0	-	100,0	348	86,0
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	6	100,0	-	100,0	6	82,8
Lombardia	229	91,7	-	100,0	210	22,0	655	98,5	-	100,0	645	80,1
P.A. Bolzano	56	69,6	100,0	-	39	21,4	54	51,9	100,0	-	28	17,8
P.A. Trento	74	89,2	100,0	-	66	5,5	146	100,0	100,0	-	146	50,1
Veneto	721	85,6	-	100,0	617	21,5	2.142	87,4	-	100,0	1.873	57,1
Friuli V.G.	136	73,5	-	100,0	100	13,7	82	98,8	-	100,0	81	31,6
Liguria	111	49,5	-	100,0	55	13,8	520	86,7	0,6	99,4	451	95,7
Emilia Romagna	7	85,7	-	100,0	6	9,2	404	95,8	-	100,0	387	68,4
Toscana	369	26,6	-	100,0	98	9,6	366	76,8	-	100,0	281	59,1
Umbria	113	64,6	-	100,0	73	11,1	31	96,8	-	100,0	30	110,8
Marche	168	90,5	-	100,0	152	28,0	56	89,3	-	100,0	50	24,0
Lazio	803	80,7	100,0	-	648	13,5	1.147	64,4	100,0	-	739	51,4
Abruzzo	78	38,5	50,0	48,7	29	13,8	187	81,8	47,6	52,4	153	31,6
Molise	2	50,0	-	100,0	1	11,0	27	40,7	-	100,0	11	16,0
Campania	313	63,9	-	100,0	200	49,6	991	69,6	-	100,0	690	39,8
Puglia	124	91,1	-	100,0	113	20,0	213	92,0	-	100,0	196	58,3
Basilicata	8	50,0	-	100,0	4	10,0	21	100,0	-	100,0	21	47,6
Calabria	76	92,1	10,5	89,5	70	16,8	90	80,0	7,8	92,2	72	60,7
Sicilia	641	49,9	-	100,0	320	22,1	2.121	82,7	-	100,0	1.755	21,8
Sardegna	63	85,7	100,0	-	54	9,0	268	74,3	100,0	-	199	27,3
ITALIA	4.510	70,6	23,1	76,9	3.182	18,6	9.882	82,6	17,3	82,7	8.162	51,6

Légende :

Biopsia percutanea del fegato = biopsie percutanée du foie

Regioni = Régions

Totale dimissioni = total sorties

% data pren. valida = pourcentages et date de réservation valable

Tipo ricovero non urgente = hospitalisation programmée

% programmato = programmation en pourcentage

% non compilato = non accompli en pourcentage

Con prenotazione = avec réservation

Attesa media in giorni = attente moyenne en jours

Emorroidectomia = hémorroïdectomie

Tableau 8 - Répartition des sorties pour certains types de procédures par région, avec pourcentages et date de réservation valable, type d'hospitalisation programmé ou non rempli, sorties réservées, attente moyenne avant l'hospitalisation et hospitalisation moyenne préopératoire – Activité pour soins de courte durée en hôpital de jour – Année 2012

REGIONE	Interventi per ernia inguinale					
	Totale dimissioni	% data pren. valida	Tipo ricovero non urgente		con prenotaz.	Attesa media in giorni
			% programmato	% non compilato		
Piemonte	4.122	95,6	-	100,0	3.940	88,3
Valle d'Aosta	242	100,0	-	100,0	242	101,2
Lombardia	8.451	96,9	-	100,0	8.186	80,2
P.A. Bolzano	895	71,6	100,0	-	641	38,0
P.A. Trento	1.236	98,5	99,9	-	1.216	35,1
Veneto	4.196	94,9	-	100,0	3.984	59,3
Friuli V.G.	1.891	93,3	-	100,0	1.765	52,0
Liguria	2.294	85,2	0,1	99,9	1.954	100,2
Emilia Romagna	5.385	95,3	-	100,0	5.130	85,7
Toscana	6.207	63,1	-	100,0	3.919	63,3
Umbria	783	86,8	-	100,0	680	71,9
Marche	1.320	93,8	-	100,0	1.238	66,9
Lazio	8.054	84,3	100,0	-	6.784	49,1
Abruzzo	1.955	81,7	55,7	44,3	1.598	44,3
Molise	443	84,4	-	100,0	374	32,0
Campania	9.028	67,4	-	100,0	6.081	35,9
Puglia	2.149	78,6	-	100,0	1.690	46,5
Basilicata	753	98,7	-	100,0	743	57,3
Calabria	822	75,3	42,0	58,0	619	46,0
Sicilia	5.143	78,8	-	100,0	4.052	27,9
Sardegna	2.367	86,9	100,0	-	2.057	30,2
ITALIA	67.736	84,0	20,6	79,3	56.893	59,7

Légende :

Interventi per ernia inguinale = Interventions chirurgicale pour la hernie inguinale

Regioni = Régions

Totale dimissioni = total sorties

% data pren. valida = pourcentages et date de réservation valable

Tipo ricovero non urgente = hospitalisation programmée

% programmato = programmation en pourcentage

% non compilato = non accompli en pourcentage

Con prenotazione = avec réservation

Attesa media in giorni = attente moyenne en jours

Le Comité européen des droits sociaux, tout en constatant que le Service national de Santé italien a atteint une couverture universelle pour une vaste gamme de services, détecte une éventuelle inégalité dans l'accès aux soins de santé reposant sur le revenu. Le Comité a demandé au gouvernement italien un commentaire à ce sujet.

Comme les précédents rapports le précisent, le droit à la santé et, par conséquent, le droit d'accéder aux soins sont garantis par la Constitution. En effet, l'article 32 de la Constitution italienne, en définissant la protection de la santé comme un « droit fondamental des personnes et un intérêt public général », oblige en fait l'État à promouvoir toute initiative appropriée et à adopter des comportements précis destinés à obtenir la meilleure protection possible de la santé en termes de généralité et de globalité. Le maintien d'un état de bien-être physique, mental et social complet constitue donc non seulement un droit fondamental pour l'homme et pour les valeurs qu'il véhicule en tant que personne, mais également un intérêt public général prééminent pour l'engagement et le rôle que l'homme est amené à remplir pour le développement et la croissance de la société civile. Par conséquent, d'un côté la règle engage le législateur à promouvoir des initiatives appropriées destinées à mettre en œuvre un système de protections adapté aux besoins d'une société qui croît et qui progresse, et de l'autre, elle est contraignante car l'individu, en tant que citoyen, détient à l'égard de l'État un véritable droit subjectif à la protection de sa santé, considérée non seulement comme un bien personnel mais également comme un bien de toute la collectivité. Ainsi, la loi n° 833 de 1978 a permis de créer le Service national de santé (SSN) et la protection de la santé s'est donc étendue à tous, ne se limitant plus seulement à certaines catégories (travailleurs, retraités, leur famille et personnes particulièrement démunies sans couverture d'assurance obligatoire). Le Service national de santé est en effet défini comme l'ensemble des fonctions, des établissements, des services et des activités destinés à la promotion, au maintien et au rétablissement de la santé physique et mentale de toute la population, sans aucune distinction et selon des modalités assurant l'égalité des citoyens à l'égard du service. En termes de contenu, les principes de la généralité des destinataires (tous les citoyens sans distinction), de la globalité des services (prévention, soins et rétablissement) et de l'égalité de traitement ont ainsi été solennellement affirmés. Les citoyens européens et les citoyens de pays tiers en séjour régulier ont ensuite été assimilés aux citoyens italiens.

En l'occurrence, le Comité a pris comme référence pour ses conclusions l'étude « *Equity in access to health care in Italy: a disease-based approach* » menée par l'Université de Pérouse et concernant l'inégalité dans l'accès aux soins de santé en fonction du revenu familial. L'étude en question applique un modèle mathématique – plus précisément, une variable indiquant le revenu – à l'enquête multifonctionnelle menée par l'Istat en 1999-2000. L'enquête comptait enregistrer l'état de santé perçu par un échantillon représentatif de la population italienne à travers une interview dans laquelle il a été demandé aux personnes concernées de préciser, sur la base d'une grille de réponses, leur niveau de santé, les éventuelles maladies dont elles étaient atteintes et la fréquence avec laquelle elles s'adressaient aux établissements de santé publics ou privés. Selon l'étude de l'Université de Pérouse, en appliquant la variable du revenu à cette enquête, une approche différente en découlait dans le fait de s'adresser aux établissements de santé, publics ou privés, en fonction du revenu familial, de l'âge et de l'état de santé. Les personnes avec des revenus plus élevés, les personnes plus âgées ou souffrant de maladies chroniques avaient plus souvent recours aux spécialistes et à la santé privée, alors qu'à égalité d'âge et d'état de santé, les personnes avec un

revenu plus faible s'adressaient plus souvent aux établissements de santé publics, ambulatoires ou hospitaliers.

Comme cela a été indiqué à plusieurs reprises, le SSN a recours à des établissements publics et à des établissements privés et accrédités pour accomplir au mieux la tâche lui étant confiée. Les citoyens peuvent donc s'adresser indifféremment aux un ou aux autres, tout comme à des établissements et des professionnels privés, selon leurs besoins et leurs préférences. Compte tenu de ce qui a été représenté jusqu'ici, le fait que les citoyens avec un revenu moyen-élevé préfèrent s'adresser à un établissement privé, bien qu'ils puissent profiter de la même prestation dans un établissement public, ne donne pas lieu à une inégalité de traitement si la même prestation est assurée par le SSN. Ce qui est vraiment important, c'est que le SSN continue d'assurer les prestations à la majorité des destinataires, notamment aux catégories les plus vulnérables de la population, à travers la prévision de l'exonération de la participation aux dépenses de santé (voir ci-dessus).

A la suite d'une note de l'ILGA (International Lesbian and Gay Association) affirmant qu'en Italie les personnes transsexuelles ne peuvent pas obtenir la rectification de l'identité sexuelle sans se faire stériliser, le Comité européen des droits sociaux a demandé des éléments au gouvernement italien. À cet égard, il est à noter ce qui suit.

À ce jour, en Italie, le changement de sexe est réglementé par la loi n° 164 du 14 avril 1982. L'art. 3 de cette loi prévoit que "lorsqu'une modification des caractéristiques sexuelles, devant être effectuée par traitement médico-chirurgical, est nécessaire, le Tribunal l'autorise par un arrêt." La réattribution sexuelle chirurgicale doit être autorisée avec un arrêt car elle pourrait également entraîner le retrait des organes reproducteurs qui, en l'absence de maladies organiques le justifiant, est interdit dans l'ordre juridique italien car il porte atteinte à l'intégrité de la personne. La demande doit être présentée au président du Tribunal du lieu de résidence qui, à son tour, désignera le juge d'instruction. Lorsque la personne présente au Tribunal du lieu de résidence une demande de "rectification de la mention du sexe", selon la loi 164/82, le juge d'instruction peut prévoir un "conseil visant à vérifier les conditions psycho-sexuelles de l'intéressé" (art. 2, alinéa 4a). Le juge peut donc nommer d'office un expert judiciaire (C.T.U.) qui effectuera un certain nombre de réunions avec la personne ayant demandé la rectification, ainsi qu'une série d'enquêtes pour répondre à une ou plusieurs questions posées par le juge, dans les délais fixés par le Tribunal. À la fin de son travail, le C.T.U. préparera un rapport (généralement écrit) contenant les résultats des activités effectuées et répondant aux questions posées par le juge. Lors de la nomination d'office de l'expert juridique, la personne ayant demandé la rectification peut à son tour choisir son propre expert juridique de partie (C.T.P.) qui, après avoir obtenu l'autorisation du juge, assistera aux opérations d'expertise, participera aux audiences et sera admis à la Chambre du conseil, où il défendra les exigences du demandeur. Cette phase du parcours psychologique prévoit des entretiens psychologiques et des tests destinés à cerner l'histoire de la personne et à définir son profil psychologique. Le rapport résultant de l'élaboration des données issues des consultations, des tests de laboratoire et des tests psychologiques font l'objet d'une évaluation interdisciplinaire d'éligibilité dans le processus psychophysiologique de modification et est remise à l'utilisateur avec lequel un parcours personnalisé, correspondant à ses besoins réels, est convenu. Le changement peut avoir lieu plus tôt, en partie même par thérapie endocrinienne (administration d'hormones)

pour laquelle, tel que rappelé par les juridictions judiciaires de Turin (arrêt n° 6673 - 06/10/1997), aucune autorisation n'est nécessaire. Toutefois, la jurisprudence se dirige vers la rectification de l'identité sexuelle sur les documents même à défaut de traitement médico-chirurgical. C'est d'ailleurs le cas de quatre arrêts – deux du Tribunal de Rome (1997 et 2011), une du Tribunal de Rovereto (2013) et une autre des juridictions judiciaires de Sienne (arrêt n° 412/2013) - qui n'ont pas jugé nécessaire l'opération de réattribution sexuelle chirurgicale. En effet, selon le juge du Tribunal de Sienne, “*lorsqu'il n'y a pas de conflit psychique, l'opération chirurgicale n'apparaît pas nécessaire pour permettre de rectifier les actes d'état civil*” et “*obliger la personne à se faire opérer entraînerait une violation de ses droits fondamentaux et une atteinte probable à sa santé physique*”. Les éléments valorisés dans la motivation sont :

- la perception de l'identité de genre (dans ce cas, féminin) ;
- le fait d'atteindre une image corporelle permettant de vivre de manière satisfaisante aussi bien au niveau personnel que dans les relations avec les autres ;
- la stabilité dans la vie quotidienne dans le rôle entre hommes et femmes ;
- l'identification dans la vie sociale à travers le nom choisi.

Ci-dessous figure la réponse du gouvernement italien à la réclamation collective n° 87/2012, présentée en 2014 suite à la réforme du système de présentation des rapports de la Charte sociale européenne révisée qui prévoit des rapports périodiques simplifiés pour les États membres qui ont accepté le système des réclamations collectives.

« Réclamation collective n. 87/2012 : Fédération Internationale pour le Planning Familial c. Italie

La réclamation n. **87/2012**, enregistrée le 9 Aout 2012, porte sur l'article 11 (droit à la protection de la santé) seul ou en combinaison avec l'article E (non-discrimination) de la Charte sociale européenne révisée. Elle a été soulevée en raison du nombre élevé de médecins et de membres du personnel de santé qui invoquent l'objection de conscience, en ne pas assurant l'exercice effective du droit des femmes d'interrompre volontairement leur grossesse.

Réponse :

En juin 2013, le Ministre de la Santé, Mme Beatrice Lorenzin, a engagé, auprès du Ministère de la Santé, une « consultation technique » à laquelle ont été conviés tous les assesseurs régionaux et l'Institut Supérieure de Santé afin de démarrer une surveillance spécifique sur tout le territoire national pour l'application de la Loi 194/78. Ce processus de monitoring porte sur les actes d'interruption volontaire de grossesse (IVG) et sur l'exercice du droit à l'objection de conscience parmi les seuls gynécologues, soit dans chaque structure d'hospitalisation soit dans les dispensaires familiaux.

Les résultats de ce monitoring, contenus dans la « *Relation du Ministre de la Santé sur l'application de la loi en matière de protection sociale de la maternité et d'interruption volontaire de grossesse (l.194/78)* » présentée le 15 Octobre 2014, montrent qu'au niveau régional il n'y a pas d'urgence en ordre à l'application de la loi n. 194/78 pour ce qui est, en particulier, du droit à l'objection de conscience et de l'accès au service. En particulier, il ressort que, à l'échelle régionale, le nombre total des structures d'hospitalisation ayant un département d'obstétrique et/ou de gynécologie est égal à 630, tandis que le nombre total de celles qui pratiquent l'IVG est égal à 403 (soit 64% du total), comme indiqué dans le tableau annexé.

Tableau 1 – Structures d’hospitalisation avec le département d’obstétrique et/ou de gynécologie par région

Régions	Total Structures d'Hospitalisation	Région dans laquelle ils pratiquent l'IVG	%
Piémont	48	32	66,7%
Vallée d'Aoste	1	1	100,0%
Lombardie	96	66	68,8%
Bozen	9	2	22,2%
Trento	8	5	62,5%
Vénétie	45	32	71,1%
Frioul-Vénétie Julienne	14	11	78,6%
Ligurie	12	12	100,0%
Emilie-Romagne	39	38	97,4%
Toscane	31	29	93,5%
Ombrie	13	12	92,3%
Marches	15	12	80,0%
Latium	47	24	51,1%
Abruzzes	12	9	75,0%
Molise	4	1	25,0%
Campanie	79	26	32,9%
Pouilles	39	23	59,0%
Basilicate	6	3	50,0%
Calabre	24	12	50,0%
Sicile	68	38	55,9%
Sardaigne	20	15	75,0%
TOTAL	630	403	64,0%

A partir de la comparaison entre les structures de naissance et celles exerçant l’IVG, non pas en termes absolus mais par rapport à la population féminine en âge de procréer, il ressort que tous les 4 structures pour l’accouchement il y en a trois dans lesquelles les IVG sont pratiquées.

Enfin, le nombre d’interruptions volontaires de grossesse exercées par chaque gynécologue non objecteur est adéquat (la moyenne nationale s’est élevée à environ 1.4 par semaine, en supposant 44 semaines de travail par an).

Afin de continuer à assurer une coordination et une comparaison à l’échelle nationale sur la pleine application de la loi 194/78 ainsi que de surveiller tous les problèmes qui peuvent survenir au niveau local, le Ministre de la Santé a jugé convenable de continuer la consultation technique, en convoquant à nouveau les représentants des Régions le 14 Janvier 2015.

En outre, en vue d’améliorer la qualité des données collectées par le système de surveillance IVG qui sont utiles dans le suivi de la mise en œuvre de ladite loi, le Centre national de prévention et de contrôle des maladies (CCM), coordonné par le Centre national d’épidémiologie, surveillance et promotion de la santé de l’Institut Supérieur de la Santé, a financé un projet spécial d’une durée de 12 mois.

En particulier, les problèmes existants au niveau local concernant la collecte des données et l'application de la loi 194/78, seront examinés avec les représentants régionaux. Un cours de formation certifié par les délégués des Régions, relatif aux techniques de contrôle des données, à une évaluation à l'échelle locale et aux principaux problèmes relevés, sera mis en place. Ce cours aura lieu dans le mois d'octobre 2015.»

En 2015, l'activité de la « Table ronde pour la pleine application de la loi 194 » s'est poursuivie auprès du Ministère de la Santé.

Il a été convenu de continuer à estimer les trois paramètres identifiés lors du suivi effectué en 2014 - dont les résultats ont été publiés dans le rapport au Parlement du 15 octobre 2014 - au niveau sous régional (unités sanitaires locales/district), afin de vérifier l'application appropriée de la loi même au niveau local et d'identifier les éventuels points critiques qui pourraient ne pas ressortir d'un cadre global au niveau régional.

En particulier, en ce qui concerne le **paramètre 1, offre du service IVG par rapport au nombre absolu d'établissements disponibles**, le nombre total d'établissements avec service d'obstétrique et de gynécologie, à l'échelle nationale, est de 632, tandis que le nombre de ceux qui effectuent l'IVG est de 379, soit 60% du total. Le **paramètre 2, offre du service d'IVG par rapport à la population féminine en âge de procréer et aux maternités**, est un élément de comparaison pour mieux comprendre le niveau de mise en œuvre de la loi 194/78 en contextualisant les données sur les établissements effectuant l'IVG par rapport à la population féminine en âge de procréer et par rapport aux maternités.

La situation de l'année précédente est confirmée : alors que le nombre d'IVG représente environ 20% du nombre de naissances, le nombre d'établissements effectuant l'IVG représente 74% du nombre de maternités, beaucoup plus élevé que ce qui devait être si les proportions entre l'IVG et les naissances étaient respectées.

Une comparaison a été effectuée entre les maternités et les établissements effectuant l'IVG, non seulement en valeur absolue, mais normalisée par rapport à la population féminine en âge de procréer : sur le plan national, pour 100 000 femmes en âge de procréer (15-49 ans), il y a 3,8 maternités contre 2,8 établissements effectuant l'IVG, avec un ratio de 1.4:1, c'est-à-dire pour cinq établissements pratiquant l'IVG, il y en a sept où l'on accouche.

Par conséquent, en tenant compte du nombre absolu d'établissements pratiquant l'IVG et de la valeur normalisée à la population des femmes en âge de procréer, la quantité d'établissements pratiquant l'IVG semble plus que suffisante par rapport au nombre d'IVG effectués, surtout en comparaison avec les maternités.

Les données 2013 du **paramètre 3, offre du service par rapport au droit d'objection de conscience des opérateurs (charge de travail moyenne hebdomadaire d'IVG pour chaque gynécologue non objecteur)**, indiquent une stabilité importante de la charge de travail hebdomadaire pour chaque gynécologue non objecteur : en considérant 44 semaines de travail en un an, le nombre d'IVG pour chaque gynécologue non objecteur, chaque semaine, va de 0,5 en Sardaigne à 4,7 dans le Molise, avec une moyenne nationale de 1,6 IVG par semaine (1,4 en 2012 et 1,6 en 2011). Comme convenu à la Table ronde, pour la première fois, ce troisième paramètre a été évalué au niveau sous régional. La situation varie d'une région à l'autre, mais dans la plupart des cas, elle est assez homogène sur le territoire régional, à l'exception de deux régions. Et même dans les régions où il y a une plus grande variabilité (Latium et Sicile), c'est-à-dire où il y a des contextes locaux avec des valeurs de charge

de travail par gynécologue non objecteur qui s'écartent beaucoup de la moyenne régionale (valeurs aberrantes), il s'agit tout de même d'un nombre d'IVG par semaine toujours inférieur à dix. En particulier, les valeurs les plus élevées, 9,6 et 9,4, sont respectivement dans une unité sanitaire locale de Sicile et dans une unité du Latium ; toutes les autres valeurs sont inférieures. Le nombre de non-objecteurs est donc raisonnable, même au niveau sous régional, par rapport aux IVG effectués et la charge de travail requise ne devrait pas empêcher aux non-objecteurs d'effectuer également d'autres activités au-delà de l'IVG et ne devrait pas créer de problèmes pour répondre à la demande d'IVG. D'éventuelles difficultés pour accéder aux services sont donc probablement attribuables à des situations encore plus locales que celles constatées dans chaque établissement de santé et devraient probablement être attribuables à certains établissements.

En outre, en mettant en relation les données régionales des délais d'attente et le pourcentage correspondant de gynécologues objecteurs, en évaluant la variation de 2006 à 2013, il ne ressort aucun lien entre le nombre d'objecteurs et les délais d'attente : les modes d'application de la loi dépendent essentiellement de l'organisation régionale, le résultat global des nombreuses contributions qui varient non seulement d'une région à l'autre, mais aussi dans une même région.

Taux d'avortement (T.AB), objection de conscience et délais d'attente (T.AT). Comparaison entre 2006 et 2013 avec détail régional

REGIONE	Anno 2013					Anno 2006				
	T.AB	N. IVG	% ginec. obiettori	% T.AT < 14 gg	% T.AT 22-28 gg	T.AB	N. IVG	% ginec. obiettori	% T.AT < 14 gg	% T.AT 22-28 gg
ITALIA	7.6	102760	70.0	62.3	10.2	9.4	131018	69.2	56.7	12.4
ITALIA SETT.	7.8	46814	63.5	61.7	10.3	9.8	59829	65.2	53.2	13.3
Piemonte	9.1	8452	67.4	68.3	7.4	11.4	11030	62.9	51.1	13.7
Val d'Aosta	9.0	252	13.3	65.1	9.1	9.6	274	16.7	40.5	7.8
Lombardia	7.7	16778	63.6	54.4	13.5	10.0	22248	68.6	58.6	11.3
Bolzano	5.1	608	92.9	52.0	12.7	4.9	564	74.1	44.7	15.2
Trento	6.8	801	60.0	54.1	13.2	11.6	1358	64.0	62.7	11.1
Veneto	5.4	5909	76.2	48.6	16.7	6.4	7090	79.1	34.0	23.4
Friuli V.G.	6.8	1744	58.4	68.1	6.1	8.0	2107	59.8	54.4	11.0
Liguria	9.9	3109	65.4	71.1	7.8	10.9	3700	56.3	51.1	14.1
Emilia Romagna	9.6	9161	51.8	73.7	4.8	12.2	11458	53.5	56.8	11.1
ITALIA CENTR.	8.3	21739	68.8	56.5	12.6	10.9	28888	71.0	55.2	13.4
Toscana	8.5	6722	56.2	60.6	11.1	11.0	8879	55.9	63.3	9.3
Umbria	8.6	1666	65.6	43.8	17.6	11.1	2178	70.2	51.0	13.3
Marche	6.1	2050	68.8	66.8	8.6	7.4	2581	78.4	73.9	5.6
Lazio	8.8	11301	80.7	54.0	13.5	11.8	15250	77.7	47.8	17.2
ITALIA MERID.	7.4	24437	83.2	71.0	6.9	8.8	30716	71.5	63.6	9.9
Abruzzo	7.9	2314	80.7	68.7	9.4	8.8	2709	45.5	71.9	4.9
Molise	6.0	415	93.3	88.9	1.2	8.3	620	82.8	NR	NR
Campania	7.1	9974	81.8	74.6	4.3	8.2	12049	83.0	62.1	10.3
Puglia	8.9	8443	86.1	70.7	7.8	11.2	11333	79.9	60.9	11.5
Basilicata	4.7	620	90.2	86.4	2.7	4.9	701	44.0	78.0	3.5
Calabria	5.8	2671	72.9	55.4	12.5	6.6	3304	73.5	64.9	10.0
ITALIA INSULARE	6.3	9770	74.1	59.2	11.4	7.0	11585	76.3	66.0	8.9
Sicilia	6.6	7691	87.6	56.3	12.7	7.5	9303	84.2	62.0	10.5
Sardegna	5.6	2079	49.7	69.4	7.0	5.5	2282	57.3	77.8	4.1

Légende :

Regione = Région
(T.AB) = Taux d'avortement
N.IVG = Nombre d'interruptions volontaires de grossesse
% ginec. obiettori = pourcentages de gynécologues objecteurs
T.AT = délais d'attente

Les données préliminaires de 2014 montrent que le phénomène ne cesse de baisser. Pour la première fois, le nombre d'IVG est inférieur à 100 000 : en 2014, 97 535 IVG ont été déclarées par les régions (chiffre provisoire), avec une baisse de 5,1% par rapport au chiffre définitif de 2013 (102 760 cas) et une réduction de moitié par rapport aux 234 801 IVG de 1982, année où a été constatée la valeur la plus élevée en Italie.

Les autres indicateurs confirment cette tendance : le taux d'avortement (nombre d'IVG pour 1 000 femmes qui ont entre 15 et 49 ans), qui représente l'indicateur le plus précis pour une évaluation correcte de la tendance au recours à l'IVG, en 2014 était de 7,2 pour 1 000, avec une baisse de 5,9% par rapport à 2013 (7,6 pour 1 000) et une baisse de 58,5% par rapport à 1982 (17,2 pour 1 000).

Le ratio d'avortement (nombre d'IVG pour 1 000 nés vivants) en 2014 a été de 198,2 pour 1 000 (chiffre provisoire), avec une baisse de 2,8% par rapport à 2013 (204,0 pour 1 000) et une baisse de 47,9% par rapport à 1982 (380,2 pour 1 000).

§.2

Dans les rapports précédents, il avait été indiqué qu'avec le programme « *Améliorer la santé : rendre les choix sains plus faciles* » (décret du Président du Conseil des Ministres du 4 mai 2007), l'Italie avait mis en œuvre une stratégie globale pour promouvoir le développement humain, la durabilité et l'équité, ainsi que pour améliorer la santé, grâce à la coordination de tous les organismes concernés. À cette fin, de nombreux Protocoles d'accord ont été stipulés pour activer des collaborations fructueuses entre les interlocuteurs institutionnels et non institutionnels de différents secteurs (par exemple, les associations sportives, les associations de producteurs et de distributeurs de denrées alimentaires, etc.), visant à réaliser des initiatives d'information et de promotion de modes de vie sains.

Sachant que les modes de vie malsains, notamment ceux qui sont liés à la dépendance de l'alcool, au tabagisme, à une mauvaise alimentation et à la sédentarité, représentent, directement ou indirectement, la principale cause de mortalité et morbidité évitable dans la population, le Ministère de la Santé a voulu rendre stratégique l'activité de promotion des modes de vie sains à l'égard de toutes les couches de la population. Au cours des années **2012-2013**, un nouvel élan a été donné à l'engagement pour communiquer les avantages qu'implique l'adoption d'un mode de vie sain. En particulier, cet intérêt s'est orienté vers la connaissance des avantages liés à la pratique de l'activité physique et à la lutte contre l'abus d'alcool. Pour lutter contre le principal facteur de risque, évitable, lié à l'apparition de l'obésité et du surpoids, le Ministère a donc réalisé la campagne de communication intégrée « *Datti una mossa !* » (Bougez-vous). Compte tenu de l'importance stratégique de la question, le sujet a été inséré dans le **Programme des initiatives de**

communication du Ministère de la Santé pour l'année 2012. Compte tenu du pourcentage élevé de sédentarité qui affecte de façon diffuse toutes les tranches d'âge, la cible de la campagne était représentée par la population en général. En ce qui concerne les objectifs et le contenu des messages de communication de la campagne, l'accent a été mis sur la participation de la population de tous âges, en la rendant responsable de son propre bien-être et en l'invitant directement à adopter un mode de vie actif d'un point de vue locomoteur. La campagne - diffusée gratuitement sur les trois chaînes de télévision de la Rai à partir de décembre 2012 et pour un total de plus de 130 diffusions - a eu comme porte-parole un célèbre entraîneur de foot. Pour favoriser et stimuler l'identification de la cible et, en particulier, des personnes sédentaires, les tons trop institutionnels ont été évités et un langage ironique a été utilisé. Même le décor du spot ne faisait pas référence à des activités véritablement sportives, mais à des situations ayant un rapport avec la vie quotidienne des gens ordinaires.

Dans la promotion de modes de vie sains, le suivi nutritionnel est particulièrement important, compte tenu de l'ampleur de l'obésité en Italie, répandue à des degrés divers dans toutes les régions, à la fois chez les adultes et chez les enfants. Le système de suivi « **OKkio alla SALUTE** » (Attention à la santé), auquel collaborent différentes institutions – Ministère de la Santé, Ministère de l'Éducation, de l'Université et de la Recherche, régions, Centre de recherche pour l'Alimentation et la Nutrition (CRA-Nut) et Institut supérieur de la Santé (ISS) – a permis d'obtenir des données comparables entre les régions italiennes sur plus de 45 000 enfants en troisième année de l'école primaire. Les données de 2012 ont confirmé des niveaux élevés d'excès pondéral, avec 22,2% des enfants en surpoids et 10,6% d'enfants obèses, avec des pourcentages plus élevés dans les régions du centre et du Sud, bien qu'en légère baisse par rapport aux enquêtes précédentes (2008 : 23,2% en surpoids, 12,0% en obésité ; 2010 : 22,9% en surpoids, 11,1% en obésité).

L'amélioration des conditions de vie pour toutes les couches sociales ne s'est pas traduite par une réduction des inégalités en termes de santé. En effet, d'après les données PASSI⁸ 2009-2012, il ressortait que le tabagisme, la sédentarité et l'obésité étaient plus fréquents chez les personnes ayant un faible niveau d'éducation et qui déclaraient avoir beaucoup de difficultés économiques. Deux adultes sur cinq (42,0%) étaient en excès pondéral, dont 31,0% en surpoids et 11,0% en obésité. L'excès pondéral était sensiblement plus fréquent dans la tranche d'âge plus âgée (50-69 ans : 40,0% en surpoids, 16,0% en obésité), chez les hommes (respectivement 40,0% et 11,0%), chez les personnes ayant de nombreuses difficultés économiques (respectivement, 35,0% et 16,0%) et chez celles ayant un niveau d'études peu élevé voire absent (respectivement, 41,0% et 23,0%). La répartition de l'excès pondéral a tracé un gradient Nord-Sud avec une plus grande diffusion dans les régions du Sud (Basilicate avec la plus valeur la plus élevée, 49,0%, suivie par la Campanie et le Molise avec 48,0%, tandis que la province autonome de Bolzano, avec 34,0%, présente la valeur la plus basse). Cependant, dans la période 2008-2012, il n'y a pas eu de hausse dans la prévalence de l'excès pondéral.

En 2014, 2 672 classes ont participé à l'enquête, soit 48 426 enfants et 50 638 parents, répartis dans toutes les régions italiennes. Les enfants en surpoids représentaient 20,9% et les enfants obèses 9,8%, y compris les enfants très obèses qui, à eux seuls, représentaient 2,2%. Des prévalences plus élevées ont été enregistrées dans les régions du Sud et du centre. Toutefois, il convient de souligner

⁸ Progrès des Unités sanitaires en Italie

que par rapport aux collectes de données précédentes, on a pu observer une diminution légère et progressive de la prévalence de surpoids et d'obésité chez les enfants de 8-9 ans (de 23,2% et 12% en 2008/9 à 20, 9% et 9,8% en 2014).

Afin de lutter contre le phénomène de l'obésité infantile, le Ministère de l'Éducation, en accord avec le Ministère de la Santé, a lancé, dès les années soixante-dix du siècle dernier, différents programmes d'éducation nutritionnelle pour les élèves de l'école obligatoire. Les « *Lignes directrices pour l'Éducation nutritionnelle dans l'École italienne* », promulguées en 2011, constituent le cadre de base sur lequel se sont greffées sans interruption les « *Lignes directrices MIUR 2015 pour l'Éducation nutritionnelle* ». Ces « *Lignes directrices MIUR 2015* » dessinent le cadre épistémologique dans lequel placer l'éducation nutritionnelle dans le Système éducatif d'Instruction et de Formation italien, également à la lumière de l'héritage éducatif et culturel de l'EXPO 2015. Les « *Lignes directrices* » identifient certains engagements prioritaires que l'École doit prendre en charge, tels que :

- Assumer la responsabilité de l'Éducation nutritionnelle tout au long de la filière d'instruction et de formation, avec une attention particulière aux dimensions de la valeur de la nourriture ;
- Former les jeunes générations à utiliser et consommer en toute conscience la nourriture ;
- Établir des alliances positives avec les familles et la communauté pour favoriser le sentiment d'appartenance à la vie de l'École, en partageant les stratégies éducatives alimentaires ;
- Accorder une attention constante à la dimension de la territorialité, en tant qu'expression d'un patrimoine éthique lié localement à la relation homme/environnement (saisonnalité, climat, habitudes, etc.) ;
- Conserver les traditions alimentaires du passé avec une formation orientée sur l'innovation, notamment à travers des parcours de formation d'ordre technique et professionnel, en relation avec le secteur de la production agroalimentaire, avec le système des entreprises, des services, du tourisme, de la restauration, avec les différentes associations œuvrant en Italie et même à travers les Chambres de Commerce ;
- Favoriser une culture de la légalité qui, en communiquant les comportements des individus, soutienne la collectivité en la rendant capable d'exprimer une consommation réfléchie afin de contrer à la source l'illégalité.

Dans le cadre de la promotion de modes de vie sains, le Ministère de la Santé a réalisé, en **2012-2013**, une activité intense d'information et de sensibilisation visant à lutter contre l'abus d'**alcool**, notamment chez les jeunes. La consommation et l'abus d'alcool chez les jeunes et les adolescents sont, en effet, des phénomènes inquiétants et en forte croissance (voir ci-dessous). Dans ces conditions, même en application des dispositions de la loi n° 125/2001, qui invite le Ministère de la Santé à promouvoir dans ce secteur des initiatives d'information spécifiques, une série coordonnée d'activités a été prévue, en recourant à la collaboration scientifique de l'Institut supérieur de la Santé (ISS) où opère l'Observatoire Tabac, Alcool, Drogue (OSSFAD). La campagne « *La vita è sempre una anche se hai bevuto* » (Il n'y a qu'une seule vie même quand on a bu) a utilisé des outils et des moyens de communications différents et a été lancée pendant l'été 2012. Il a d'abord été fait recours à tous les journaux nationaux les plus lus de la presse écrite quotidienne et périodique et à la presse en ligne. Ensuite, un spot radio a été diffusé dans les circuits des radiodiffuseurs commerciaux les plus écoutés à l'échelle nationale et locale. En outre, pour favoriser la pénétration du message chez les jeunes, il a été fait usage de la collaboration active du portail Studenti.it qui a assuré plus de

100 000 contacts ciblés. Toujours chez les jeunes, une application pour la téléphonie mobile au contenu informatif et récréatif a également été réalisée, développée en collaboration avec la société Sony, qui a obtenu, en seulement 20 jours, 14 000 téléchargements et 220 146 impressions. Parmi les activités, les sessions d'information dans les collèges et les lycées ont revêtu une importance particulière et se sont développées au cours des deux années scolaires grâce à la collaboration des experts scientifiques de l'ISS. En ce qui concerne les événements liés à la campagne, le Ministère de la Santé a également financé l'organisation des éditions 2012 et 2013 de l'*Alcol Prevention Day*, qui représente le moment de l'année où la communauté scientifique et de la santé fait le point épidémiologique et discute de la mise en œuvre des programmes de prévention de l'alcool à l'échelle nationale et internationale.

En 2015, l'initiative d'information et de sensibilisation "*Alcol Snaturato - Una serata speciale*" (Alcool dénaturé - Une soirée spéciale) a été réalisée. « *Alcol Snaturato* » est le titre de la chanson que le Ministère de la Santé a produit en collaboration avec un groupe de musique national célèbre et affirmé. L'objectif de la campagne était de rendre « peu appeal » vis-à-vis des jeunes le comportement de ceux qui abusent de l'alcool et de corriger le défaut de perception alimenté par les médias qui, chez les jeunes, décrit l'alcool comme un facilitateur de réussite.

Les domaines du Programme « *Améliorer la santé : rendre les choix sains plus faciles* » comptent également le contrôle du **tabagisme**.

Une information et une communication correctes sont des aspects importants des stratégies de lutte contre le tabac. Avec un projet du Ministère de la Santé/CCM confié à l'ISS/OssFAD⁹, des initiatives ont été réalisées chez les jeunes et les adolescents. En collaboration avec le groupe Ferrovie dello Stato Italiane (chemins de fer italiens) et la « Fondation Umberto Veronesi », l'initiative « **sFRECCIA CONTRO IL FUMO** » a été promue. Elle prévoyait la distribution, du 27 au 31 mai 2013, sur les trains « Freccia », de documents de sensibilisation sur le tabagisme et la présence à bord de spécialistes des CAF du SSN afin d'offrir des conseils gratuits aux voyageurs pour arrêter de fumer. En décembre 2013, une campagne de communication a été activée pour les adolescents, avec des spots à la télévision et à la radio, des informations dans la presse et à travers les chaînes web et des applications pour smartphones et tablettes. La campagne a utilisé le style communicatif des réseaux sociaux, avec un langage de l'univers des jeunes, pour favoriser entre « pairs » des processus de sensibilisation et de responsabilisation pour une vie sans tabac.

Le Ministère de la Santé, en collaboration avec l'ISS-OssFAD, a également activé l'Appli « *Quanto fumi ?* » (Combien tu fumes) pour inciter les fumeurs à améliorer leur santé, en leur permettant d'évaluer leur niveau de dépendance et d'entrer en contact avec le numéro vert sur le tabac de l'OssFAD.

La loi n° 135 du 5 juin 1990, concernant le « *Programme d'interventions d'urgence en matière de prévention et de lutte contre le SIDA* », a favorisé la réalisation, de la part du Ministère, d'initiatives d'information pour lutter contre la propagation du virus VIH. Le Ministère de la Santé a réalisé, au cours de la période 2012-2013, une nouvelle campagne de communication appelée « *Uniti contro l'AIDS si vince* » (S'unir contre le SIDA pour gagner). La campagne a été lancée lors de la Journée

⁹ Institut supérieur de la Santé/Observatoire Tabac, Alcool, Drogues

mondiale contre le SIDA du 1^{er} décembre 2012 et a continué dans les premiers mois de 2013. « *La transmission sera interrompue dès que possible. S'unir contre le SIDA pour gagner* » est le slogan de la campagne choisi par le Ministère de la Santé, la Commission nationale pour la lutte contre le SIDA et le Conseil des associations pour la lutte contre le SIDA. Le slogan indique sans équivoque l'objectif à atteindre ensemble et constitue la déclaration d'engagement qui entraîne toutes les cibles dans une sorte de défi pour vaincre définitivement le SIDA.

Compte tenu du cadre épidémiologique modifié concernant la propagation de la maladie et qui montre l'augmentation de l'âge moyen de l'infection et les relations sexuelles non protégées comme le principal mode de transmission, la cible principale de la campagne a été identifiée dans la population générale. Conformément aux indications de la Commission nationale pour la lutte contre le SIDA, la campagne a voulu renforcer dans la population le sentiment que le SIDA existe toujours et qu'il est possible d'empêcher sa propagation en adoptant des mesures préventives appropriées (comportement responsable et préservatif). L'évaluation de l'efficacité de la campagne, confiée à l'Université de Bologne, a mis en évidence le grand succès des initiatives. En effet, la campagne a enregistré, même plusieurs mois après sa diffusion, une grande visibilité, un grand souvenir des messages proposés et une grande satisfaction vis-à-vis du porte-parole et de l'initiative du Ministère. Parmi les données, 63,3% des sondés se sont souvenus spontanément de la campagne (chiffre qui est même monté à 78,3% avec le souvenir induit) et plus de 80% des personnes ont trouvé « crédible » voire « très crédible » le porte-parole choisi par le Ministère. 64% des personnes s'est souvenu que le spot conseillait des mesures de prévention spécifiques et, en particulier, parmi celles-ci, l'utilisation du préservatif (89,9%). Une autre évaluation effectuée par Internet dès la fin de la campagne sur un échantillon très représentatif de plus de 2 500 personnes a montré des résultats similaires (visibilité > 74%, satisfaction du spot 81%, satisfaction du porte-parole 77%).

Afin de promouvoir chez **les femmes** le fait de prendre soin de leur santé, le Ministère de la Santé, en collaboration avec la Présidence du Conseil des Ministres, a réalisé, en 2012, une campagne de sensibilisation leur étant directement adressée. « *Ma santé de femme dépend aussi de moi* », tel est le slogan du spot télévisé qui souligne l'importance d'adopter consciemment une attitude plus impliquée et responsable vis-à-vis de sa propre santé, même en participant aux dépistages gratuits du SSN. Pour atteindre le plus grand nombre de femmes, le message a été diffusé en utilisant les chaînes de télévision et de radio nationales. En particulier, grâce à la collaboration de la Présidence du Conseil des Ministres, le spot a été diffusé sur les trois chaînes de la Rai. En outre, un espace d'information pour l'approfondissement de chaque thème consacré à la santé des femmes (par exemple, le HPV, la grossesse, la fertilité, etc.) a été spécialement créé sur le portail Internet du Ministère de la Santé (www.salute.gov.it).

Parallèlement à l'initiative décrite ci-dessus, dans la période 2013-2014, une attention particulière a été accordée à la campagne pour la promotion de l'allaitement maternel. La campagne, dénommée « *Il latte della mamma non si scorda mai* » (Le lait de maman est inoubliable), a consisté à organiser une manifestation itinérante dans les rues des villes italiennes, en collaboration avec les institutions et les établissements de santé locaux et les principales associations de promotion de l'allaitement maternel.

Ci-dessous sont indiquées quelques-unes des principales campagnes d'information menées dans la période d'intérêt pour ce rapport.

Campagne de communication sur les soins palliatifs et le traitement de la douleur « Non più soli nel dolore » (Ne plus être seul dans la douleur).

568 établissements de soins palliatifs et de traitement de la douleur recensés, plus de 1 000 demandes d'informations par téléphone au numéro 06.59945959 (numéro en service de juin à décembre 2013) traitées, 600 nouvelles pages thématiques publiées sur le portail du Ministère de la Santé, 24 000 sessions utilisateur, 68 000 vues de page unique, 101 000 pages visitées par des internautes, 338 diffusions à la télévision du spot sur la Rai. Ce sont les chiffres de la Campagne de communication sur la douleur, conçue et réalisée en 2013 par le Ministère de la Santé en collaboration avec AgeNaS. La campagne, partagée avec les régions et les provinces autonomes, a débuté en février 2013 avec la cartographie des réseaux de soins palliatifs et des centres de traitement de la douleur présents sur tout le territoire national.

Campagne contre la grippe « Pochi gesti + la vaccinazione. È la somma che fa il totale! » (Quelques gestes + la vaccination. C'est la somme qui fait le total !)

La campagne contre la grippe et l'utilisation appropriée des antibiotiques contre les infections et la grippe sont le terrain de contiguïté sur lequel ont travaillé en parallèle le Ministère de la Santé et l'Agence italienne du Médicament (AIFA) en 2012-2013.

L'objectif de la campagne était d'accroître la sensibilisation, dans la population, visant à adopter des mesures non pharmacologiques d'hygiène et de protection personnelle, en favorisant ainsi le concept de vaccination en tant qu'instrument de prévention contre la grippe pour l'individu et pour la communauté. En effet, la vaccination contre la grippe fait l'objet de Recommandations annuelles de la part du Ministère de la Santé. En plus d'un spot télévisé de 30 secondes diffusé par les chaînes nationales, par Canale 5, Rete 4 et par les chaînes locales les plus populaires dans les grandes zones du Nord et du Sud, un communiqué de presse a été publié sur trois quotidiens, un hebdomadaire et un mensuel. Enfin, une bannière publicitaire a été prévue.

Campagne de communication « Antibiotici? Usali solo quando necessario » (Antibiotiques ? Utilisez-les uniquement en cas de nécessité).

L'AIFA, avec le soutien du Ministère de la Santé, a réalisé en 2012 la 4^{ème} édition de la Campagne de communication ad hoc. L'objectif de l'initiative, reproposée en 2013, était d'informer le public de l'importance d'utiliser les antibiotiques uniquement en cas de nécessité et sur prescription d'un médecin, de ne jamais interrompre le traitement avant les délais indiqués et de ne pas prendre d'antibiotiques pour soigner des infections virales ou d'origine non bactérienne, comme les simples rhumes ou gripes. Le canal principal par lequel ces messages ont été diffusés était le web. En particulier, les comptes officiels de l'Agence ont été utilisés sur Facebook, Twitter et You Tube.

Le Comité européen des Droits sociaux, dans ses Conclusions 2013, a demandé de confirmer la gratuité des visites médicales et des examens diagnostiques des femmes enceintes. À cet égard, il convient de réaffirmer ce qui suit.

Les couples qui souhaitent avoir un enfant et les femmes enceintes ont le droit d'effectuer gratuitement, sans participer aux dépenses (ticket modérateur), certaines prestations spécialisées et diagnostiques servant à protéger leur santé et celle du bébé. La liste de ces prestations est contenue dans le décret du Ministère de la Santé du 10 septembre 1998.

En particulier, le décret prévoit que les prestations suivantes soient fournies **gratuitement** :

- les visites médicales périodiques obstétriques et gynécologiques ;
- certaines analyses, figurant dans l'annexe A du décret, à effectuer avant la conception, afin d'exclure la présence de facteurs pouvant affecter la grossesse. Si les antécédents médicaux ou familiaux du couple montrent des conditions de risque pour le fœtus, toutes les prestations nécessaires et appropriées pourront être effectuées en exonération pour vérifier certains défauts génétiques et seront prescrites par un médecin spécialiste ;
- les examens diagnostiques pour le contrôle de la grossesse physiologique indiqués, pour chaque période de la grossesse, dans l'annexe B du décret. En cas de risque de fausse couche, il faut inclure toutes les prestations spécialisées nécessaires pour suivre l'évolution de la grossesse ;
- toutes les prestations nécessaires et appropriées pour le diagnostic prénatal pendant la grossesse, dans les conditions spécifiques de risque pour le fœtus figurant à l'annexe C du décret, prescrites par le spécialiste ;
- toutes les prestations nécessaires et appropriées pour le traitement des maladies (préexistantes ou survenant pendant la grossesse) qui comportent un risque pour la femme ou le fœtus, généralement prescrites par le spécialiste.

LES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE

La planification de la prévention a intégré les interventions de prévention secondaire et primaire. Dans ce contexte, les programmes de dépistage du cancer sont un pilier essentiel. En Italie, depuis 2001, ils font partie des Niveaux essentiels d'assistance (LEA) et les dépistages pour les cancers du **sein**, **du col de l'utérus** et **colorectal** sont actifs.

Les dernières données disponibles indiquent une hausse générale de la participation/adhésion aux **trois** programmes de dépistage. En 2012, au total, plus de 10 millions de personnes ont été invitées à effectuer l'un des trois dépistages recommandés et plus de 5 millions d'examen ont été effectués. En général, la diffusion des programmes régionaux a augmenté, notamment dans les régions du centre et du Nord, plus particulièrement pour le dépistage colorectal qui a atteint une couverture de 57% (+ 9% par rapport à 2011). Le Sud et les îles étaient encore à la traîne, notamment pour le dépistage mammographique (baisse des invitations de 15,8% entre 2011 et 2012) et colorectal (couverture inférieure à 20%), tandis que pour le dépistage du col de l'utérus, les niveaux d'adhésion ont atteint ceux du reste du pays.

D'après les preuves scientifiques et les indications de planification, le dépistage de premier niveau reposant sur le frottis vaginal est appelé à disparaître et à être remplacé par le test sur la présence de

l'ADN du virus HPV (HPV-DNA test). En 2012, plus de 300 000 femmes (8% de la population cible) ont été invitées à passer le test HPV et 42% ont accepté l'invitation.

Le Comité européen des droits sociaux a demandé à plusieurs reprises d'indiquer à quelle fréquence les services de maternité et de pédiatrie des unités sanitaires locales fournissent les différents services prévus par ces dernières dans le cadre de la médecine scolaire. Comme indiqué dans le rapport précédent, à l'heure actuelle, aucune surveillance n'a été menée sur l'activité que ces services ont exercé dans les différentes régions italiennes et, par conséquent, il est impossible de fournir les informations requises.

§.3

PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT

Dans le Journal officiel n° 122 du 28 mai 2015 a été publiée la loi n° 68 du 22 mai 2015 en matière de réforme des crimes environnementaux dans le but d'assurer un saut qualitatif marqué dans la protection de la santé et des biens naturels. La mesure introduit dans le Code pénal un nouveau titre consacré aux « Crimes contre l'environnement » (Livre II, Titre VI-bis, articles 452-bis-452 terdecies), dans lequel sont prévus les **nouveaux cas** de :

- pollution de l'environnement ;
- catastrophe écologique ;
- trafic et abandon de matières radioactives ;
- entrave aux contrôles ;
- défaut de dépollution.

La pollution de l'environnement et la catastrophe écologique sont les piliers du système et sont respectivement passibles de peines d'emprisonnement allant d'un minimum de deux à un maximum de six ans, tandis que la catastrophe sanctionne la conduite typique avec un emprisonnement allant de 5 à 15 ans. La **peine accessoire de l'incapacité de négocier avec les pouvoirs publics** a également été prévue dans les cas suivants : pollution de l'environnement, catastrophe écologique, trafic et abandon de matières radioactives, entrave aux contrôles et trafic illicite de déchets (ce dernier est déjà prévu dans le Code de l'environnement). L'intervention a également porté sur les **délais de prescription** qui subissent un allongement par rapport à l'aggravation du cas d'espèce. La **saisie obligatoire, même contre-valeur**, des biens qui constituent le produit, le bénéfice du délit ou qui ont servi à le commettre a également été introduite, même pour le délit de trafic illicite de déchets. Cette mesure est cependant exclue si l'accusé a sécurisé et, si nécessaire, dépollué et rétabli l'état des lieux et dans les cas où ces biens appartiennent à des tiers sans rapport avec le délit. Pour certains délits comme la catastrophe écologique, l'activité organisée pour le trafic illicite de déchets et pour l'hypothèse aggravée d'association de malfaiteurs, la nouvelle loi introduit également la **saisie à titre préventif** des valeurs injustifiées ou disproportionnées par rapport à leur revenu. Il a également été prévu qu'**avec le jugement de condamnation ou d'application de la peine**, le juge doit aussi ordonner le **recouvrement** et, si cela est techniquement possible, le **rétablissement de l'état des lieux**, en mettant les frais à la charge de l'accusé et des personnes morales obligées de

payer les sanctions pécuniaires en cas d'insolvabilité du premier. Enfin, l'intervention au sujet du **repentir actif** est importante. Ce dernier, prévu à l'origine comme une cause de non-incrimination, fonctionne aujourd'hui comme une circonstance atténuante de la peine - de la moitié aux deux tiers, ou d'un tiers à la moitié - en faveur de ceux qui, respectivement, avant la déclaration d'ouverture des débats de première instance, évitent que l'activité illicite n'entraînent d'autres conséquences en veillant à la sécurisation, à la dépollution ou au rétablissement de l'état des lieux, ou collaborent efficacement avec les autorités de police ou judiciaires à la reconstitution des faits et à l'identification des coupables.

Pollution de l'environnement

La qualité de l'air est surveillée, sur le territoire italien, par de nombreuses stations situées en milieu urbain, industriel et rural. Les statistiques établies par l'Institut supérieur de Prévention et de Recherche sur l'Environnement en 2013 ont surveillé 679 stations réparties sur le territoire national. Les points critiques liés à la qualité de l'air étaient principalement attribuables aux PM10, PM2,5, NO2 et O3 et concernaient davantage les régions du Nord de l'Italie. Le XI^{ème} Rapport sur la Qualité du Milieu urbain (2013) a indiqué que la concentration de B(a)P, un marqueur de la famille des HPA sélectionné pour sa cancérogénicité, a dépassé en 2012 la limite de qualité de l'air dans plus de 20% des zones urbaines prises en compte. En résumé, bien que la pollution atmosphérique affiche, pour certains polluants, une tendance à la baisse au fil des ans, le risque pour la santé lui étant imputable persiste notamment dans les zones urbaines. Suite à ces constatations, plus de 70% des zones urbaines prises en compte dans cette étude avait élaboré un plan de qualité leur permettant de s'inscrire dans les limites prescrites par la réglementation. Les mesures prévues dans ces plans visaient principalement à limiter la circulation, à rendre efficaces les systèmes de production d'énergie et, dans une moindre mesure, à réduire les émissions dans les installations industrielles et de la charge d'azote dans les eaux usées dans les élevages.

Protection des eaux

La période 2012-2013 a été caractérisée par une série d'actions visant à :

- améliorer l'efficacité, le contrôle et l'information pour les services des eaux ;
- analyser le risque pour la gestion des situations d'urgence d'eau potable à caractère territorial, en particulier en ce qui concerne les régimes dérogatoires pour l'arsenic, le bore et le fluor dans les eaux destinées à la consommation humaine ;
- adopter de nouveaux instruments législatifs pour la sécurité et l'information sur les dispositifs de traitement des eaux destinées à la consommation humaine ;
- redéfinir et améliorer les stratégies de prévention de la contamination des eaux avec d'éventuels aspects liés à la santé.

Actuellement, en Italie, la qualité des eaux destinées à la consommation humaine pour un usage potable, domestique et dans la production alimentaire est assurée par la bonne qualité des sources d'origine (pour plus de 85% des eaux souterraines, naturellement protégées) et par des pratiques rigoureuses et consolidées sur le plan réglementaire, qui régissent la filière d'eau potable sur laquelle s'inscrit un vaste système de contrôles de la part du gestionnaire de l'eau et des autorités sanitaires, soutenues par les Agences régionales de Prévention. Sur le plan national, les résultats des

surveillances ont montré la conformité générale des exigences de qualité des eaux destinées à la consommation humaine avec la législation en vigueur (décret législatif n° 31/2001) avec un taux minimal de non-conformité, détaillées par territoire et par durée, concernant principalement des paramètres indicateurs auxquels sont rarement associés des risques liés à la santé, des sous-produits de désinfection (y compris les trihalométhanes, pour lesquels l'Italie adopte une valeur paramétrique nettement plus restrictive que la norme européenne) ou des polluants d'origine humaine, y compris les résidus de solvants chlorés (tri- et tétrachloroéthylène), de nitrates et de pesticides contaminant l'environnement et les ressources en eau pour la consommation humaine.

La protection du sol

La protection de l'environnement est certainement l'une des priorités des politiques mises en œuvre dans le cadre de l'Union européenne et, avec les politiques sociales et économiques, représente le centre autour duquel sont axées les politiques de développement durable.

Un projet de loi en matière de réduction de l'utilisation des sols et de réutilisation des sols bâtis est actuellement porté à l'attention des Commissions parlementaires (C. 2039 gouvernement).

Bruit

Le cadre réglementaire de référence est resté inchangé.

SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Ci-après figure le résumé¹⁰ national des activités de suivi et de contrôle des aliments et des boissons en Italie en 2014, au niveau des inspections.

Les Services d'Hygiène des Aliments et de Nutrition et les Services vétérinaires des Départements de Prévention des unités sanitaires locales ont, dans l'ensemble, contrôlé **287 823** unités d'exploitation (installations et équipements des locaux, structures et moyens de transport), dont **50 720** (soit **17,6%**) ont montré des infractions lors des inspections. Les pourcentages les plus élevés d'infractions ont été constatés dans la restauration (**29,2%**), suivie par les producteurs et les emballeurs qui vendent principalement au détail (**20,8%**). En particulier, les pourcentages les plus élevés d'infractions concernent l'hygiène générale et l'hygiène du personnel et des structures. Les unités d'exploitation contrôlées représentent **19%** de celles qui ont été signalées par les Départements de Prévention des unités sanitaires locales sur le territoire national (**1 510 365**).

Dans l'ensemble, **472 856** inspections ont été effectuées. Au total, **66 628** mesures administratives et **1 115** notifications de délit ont été adoptées.

En 2014, les Services de protection contre les falsifications et de protection de la santé ont effectué 59 654 contrôles, dont 37 529 dans les domaines d'intérêt du Plan national intégré, soit 63% des inspections totales. Les contrôles ont permis de déceler 12 407 non-conformités, soit 33% par rapport aux contrôles effectués.

L'analyse des résultats obtenus a montré que :

¹⁰ Source : Ministère de la Santé – « *Surveillance et contrôle des aliments et des boissons en Italie – année 2014* »

- la plupart des non-conformités concernait les secteurs de la restauration (41%), des farines, du pain et des pâtes (35%), de aliments divers (33%) et de la viande et des élevages (31%) ;
- les non-conformités étaient principalement déterminées par la responsabilité des opérateurs du secteur ;
- la tendance pouvait être jugée conforme aux résultats des années précédentes.

Les activités mises en place ont permis de signaler 10 479 O.S.A. (opérateurs du secteur alimentaire) à l'autorité administrative et 1 777 à l'autorité judiciaire, et de procéder à l'arrestation de 11 personnes.

En outre, 17 343 sanctions administratives (d'une valeur de 15 317 623 €) et 3 011 sanctions de nature pénale ont été infligées, 10 186 270 kg/litres de nourriture ont été saisis et 949 structures ont été fermées/saisies, pour une valeur totale de 458 567 477 €

Les infractions les plus courantes ont concerné, dans le cadre :

- pénal, les délits de :

détention/administration de nourriture en mauvais état de conservation, pour 29% des infractions constatées ;

fraude commerciale, pour 23% des violations constatées ;

- administratif :

les carences hygiéniques et structurelles, pour 62% des infractions constatées ;

un mauvais étiquetage, pour 9 % des infractions constatées.

SÉCURITÉ DANS LES MILIEUX DE VIE

Les accidents domestiques

En 2014¹¹, près de 700 000 personnes – 11,3 toutes les 1 000 – ont déclaré avoir été impliquées dans un accident domestique dans les trois mois précédant l'enquête. Dans l'ensemble, il s'agit de 783 000 accidents dans les trois mois, avec une moyenne de 1,1 accident par personne touchée.

Le phénomène est caractérisé par sexe et par âge : les femmes, les personnes âgées et les enfants sont les catégories les plus à risque d'accident domestique.

70,4% de tous les accidents a eu comme victime une femme, avec un nombre d'accidents subis qui représente plus du double par rapport à ceux qui ont touché les hommes (551 000 accidents subis par les femmes contre 232 000 par les hommes). Plus d'un tiers des accidents (36%) a concerné une personne de 65 ans et plus et 4,5% a eu comme victime un enfant de moins de 5 ans.

Compte tenu de l'importance du problème des accidents domestiques pour la santé publique et de l'importance sociale de l'impact psychologique qu'ils ont sur la population, qui considère la maison comme un endroit sûr par excellence, le Ministère de la Santé a voulu inclure cette criticité parmi les principaux objectifs du Plan national de Prévention 2014-2018 (voir ci-dessus).

¹¹ Source : Istat – Rapport « Les accidents domestiques. Année 2014 »

En particulier, les mesures à prendre pour la prévention des accidents au vue des informations fournies par la surveillance hospitalière des urgences comprennent :

- l'amélioration de la sécurité des habitations ;
- l'amélioration de la connaissance du phénomène et des actions de prévention des professionnels de la santé, des médecins généralistes et des opérateurs des professions de santé ;
- la formation et l'information de la population la plus à risque d'accident domestique, des parents et des aidants familiaux ;
- les interventions visant à améliorer l'état de santé de la population âgée pour renforcer l'équilibre et la coordination motrice.

Le tabagisme

D'après les données de l'Istat (Institut National de Statistique), en 2013, sur 51,9 millions d'habitants âgés de plus de 14 ans, il y avait environ 10,8 millions de fumeurs (20,9%), dont 6,6 millions d'hommes (26,4%) et 4,2 millions de femmes (15,7%). En 2003, avant l'entrée en vigueur de la loi 3/2003, la prévalence de fumeurs était de 23,8% (31,0% d'hommes et 17,4% de femmes), avec une baisse globale de 12,0% (-14,8% d'hommes et -9,8% de femmes). Les valeurs les plus élevées pour les hommes se trouvaient chez les jeunes adultes de 25-34 ans, avec un pourcentage de 36,2% ; pour les femmes, la tranche d'âge avec une prévalence plus élevée était celle des 45-54 ans, avec un pourcentage de 22,1%. La prévalence chez les 15-24 ans, avec une valeur de 20,4% (25,9% d'hommes et 14,7% de femmes), a légèrement diminué. Le pourcentage le plus élevé de fumeurs a été observé dans le centre de l'Italie (22,5%), suivi par le Sud et les îles (21,0%) et par le Nord (20,0%). Le traitement des données de l'Agence des Douanes et des Monopoles a montré qu'en 2013, les ventes de produits du tabac ont chuté de 5,4% par rapport à 2012, en particulier les ventes de cigarettes qui ont chuté de 5,7% (près de deux paquets en moins par mois achetés par chaque fumeur). La baisse des ventes de cigarettes au cours de la période 2004-2013 était d'environ 25,1%. En 2013, pour la première fois depuis 10 ans, les ventes de tabac coupé ont légèrement diminué (-0,7%), bien que depuis 2004, les ventes de ce type de tabac, qui ont représenté 5,1% du marché (92,8% pour les cigarettes), ont plus que quintuplé.

La stratégie italienne contre le tabagisme se développe sur trois axes : protéger la santé des non-fumeurs, réduire la prévalence de nouveaux fumeurs et soutenir l'arrêt du tabac. La loi 3/2003, art. 51, qui a réglementé le tabac dans tous les lieux fermés publics et privés, est un instrument efficace de santé publique dont le budget est actuellement positif. La nécessité de renforcer la protection de la santé des non-fumeurs, en particulier des mineurs, a incité à introduire (loi de conversion n° 189 du 8 novembre 2012 du décret-loi du 13 septembre 2012) l'interdiction de vendre des cigarettes aux moins de 18 ans, en augmentant la limite des 16 ans prévue par l'art. 25 de l'arrêté royal de 1934. Mandaté par le Ministre de la Santé, le Commandement des Carabiniers pour la Protection de la Santé (NAS) effectue des contrôles aléatoires sur l'ensemble du territoire national sur l'application de la loi. De 2002 à 2013, les NAS ont effectué près de 32 000 contrôles dans différents types de

locaux (gares, hôpitaux, cabinets, musées et bibliothèques, aéroports, bureaux de poste, bureaux de paris, discothèques, pubs et pizzerias), qui ont montré l'important respect de la norme. En 2013, les NAS ont effectué 5 642 inspections (+12,0%), y compris 1 283 contrôles aux distributeurs automatiques de cigarettes, aux bureaux de tabac et magasins de cigarettes électroniques, en contestant 217 infractions, la plupart desquelles dans les discothèques, les bureaux de paris et les hôpitaux.

Avec la loi de conversion n° 128 du 8 novembre 2013 du décret-loi n° 104 du 12 septembre 2013, l'interdiction de fumer a également été étendue aux espaces extérieurs rattachés aux écoles. La même règle introduit également l'interdiction d'utiliser les cigarettes électroniques dans les lieux fermés et dans les espaces extérieurs rattachés aux établissements scolaires, ainsi que l'interdiction de faire de la publicité pour les liquides et les recharges contenant de la nicotine dans les lieux fréquentés par des mineurs, à la télévision entre 16h et 19h, dans la presse pour les mineurs et dans les cinémas. La lutte contre le tabagisme est prévue par des actes institutionnels de programmation dans toutes les régions qui, même à travers des projets soutenus par le Ministère de la Santé/CCM, ont expérimenté, à l'échelle locale, des modèles d'intervention et des programmes de communauté pour la prévention du tabagisme chez les jeunes et au travail, le renforcement du réseau des opérateurs de services, le soutien aux Centres antitabac-CAF et la formation à « l'entretien de motivation » des professionnels de la santé [médecins généralistes (MMG), sages-femmes, pharmaciens, etc.] ou autres (enseignants, éducateurs, etc.).

Alcool

Durant la dernière décennie, la consommation d'alcool occasionnelle et en dehors des repas a progressivement augmenté, alors que le modèle traditionnel de consommation reposant sur la consommation de vin pendant les repas est moins répandu, bien qu'il persiste chez les adultes et les personnes âgées.

Selon les **données de l'ISTAT**, en 2014, 63% des Italiens de 11 ans et plus avait consommé au moins une boisson alcoolisée (soit 34 319 000 personnes), avec une prévalence nettement plus élevée chez les hommes (76,6%) que chez les femmes (50,2%).

22,1% des consommateurs (environ 12 millions de personnes) buvait quotidiennement (33,8% d'hommes et 11,1% de femmes).

Dans la décennie 2005-2014, l'ISTAT a constaté une baisse du total des consommateurs (de 69,7% en 2005 à 63,0% en 2014), une baisse des consommateurs quotidiens (de 31% en 2005 à 22,1% en 2014), une hausse des consommateurs occasionnels (de 38,6% en 2005 à 41,0% en 2014) et une hausse des consommateurs en dehors des repas (de 25,7% en 2005 à 26,9% en 2014).

En 2014, on a observé une légère baisse par rapport à l'année précédente des consommateurs quotidiens (ils représentaient 22,7% en 2013 et 22,1% en 2014), tandis que les consommateurs en dehors des repas ont continué d'augmenter (25,8% en 2013 et 26,9% en 2014).

La consommation en dehors des repas est particulièrement fréquente chez les jeunes (18-24 ans) et les jeunes adultes (25-44), qui l'adoptent souvent dans le cadre d'occasions et de contextes liés au divertissement et aux relations sociales. La hausse, au cours des dix dernières années, de la consommation en dehors des repas s'est poursuivie chez les femmes en passant de 14,9% en 2005 à 16,5% en 2014 ; cette croissance a eu lieu dans toutes les tranches d'âge, tandis que le chiffre global

de la consommation en dehors des repas chez les hommes était en légère baisse (37,3% en 2005, 36,1% en 2014).

Le phénomène du *binge drinking* est particulièrement alarmant, avec de graves risques pour la santé et la sécurité du consommateur seul et également de la société toute entière. En 2014, 10,0% des hommes et 2,5% des femmes de plus de 11 ans ont affirmé avoir consommé six verres d'alcool ou plus en une seule occasion au moins une fois au cours des 12 derniers mois, ce qui correspond à plus de 3 300 000 personnes de plus de 11 ans, avec une fréquence qui varie en fonction du sexe et de la tranche d'âge de la population. Les pourcentages *binge drinker* chez les hommes et chez les femmes ont augmenté progressivement dans la deuxième décennie de vie et atteignent les valeurs les plus élevées chez les 18-24 ans (H=21,0% ; F=7,6%). Au-delà de cette tranche d'âge, les pourcentages baissent à nouveau pour atteindre des valeurs minimales chez les personnes âgées (H=2,1% ; F=0,3%).

L'analyse par tranche d'âge montre que la catégorie de la population la plus à risque pour les deux sexes était celle des 16-17 ans (H=46,91%, F=39,5%), qui ne devrait pas consommer d'alcool, et celle des hommes soi-disant « jeunes seniors », à savoir les 65-74 ans. Probablement en raison d'un manque de connaissance ou de prise de conscience des risques que l'alcool cause à la santé, environ 700 000 mineurs et 2 700 000 personnes de plus de soixante-cinq ans étaient des consommateurs à risque pour des maladies et des problèmes liés à l'alcool.

L'étude sur la consommation d'alcool dans les régions italiennes a démontré que la consommation d'alcool au cours de l'année était plus courante dans le centre et le Nord, en particulier dans le Nord-est, et notamment chez les hommes. En 2014, par rapport à l'année précédente, une baisse de la consommation d'alcool a été observée au cours de l'année dans le Nord-est (de 68,7 à 67%) et dans le centre (de 65,5% à 62,3%). Dans le Sud de l'Italie, une baisse a été enregistrée notamment dans la consommation quotidienne d'alcool (de 22,1% à 20,3%).

Compte tenu de l'ampleur démographique des communes, la part des consommateurs au cours de l'année était plus élevée dans les communes métropolitaines et les communes de plus de 50 000 habitants ; dans les communes jusqu'à deux mille habitants, le pourcentage des consommateurs quotidiens étaient en revanche plus élevée. Par rapport à 2013, la part des consommateurs au cours de l'année et celle des consommateurs quotidiens ont sensiblement baissé dans les communes de plus de 50 000 habitants.

D'après l'analyse du **type de boissons** consommées, la tendance déjà enregistrée au cours des dix dernières années a été confirmée, avec une baisse progressive de la part des consommateurs qui ne buvaient que du vin et de la bière, en particulier chez les jeunes et les femmes, et une augmentation de ceux qui consommaient, outre le vin et la bière, des apéritifs, des amers et des spiritueux, une augmentation qui a été enregistrée chez les jeunes et les très jeunes, mais avec un pourcentage plus élevé chez les adultes de plus de 44 ans et chez les personnes âgées. Chez les jeunes de 18-24 ans, la consommation d'autres boissons alcoolisées (apéritifs alcoolisés, alcopops) a augmenté, en plus du vin et de la bière.

La dépendance à l'alcool est aujourd'hui encore un domaine qui requiert une grande attention pour les conséquences médicales et sociales qu'elle implique. L'estimation ponctuelle du nombre d'alcool-dépendants en Italie a présenté différents types de difficultés et il n'existe toujours pas de données officielles à ce sujet. Pour évaluer le phénomène, il convient de tenir compte, parmi les éléments, du nombre d'alcool-dépendants sous traitement dans les *Services publics de lutte contre l'alcoolisme* (environ **500** répartis dans tout le pays où travaillent 4 600 membres du personnel, y

compris des médecins, des infirmiers professionnels et des psychologues), ainsi que du nombre de personnes et de familles qui fréquentent, à des fins de désintoxication, les groupes d'entraide ou les associations à but non lucratif qui travaillent en collaboration avec ces services publics ou de façon indépendante. En 2013 et en 2014, 69 880 et 72 784 personnes ont respectivement été prises en charge dans les Services dédiés ou dans les groupes de travail au sein des Services. Les usagers ont généralement augmenté au fil du temps ; ces dernières années, la tendance croissante est particulièrement visible pour les usagers déjà pris en charge et qui sont rentrés. Le ratio H/F montre une plus grande présence masculine, qui est encore plus évidente dans le centre et le Sud. Au fil du temps, on a assisté à un vieillissement graduel des usagers, particulièrement évident ces trois dernières années, qui a concerné toutes les catégories d'usagers. Cependant, comme prévu, les nouveaux usagers étaient plus jeunes que les usagers déjà pris en charge ou rentrés : en 2014, on a pu observer que 12,4% des nouveaux usagers avaient moins de 30 ans, alors que pour les personnes âgées, ce pourcentage était de 6,7%. Les plus de cinquante ans représentaient en revanche 35,5% des nouveaux usagers et 43,4% de ceux déjà pris en charge, ce qui confirme un âge moyen supérieur des usagers déjà pris en charge.

En analysant les programmes de traitement, on peut observer qu'en 2014, 25,7% des usagers a subi des traitements médicaux et pharmacologiques en consultation, 24,8% au « *counseling* » adressé à l'utilisateur ou à la famille, 5,5 % a été inséré dans des groupes d'entraide ; 15,8% a choisi un traitement de réadaptation sociale, tandis que le placement en communauté de nature résidentielle ou semi-résidentielle n'a concerné que 2,5% des alcoolo-dépendants ; les traitements psychothérapeutiques ont été activés pour 11,1% des usagers. L'hospitalisation a concerné 4,1% du total des usagers dénombrés (2,7% dans des établissements publics, 1,4% dans des établissements de soins privés conventionnés) ; dans les deux cas, la cause principale de l'hospitalisation était représentée par le syndrome de la dépendance à l'alcool.

D'après le « *Rapport global sur l'alcool et la santé 2014* » de l'Organisation mondiale de la Santé, l'Italie, avec une consommation moyenne par habitant de 6,1 litres, a affiché une valeur proche de celle recommandée par cette Organisation aux pays de l'Union européenne pour l'année 2015 (6 litres par an pour les plus de 15 ans et 0 litres pour les moins de 15 ans). Ce chiffre reconnu à l'échelle internationale semble confirmer la validité des politiques de lutte activées à l'échelle nationale et régionale, et encourage, conformément aux directives de la loi 125/2001, leur renforcement. Par conséquent, dans l'esprit de la loi 125/2001, le Ministère de la Santé a soutenu et soutient les politiques sur l'alcool en conformité avec les lignes directrices approuvées sur le plan international, tant au niveau de l'Union européenne que de l'Organisation mondiale de la Santé. À cet égard, une valeur stratégique particulière est revêtue par la Stratégie communautaire 2006-2012 pour réduire les méfaits liés à l'alcool, par la Stratégie globale 2010 de l'OMS pour réduire la consommation nocive d'alcool et, plus récemment, par le Plan d'action pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles 2013-2020 (*Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Disease 2013-2020-WHO*), dans le cadre duquel on prévoit, pour les prochaines années, une baisse de la consommation nocive d'alcool de 10%. Il convient de souligner que l'Italie a récemment atteint un objectif important fixé par le nouveau Plan d'Action européen pour l'Alcool 2012-2020, en introduisant l'interdiction d'administrer et de vendre de boissons alcoolisées à des mineurs de moins de 18 ans (loi n° 189/2012).

Des actions spécifiques de prévention de l'alcoolisme et des maladies y étant liées et la divulgation de modes de vie sains sont contenues dans le Programme « *Améliorer la santé* » et dans le PNP 2014-2018 (voir ci-dessus).

Se reporter à ce qui est indiqué plus haut au sujet des campagnes de communication liées à la consommation et à l'abus d'alcool.

Toxicomanie

Le cadre législatif de référence est constitué par le décret présidentiel n° 309 du 09.10.1990, *Texte unique des lois en matière de réglementation des stupéfiants et des substances psychotropes, de prévention, de traitement et de désintoxication des toxicomanes*, et par le Texte unique des lois en matière de stupéfiants, loi n° 685 du 22 décembre 1975, qui a subi de nombreux changements, dont les plus importants sont :

1. Loi n° 162 du 26 juin 1990 – « *Mise à jour, amendements et ajouts de la loi n° 685 du 22 décembre 1975, contenant la réglementation des stupéfiants et des substances psychotropes, la prévention, le traitement et la désintoxication des toxicomanes* ».

2. Loi n° 12 du 8 février 2001 - « *Règles pour faciliter l'utilisation des analgésiques opioïdes dans le traitement de la douleur* ».

3. Loi n° 49 du 21 février 2006 - « *Conversion en loi, avec amendements, du décret-loi du n° 272 du 30 décembre 2005, contenant des Mesures d'urgence pour assurer la sécurité et les financements pour les prochains Jeux olympiques d'hiver, ainsi que pour la fonction de l'administration de l'intérieur et les dispositions pour favoriser la guérison des toxicomanes récidivistes* ».

4. Loi n° 38 du 15 mars 2010 - « *Dispositions pour assurer l'accès aux soins palliatifs et au traitement de la douleur* ».

5. Loi n° 79 du 16.05.2014 contenant la Conversion en loi, avec amendements, du décret-loi n° 36 du 20 mars 2014, concernant les « *Dispositions urgentes en matière de réglementation des stupéfiants et des substances psychotropes, de prévention, de traitement et de désintoxication des toxicomanes, visées dans le décret du Président de la République n° 309 du 9 octobre 1990, ainsi que d'utilisation de médicaments moins chers de la part du Service national de santé* ».

En 2014¹², le Département des Politiques Antidroge (DPA) a mené une enquête sur un échantillon de 52 351 personnes âgées de 18 à 64 ans vivant en Italie. La technique adoptée a été celle d'un questionnaire envoyé par la poste. Au total, 8 465 questionnaires remplis ont été reçus, avec un pourcentage de participation à l'étude de 16,9%. L'analyse générale de la tendance de la consommation de stupéfiants au cours des 12 derniers mois, se référant à la population répondant au questionnaire âgée de 15 à 64 ans, a montré une hausse générale des consommateurs, notamment pour le cannabis (haschisch ou marijuana) et pour les stimulants (ecstasy et/ou amphétamines/méthamphétamine).

Au cours de la même année, l'Institut de Physiologie clinique du Conseil national des Recherches (IFC-CNR) a également mené une enquête par sondage consistant à fournir un questionnaire postal anonyme à un échantillon d'environ 23 500 résidents âgés de 15 à 74 ans, extrait au hasard à partir

¹² Source : Présidence du Conseil des Ministres – Département des Politiques Antidroge - *Rapport annuel au Parlement 2015 sur l'état de la toxicomanie en Italie*.

des listes d'état-civil des communes sélectionnées dans le cadre du sondage. Le taux d'adhésion final a été d'environ 35%. D'après les réponses obtenues, il a été estimé que près de 10% des Italiens âgés de 15 à 64 ans a récemment pris au moins une substance illégale, ou durant l'année écoulée. Ce comportement a concerné un peu moins de 4 millions de personnes ; parmi elles, 87% avait consommé seulement une substance, tandis que les 13% restants, deux ou plus. La consommation d'au moins une substance illégale avait concerné environ 20% des jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans, en impliquant plus de 2 500 000, et parmi eux, le pourcentage des pôles consommateurs était similaire à celui de la population générale (13%), touchant plus de 330 000 personnes âgées de 15 à 34 ans. Parmi les hommes, il y avait une plus grande diffusion de la consommation de substances psychoactives : pour chaque consommatrice, il y avait presque deux consommateurs (hommes 12,5% ; femmes 7,1%), mais c'était dans les tranches d'âge plus jeunes que se concentrait le rapprochement le plus élevé aux substances (24,6% d'hommes contre 14,5% femmes).

Dans la population générale de 15 à 64 ans, 32% avait essayé le cannabis au moins une fois dans sa vie, soit un peu plus de 12 500 000. La prévalence était presque de 40% si l'on considérait la tranche d'âge 15-34 ans, en touchant plus de 5 millions d'expérimentateurs chez les jeunes.

Après le cannabis, la cocaïne était la substance illicite la plus répandue. Il a été estimé que près de 3 000 000 d'Italiens l'avaient utilisée au moins une fois dans leur vie (7,6%) et un peu plus de 430 000 l'avaient utilisée au cours de l'année (1,1%), 240 000 desquels avaient entre 15 et 34 ans, avec une prévalence de 1,8%. C'était chez les hommes qu'on constatait la prévalence la plus élevée (1,4% contre 0,7% chez les femmes) et chez les 15-34 ans, on a observé des prévalences plus de trois fois supérieures à celles des femmes du même âge (2,8% contre 0,8 %).

La consommation au moins une fois dans sa vie de stimulants (amphétamines, ecstasy, MDMA, etc.) avait concerné plus d'un million et demi d'Italiens de 15 à 64 ans (4,1%), tandis que la consommation récente de stimulants était de 0,5%, concernant environ 180 000 personnes, 155 000 desquelles avaient entre 15 et 34 ans (ce qui correspond à 1,2% de la population du même âge). Même dans ce cas, les prévalences d'hommes étaient plus élevées que celles des femmes du même âge. Par rapport aux consommations récentes, les prévalences dans les deux tranches d'âge ont baissé : un peu plus de 30 000 15-64 ans avaient consommé des stimulants le mois précédent la réponse au questionnaire (0,1%), dont près de 26 000 étaient des jeunes adultes (0,2%).

La consommation dans la vie d'hallucinogènes (LSD, champignons hallucinogènes, kétamine, etc.) avait concerné près d'un million et demi d'Italiens (3,7%), dont près d'un tiers avait de 15 à 34 ans (4,3%). La consommation récente d'hallucinogènes était de 0,3% et avait concerné près de 120 000 personnes, une consommation qui, chez les 15-34 ans, avait touché un peu plus de 90 000 personnes (0,7%). C'était notamment chez ces derniers que les hommes représentaient presque le double par rapport aux femmes du même âge. En revanche, dans la population totale, les prévalences par sexe étaient assez similaires.

La consommation d'héroïne (y compris d'autres substances opiacées, comme l'opium, la morphine, la méthadone, etc.) au moins une fois dans sa vie avaient concerné près de 800 000 Italiens entre 15 et 64 ans (2%), dont moins de la moitié était des jeunes adultes : un peu plus de 300 000, soit 2,5% des 15-34 ans. Au cours des 12 derniers mois, la consommation d'héroïne a concerné 0,8% de la population générale, soit environ 320 000 personnes. Comme il a été constaté pour les autres substances, la part d'hommes était supérieure à celle de femmes, en particulier chez les jeunes

adultes. Parmi ces derniers, la consommation récente d'héroïne avait concerné environ 190 000 personnes.

Les régions et les provinces autonomes (ci-après P.A.), en fonction des compétences leur étant attribuées, organisent le réseau de services en accord avec l'analyse des besoins et de la demande de traitement localement établie et avec les stratégies de politique de santé adoptées. Au cours des années 90, avec l'émergence de la diffusion de l'héroïne et des maladies infectieuses y étant liées, d'importantes réglementations du secteur ont été édictées, y compris celles de la mise en place et du fonctionnement des services pour la toxicomanie avec l'article 27 de la loi n° 162 du 26 juin 1990, et dans le cadre du décret présidentiel 309/90, l'art. 118 a établi l'organisation des Ser.T. (Services pour la Toxicomanie) dans les unités sanitaires locales.

Avec la révision du Titre V de la Constitution, les régions et les P.A. ont assumé l'entière responsabilité de l'organisation des services de santé régionaux, conformément aux LEA adoptés avec le décret du Président du Conseil des Ministres et définis dans le cadre d'accords dans la Conférence unifiée État-régions.

Avec la loi 79 de 2014, les Ser.T. ont été renommés *Ser.D. – services publics pour les dépendances*. Cet amendement met en évidence le changement culturel et de mandat statutaire désormais reconnu à ces services : il ne s'agit plus d'aider les toxicomanes, dépendant principalement de l'héroïne, mais de fournir des services hautement spécialisés aux personnes ayant différents types de maladies liées à la dépendance de substances illégales et légales et à la dépendance sans substance. Les Ser.D. assurent un accès direct aux soins en garantissant l'anonymat, dans un souci d'intégration multidisciplinaire. Chaque patient reçoit un traitement personnalisé en fonction de l'évaluation diagnostique, à travers la création d'un traitement individuel construit en accord avec le patient. Le plan de traitement défini par le Ser.D. peut être réalisé en consultation externe/à domicile, dans un établissement semi-résidentiel ou résidentiel.

En plus des traitements pour les personnes prises en charge, les Ser.D. assurent des activités de prévention et de réinsertion, également en collaboration avec d'autres structures du SSR et avec d'autres collectivités locales. D'après l'enquête des régions et des P.A., il existe **581** Ser.D. sur le territoire national. La gestion des Ser.D. est presque exclusivement publique, à l'exception de dix services en Lombardie, accrédités avec une gestion privée.

En 2014, les Ser.D. ont aidé au total 131 121 toxicomanes, dont 39 600 étaient des nouveaux usagers (30,2%) et 91 521 des personnes qui avaient déjà été prises en charge au cours des années précédentes (69,8%). Environ 86% des usagers recensés étaient des hommes (rapport H/F de 6,1) ; ce pourcentage atteignait 91% chez les nouveaux usagers et descendait à 84% chez les usagers déjà pris en charge. En analysant le total des usagers par tranche d'âge, une concentration plus élevée a été constatée chez les 25-54 ans. En particulier, d'après l'analyse par sexe, on constate que chez les hommes, au total, l'âge le plus fréquent était entre 30 et 54 ans ; les tranches d'âge les plus nombreuses étaient les 35-39 ans, les 40-44 ans (tranche modale) et les 45-49 ans. Le total des usagers femmes se situait le plus souvent chez les 25-49 ans et, dans cette tranche, il se répartissait équitablement dans les différentes tranches d'âge (fréquence dans les tranches de cinq ans autour de 14%).

Toujours d'après les données SIND, il ressort que le nombre total d'opérateurs des Ser.D. en 2014 était de 7 958 unités (6 924 unités si l'on considère les unités équivalentes ou le personnel à mi-temps considéré comme 50% du temps plein). En moyenne, en Italie, les Ser.D. possèdent 52% de

profils professionnels correspondant aux médecins et au personnel infirmier. Les 48% restants sont composés de profils professionnels tels que les psychologues, les assistants sociaux, les éducateurs ou autres.

Les programmes résidentiels et semi-résidentiels représentent une ressource importante et largement utilisée par les services dans le cadre des projets thérapeutiques personnalisés. Les soins résidentiels et semi-résidentiels garantissent une offre totale à l'échelle nationale de **13 700 places**. La quasi-totalité de cette offre est gérée par des organisations privées, des acteurs qui ont toujours été importants dans le système du réseau des services et dans la construction des modèles d'intervention pour les maladies liées aux dépendances.

En 2014, 11 736 usagers ont été soignés dans des établissements.

Le personnel des Communautés thérapeutiques privées a atteint, en 2014, 5 140 unités. Le profil professionnel qui prévalait était celui de l'éducateur professionnel (plus de 44%).

En 2014, les dépenses totales s'élevaient à environ 675 millions d'euros. 61% des dépenses (411 135 659 millions d'euros) était destiné aux activités en consultation externe et à domicile, tandis que 35% (237 208 344 millions d'euros) était en revanche destiné à l'ensemble des activités résidentielles/semi-résidentielles effectuées principalement par des services privés. D'après des estimations effectuées, ces activités s'adressaient à environ 15% de la population totale soignée. Les 4% restants (27 132 158 euros) étaient destinés à des essais et des financements du troisième secteur.

Les vaccinations

Dans le but de transposer les instructions du Service régional européen de l'OMS et de mettre à jour le Plan de 2003, le 23 mars 2011 a été approuvé, lors de l'Accord État-régions, le « *Plan national pour éliminer la rougeole et la rubéole congénitale (PNEMoRc) 2010-2015* », qui a reporté les objectifs d'élimination de la rougeole et la prévention des cas de rubéole congénitale (< 1 cas/100 000 naissances vivantes) à 2015 et qui a introduit l'objectif de l'élimination de la rubéole. Le PNEMoRc a défini les actions et les stratégies pour atteindre les objectifs spécifiques :

- a) atteindre et maintenir une couverture vaccinale $\geq 95\%$ pour deux doses de vaccin ROR (première dose à 12-15 mois et deuxième dose à 5-6 ans), à l'échelle nationale, régionale et des unités sanitaires locales ;
- b) vacciner les personnes vulnérables de plus de 2 ans ;
- c) renforcer la surveillance ;
- d) améliorer l'enquête épidémiologique des cas ;
- e) améliorer la disponibilité des informations scientifiques pour les professionnels de la santé et la population.

Au 31 décembre 2013, toutes les régions et les provinces autonomes, sauf deux, ont inséré les données du suivi intégré sur la plate-forme web ad hoc développée par l'Institut supérieur de la Santé.

En 2012, la couverture vaccinale moyenne nationale pour la première dose de vaccin contre la rougeole avant 2 ans était de 90,0%, alors que celle pour la première dose de vaccin contre la rubéole était de 89,2%. Seules deux régions (l’Ombrie et les Marches) ont atteint une couverture vaccinale $\geq 95\%$. Les données nationales de couverture vaccinale pour la deuxième dose de vaccin et par groupe spécifique de population ne sont pas disponibles actuellement.

Le tableau ci-dessous montre le taux de couverture vaccinale en Italie, divisé par région et par type de vaccination, pour l'année 2014.

Vaccinazioni dell'età pediatrica - Anno 2014												
Coperture vaccinali* (per 100 abitanti) calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA. (per singolo antigene)												
REGIONE/Provincia Autonoma	Polio ^(a)	Difterite ^(a)	Tetano ^(a)	Pertosse ^(a)	Epatite B ^(a)	Hib ^(a)	Morbillo ^(a)	Parotite ^(a)	Rosolia ^(a)	Varicella ^(a)	Meningococco C coniugato ^(b)	Pneumococco coniugato ^(b)
Piemonte	95,91	95,91	96,12	95,84	95,55	95,35	89,66	89,66	89,66	1,10	86,78	92,25
Valle D'Aosta	90,61	90,78	91,30	90,09	90,18	89,66	77,61	77,17	77,09	0,43	77,78	84,41
Lombardia	95,02	94,96	95,14	94,83	94,87	94,33	89,49	89,36	89,40	n.i.	79,43	79,42
Prov Auton Bolzano	88,46	88,44	88,52	88,43	87,99	87,68	68,77	68,68	68,75	2,95	61,31	80,69
Prov Auton Trento	92,74	92,70	93,09	92,57	92,43	92,14	84,21	84,17	84,21	1,21	81,73	87,10
Veneto	91,71	91,76	92,09	91,70	91,43	91,04	87,10	86,98	87,03	84,16	88,10	85,59
Friuli Venezia Giulia	92,20	92,57	92,57	92,08	91,70	91,67	83,51	83,38	83,39	60,28	82,62	82,37
Liguria	95,74	95,74	95,80	95,69	95,61	95,22	82,82	82,76	82,82	11,60	83,12	92,18
Emilia Romagna	94,80	94,72	95,07	94,44	94,49	94,00	88,26	88,06	88,06	0,55	88,28	92,54
Toscana	95,43	95,56	95,71	95,56	95,37	95,12	89,31	89,15	89,23	77,12	87,82	93,80
Umbria	95,90	95,63	95,64	95,54	95,25	95,52	88,97	88,81	88,79	0,59	86,50	94,16
Marche	93,66	93,63	93,70	93,63	93,50	93,45	81,39	81,39	81,39	1,49	76,64	89,65
Lazio	97,55	97,54	97,54	97,53	97,95	97,06	88,54	88,54	88,54	6,15	n.i.	91,25
Abruzzo	96,58	96,57	96,57	96,57	96,57	96,55	85,68	85,68	85,68	4,70	62,20	83,60
Molise	96,65	96,65	96,65	96,65	96,65	96,65	86,27	86,27	86,27	37,30	74,15	94,63
Campania	93,19	93,19	93,19	93,19	93,19	93,09	83,66	83,66	83,66	7,88	42,72	76,63
Puglia	94,64	94,64	94,64	94,64	94,64	94,63	85,07	85,07	85,07	81,65	77,75	93,48
Basilicata	98,84	98,84	98,84	98,84	98,84	98,84	90,00	90,00	90,00	72,47	86,33	98,47
Calabria	96,07	96,07	96,07	96,07	96,07	96,04	83,20	83,20	83,20	51,07	66,21	92,02
Sicilia	93,48	93,48	93,48	93,48	93,48	93,47	83,95	83,95	83,95	79,02	60,17	91,74
Sardegna	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
MEDIA NAZIONALE	94,66	94,65	94,77	94,58	94,56	94,25	86,63	86,57	86,58	35,99	74,94	87,26

(a) Ciclo vaccinale di base completo = 3 dosi
(b) Ciclo di base di 1, 2 o 3 dosi secondo l'età
(c) 1^a dose entro 24 mesi

Aggiornamento 11/8/2015

Fonte: elaborazioni UFFICIO V - Malattie infettive e profilassi internazionale - DG Prevenzione Sanitaria - MINISTERO della SALUTE
Informazioni: Dr.ssa Elvira Rizzuto - Email: e.rizzuto@sanita.it

Légende :

Vaccinazioni in età pediatrica – Anno 2014 = Vaccinations dans la première enfance

Coperture vaccinali (per 100 abitanti) calcolate sui riepiloghi inviati dalle Regioni e PP.AA. (per singolo antigene) = Couvertures vaccinales (pour 100 habitants) calculées sur la base des résumés des Régions et des Provinces Autonomes (pour chaque antigène)

Regioni/Provincia Autonoma = Régions/Province Autonome

Polio = Poliomyélite

Difterite = Diphtérie

Tetano = Tétanos

Pertosse = Coqueluche

Epatite B = Hépatite B

Morbillo = Rougeole

Parotite = Oreillons

Rosolia = Rubéole

Varicella = Varicelle

Meningococco C coniugato = Antiméningococcique conjugué C

Pneumococco coniugato = Antipneumococcique conjugué

SÉCURITÉ ROUTIÈRE

En 2014¹³, en Italie, il y a eu 177 031 accidents de la route avec blessés, qui ont causé la mort de 3 381 personnes (dans les 30 jours) et qui en ont blessé 251 147. Par rapport à 2013, le nombre d'accidents a diminué de 2,5% et celui des blessés de 2,7%, tandis que pour le nombre de morts, la baisse a été plus modérée : -0,6%. D'après les données de sortie de l'hôpital, il y avait environ 15 000 blessés graves, tandis que le nombre de blessés graves dans un accident de la route pour chaque décès était de 4,4. Sur les routes urbaines italiennes, 133 598 accidents ont eu lieu, avec 180 474 blessés et 1 505 victimes ; sur les autoroutes, il y a eu 9 148 accidents, avec 15 290 blessés et 287 décès. Sur les routes rurales, à l'exception des autoroutes, il y a eu 34 285 accidents qui ont causé 55 383 blessés et 1 589 victimes. Les incidents les plus graves se sont produits sur les routes rurales (à l'exception des autoroutes), où il y a eu 4,63 décès pour 100 accidents. La même année, il y a eu 1 491 décès chez les conducteurs et les passagers de voitures, suivis par les motocyclistes (704), les piétons (578), les cyclistes (273), les occupants de poids lourds (159), les cyclomoteurs (112) et les autres moyens de transport (64). Pour les hommes, la tranche d'âge avec le plus grand nombre de décès était celle des 20-24 ans (219). Les valeurs très élevées se retrouvaient aussi dans la tranche d'âge des 25-29 ans (195) et des 45-49 ans (206). Pour les femmes, le plus grand nombre de victimes a été enregistré chez les 20-24 ans (49) et chez les 75-79 ans et les 80-84 ans (respectivement 65 et 57). Dans ce dernier cas, la fréquence élevée chez les personnes plus âgées est attribuable à une plus grande implication des femmes dans les accidents de la route en tant que piéton.

Dans la période 2012-2013, la Fondation ANIA pour la Sécurité routière a présenté une campagne de communication destinée à rappeler à tous la valeur de la vie, en se concentrant sur les risques encourus et que l'on peut courir sur la route. Le choix du slogan n'a pas été un hasard : « *Non spegnere la luce* » (N'éteignez pas la lumière), accompagné de « *Pensaci* » (Pensez-y). Le spot de la campagne de la Fondation ANIA a été diffusé sur les principales chaînes de télévision nationales, avec un calendrier de diffusion qui prévoyait des passages sur les réseaux numériques et satellitaires nationaux, ainsi que des passages programmés sur les principales chaînes nationales et une version pour la presse écrite qui a été publiée sur les principaux journaux nationaux et reproposée dans le circuit des grands affichages dans certaines villes italiennes. La version télévisée de la campagne a été réalisée avec six différents spots.

En 2015, la Fondation ANIA pour la Sécurité routière a proposé la nouvelle version des spots s'inspirant des Commandements. Comme l'année précédente, les principales questions liées au taux d'accidents de la route en Italie ont été abordées : du nombre total de victimes de la route aux principales causes d'accident, ou la conduite dans des conditions physiques et mentales altérées et la distraction. L'accent a également été mis sur les jeunes qui, chaque année, meurent dans des accidents de la route et sur les cyclistes. La campagne a été diffusée pendant plus d'un mois sur la télévision nationale, dans tous les cinémas italiens et sur le web.

¹³ Source : Istat

Après une longue procédure parlementaire, la loi n° 41¹⁴ du 23 mars 2016, qui introduit dans le droit italien l'homicide au volant, a récemment été votée. Les accidents de la route mortels ou causant des blessures graves ou très graves seront passibles de nouvelles peines, respectivement prévues par les articles 589 bis et 590 bis du Code pénal. En cas d'homicide, la peine de base va de 2 à 7 ans, alors que les conducteurs de véhicules à moteur risquent jusqu'à 12 ans d'emprisonnement en cas de conduite en état d'ivresse ou sous l'influence de stupéfiants, pour arriver jusqu'à 18 ans en cas de décès de plusieurs personnes. Même en matière d'accidentés de la route, le législateur fait entendre sa mise en garde avec des prévisions qui vont jusqu'à 7 ans de prison. Les mesures relatives à la suspension du permis de conduire s'inspirent de la plus grande rigueur. Une fois le permis retiré à la suite d'un homicide ou de blessures liées à un accident de la route, mesure déjà prévue, la suspension temporaire ordonnée par le préfet pourra atteindre les cinq ans, qui pourront être prolongés à 10 ans si un jugement de condamnation non définitif est prononcé. La condamnation définitive prévoit ensuite non seulement le retrait du document, mais également l'impossibilité de repasser son permis qui, dans les cas les plus graves, peut atteindre 30 ans. La loi n° 41 réaffirme le caractère obligatoire des contrôles pour déterminer si le conducteur était sous l'emprise de stupéfiants ou en état d'ébriété et en prévoit l'exécution forcée en cas de refus de l'intéressé.

¹⁴ « Introduction de l'homicide au volant et du délit de blessures liées aux accidents de la route, et dispositions de coordination du décret législatif n° 185 du 30 avril 1992 et du décret législatif n° 74 du 28 août 2000 »



Istituto Nazionale
Previdenza Sociale

CONSEIL DE L'EUROPE
CHARTRE SOCIALE EUROPÉENNE (2012-2015)

Article 12

Droit à la sécurité sociale



Charte sociale européenne - Conformité du Système italien à l'art. 12

En référence à la note n° 0003907 du 21 mars 2016 relative à la demande d'explications sur l'application par le gouvernement italien des dispositions de l'art. 12 de la Charte sociale européenne (*Droit à la sécurité sociale*), ci-dessous sont fournies les informations et les précisions requises, ainsi que toute modification qui a été introduite dans le cadre réglementaire.

Ci-après sont décrites les intégrations et les précisions relatives à :

- 1. Article 12, paragraphe 1, Risques couverts, financement des prestations et couvertures.*
- 2. Article 12, paragraphe 1, Adéquation (économique) des bénéficiaires - Allocations de chômage*
- 3. Article 12, paragraphe 1, Prestations de maladie*
- 4. Article 12, paragraphe 1, Prestations de retraite et d'invalidité*
- 5. Article 12, paragraphe 4, Sécurité sociale des personnes qui se déplacent dans les États membres.*

1. Risques couverts, financement des prestations et couvertures

En ce qui concerne la couverture des différents risques de la sécurité sociale, le Comité a demandé de connaître le pourcentage de personnes assurées, sur le total de la population active, contre les risques de chômage, maladie, vieillesse et maternité, par rapport à la période 2012-2015.



Année	Actifs ISTAT (1)	Assurés INPS OLD-AGE (données absolues) (2)	Assurés INPS OLD-AGE (%) (3)=(2)/(1)	Assurés INPS UNEMPLOYMENT (données absolues) (4)	Assurés INPS UNEMPLOYMENT (%) (5)=(4)/(1)
2012	22.566.000	21.915.000	97,1%	14.822.000	65,7%
2013	22.191.000	21.573.000	97,2%	14.777.000	66,6%
2014	22.279.000	21.690.000	97,4%	14.641.000	65,7%
2015	22.465.000	21.708.000	96,6%	14.754.000	65,7%

Année	Assurés INPS MATERNITY (données absolues)(6)	Assurés INPS MATERNITY (%) (7)=(6)/(1)	Assurés INPS SICKNESS (données absolues) (8)	Assurés INPS SICKNESS (%) (9)=(8)/(1)
2012	18.752.000	83,1%	11.170.000	49,5%
2013	18.475.000	83,3%	10.740.000	48,4%
2014	18.407.000	82,6%	10.640.000	47,8%
2015	18.501.000	82,4%	10.630.000	47,3%

Le chiffre concernant les actifs est celui publié par l'ISTAT d'après l'enquête sur la population active et se réfère à la valeur moyenne annuelle.

Le nombre d'assurés INPS est extrait des données sur les assurés cotisants publiées dans les bilans annuels et prévisionnels de l'Institut et comprennent les salariés du secteur public et privé, ainsi que les travailleurs indépendants et ceux qui sont inscrits à la « Gestion séparée ». Pour ces derniers, seuls les cotisants exclusifs ont été pris en compte afin d'éviter les doublons.

Le nombre d'assurés faisant l'objet d'une assurance contre les risques de chômage et de maladie a été estimé d'après les informations contenues dans les bases de données statistiques de l'INPS publiées sur le site de l'Institut.



Le calcul exclut donc les professionnels inscrits à des registres et des ordres professionnels qui sont assurés par leurs Caisses respectives visées dans les décrets législatifs n° 509/1994 et n° 103/1996.

Il est important de souligner que les faibles pourcentages d'assurés contre le risque de « maternité » et de « maladie » s'expliquent par le fait que les couvertures sont assurées contractuellement par l'employeur pour les salariés publics et privés qui ne font pas l'objet des assurances respectives gérées par l'INPS.

2. Adéquation (économique) des bénéficiaires

Allocations de chômage (Précisions et intégrations réglementaires)

Ci-dessous figure une vaste présentation de la réglementation actuelle, étant donné qu'elle a été récemment innovée dans le cadre de la réforme des amortisseurs sociaux.

Le décret législatif n° 22 du 4 mars 2015, portant sur les « Dispositions pour la réorganisation de la réglementation en matière d'amortisseurs sociaux en cas de chômage involontaire et de reconversion des travailleurs au chômage, en application de la loi n° 183 du 10 décembre 2014 » et publié dans le Journal officiel n° 54 du 6 mars 2015, a fixé de nouvelles règles en matière d'amortisseurs sociaux, conformément à l'art. 38, deuxième alinéa, de la Constitution, qui établit le droit des travailleurs à des formes de protection contre le chômage.

En particulier, l'art. 1 dudit décret a établi, à compter du 1^{er} mai 2015 - auprès de la Gestion des prestations temporaires aux salariés visée dans l'art. 24 de la loi n° 88 du 9 mars 1989 et dans le cadre de l'Assurance sociale pour l'Emploi visée dans l'article 2 de la loi n° 92 du 28 juin 2012 - une allocation mensuelle de chômage appelée Nouvelle prestation d'Assurance sociale pour l'Emploi (NASpI), dont la fonction est de fournir une protection d'aide au revenu aux travailleurs salariés qui ont perdu involontairement leur emploi.

Elle s'adresse aux travailleurs salariés qui ont perdu involontairement leur emploi, y compris :



- les apprentis ;
- les travailleurs associés de coopératives avec une relation de travail salarié ;
- le personnel artistique salarié ;

L'allocation de chômage NASpl ne s'adresse pas :

- aux salariés à durée indéterminée des administrations publiques ;
- aux ouvriers agricoles à durée déterminée et indéterminée ;
- aux travailleurs non-européens ayant un permis de séjour pour travail saisonnier, pour lesquels la réglementation spécifique reste confirmée.

En outre, les travailleurs titulaires d'une pension directe ne peuvent pas accéder à l'allocation de chômage NASpl.

Les conditions d'éligibilité pour en bénéficier sont les suivantes :

- situation de chômage involontaire ;
- condition de cotisation ;
- condition d'emploi.

Contrairement à ce qui a été prescrit en matière d'ASpl par l'art. 2, *alinéa 4 lettre b)* de la loi n° 92 du 28 juin 2012 - qui prévoyait parmi les conditions d'éligibilité à la prestation qu'au moment de la cessation de la relation de travail, au moins deux ans se soient écoulés après le paiement de la première aide contre le chômage - aucune condition analogue n'est requise pour avoir droit à la NASpl.

En attendant la création du portail national des politiques pour l'emploi visé dans le décret législatif n° 150 de 2015, on considère comme étant au chômage les travailleurs sans emploi, qui déclarent au Service de l'Emploi leur disponibilité immédiate pour exercer une activité professionnelle et pour participer à des mesures de politique active de l'emploi.

L'allocation n'est pas accordée si la relation de travail a cessé suite à une démission ou une résiliation consensuelle, hormis les cas indiqués ci-dessous :

1. démission : le travailleur a droit à l'allocation en cas de démission au cours de la période protégée de maternité – de 300 jours avant la date prévue de l'accouchement jusqu'au premier anniversaire de l'enfant - ou de démission pour juste motif ;



2. résiliation consensuelle : elle ne fait pas obstacle à l'octroi de la prestation :

- o si elle a eu lieu dans le cadre de la procédure de conciliation auprès de la Direction territoriale du Travail, selon les modalités prévues par l'art. 7 de la loi n° 604 de 1966, tel que remplacé par l'art. 1, alinéa 40 de la loi de réforme du marché du travail (loi n° 92 du 28 juin 2012) ;
- o en cas de licenciement avec acceptation de l'offre de conciliation visée dans l'art. 6, alinéa 1 du décret législatif n° 23 de 2015, proposée par l'employeur dans les délais de recours extrajudiciaire du licenciement (soixante jours à compter de la notification par écrit du licenciement, en vertu de l'art. 6 de la loi n° 604 de 1966) ;
- o si elle fait suite au refus du travailleur de se transférer vers un autre siège de la même entreprise se trouvant à plus de 50 km de son lieu de résidence et/ou accessible en moyenne en 80 minutes ou plus avec les transports en commun.

En ce qui concerne la démission pour juste motif, l'Inps - Circulaire n° 97/2003 – s'est conformé à l'orientation exprimée par la Cour constitutionnelle dans l'arrêt 269/2002. Par cette décision, la Cour constitutionnelle a affirmé le principe selon lequel il y a démission « pour juste motif » lorsque la démission n'est pas imputable au libre choix du travailleur, mais lorsqu'elle a été induite par des comportements d'autrui susceptibles d'intégrer la condition d'impossibilité de poursuivre la relation de travail.

Au moins trente jours de travail effectif sont nécessaires, indépendamment de la cotisation minimale, au cours des douze mois qui précèdent le début de la période de chômage.

On entend par « jours de travail effectif » les jours de présence effective au travail, quelle que soit leur durée horaire.

La condition est remplie lorsque, dans les douze mois qui précèdent le début de la période de chômage, le nombre de semaines résultant de la somme des cotisations hebdomadaires reconnues pour chaque trimestre – et versées par l'employeur ou par les employeurs si le travailleur a plusieurs relations - est égal ou supérieur à cinq.

En référence aux autres catégories de travailleurs à l'égard desquelles il est impossible de remonter au nombre des jours travaillés (travailleurs à domicile, travailleurs avec des données de cotisation dérivant de formulaires étrangers), afin de s'assurer que la condition est bien remplie, cinq



semaines de cotisation utile sont nécessaires dans les douze mois précédant la cessation.

Certains événements déterminent l'extension, égale à leur durée, de la période de douze mois pendant laquelle rechercher la condition des trente jours, s'il y a eu ou s'il y a au cours des douze mois précédant le chômage :

- maladie et accident du travail ;
- « cassa integrazione straordinaria » (amortisseur social italien pour les crises structurelles, les processus de restructuration et de reconversion) et « cassa integrazione ordinaria » (amortisseur social italien pour les situations de difficultés économiques temporaires) avec suspension de l'activité à zéro heure ;
- périodes affectées par d'anciens contrats de solidarité utilisés concrètement à zéro heure ;
- absences pour congés utilisés par le travailleur qui est conjoint cohabitant, parent, enfant cohabitant, frère ou sœur cohabitant avec une personne handicapée en situation de détresse ;
- périodes d'absence du travail pour congé de maternité obligatoire, à condition qu'au début de l'abstention l'aide soit déjà versée ou due ;
- périodes d'absence pour congé parental, à condition qu'elles soient régulièrement indemnisées et qu'elles aient eu lieu pendant une relation de travail ;
- périodes de perception de l'indemnité de disponibilité et celles pendant lesquelles le travailleur intérimaire avec un contrat de travail à durée indéterminée est inséré dans les procédures de reconversion ;
- périodes de congé spécial non rémunéré pour des raisons politiques et syndicales visées dans l'art. 31 de la loi n° 300 de 1970 ;
- périodes de travail à l'étranger dans des pays avec lesquels l'Italie n'a pas stipulé d'accords bilatéraux en matière d'assurance contre le chômage.

La demande doit être présentée dans un délai de soixante-huit jours, qui court à compter de :

- la date de cessation de la dernière relation de travail. Si, dans les soixante-huit jours, un cas de maternité indemnisable devait se présenter, le délai restera suspendu pendant toute la durée de l'événement et reprendra à partir de la fin de celui-ci pour le restant. En cas de maladie commune indemnisable ou d'accident du travail/maladie professionnelle indemnisable par l'INAIL, ayant eu lieu dans les soixante jours à compter de la cessation de la relation de travail, le délai sera suspendu pendant la durée de l'événement.



- la date de cessation de la période de maternité indemnisée, lorsqu'elle a eu lieu pendant la relation de travail qui a ensuite cessé ;
- la date de cessation de la période de maladie indemnisée ou d'accident/maladie professionnelle, lorsqu'ils ont eu lieu pendant la relation de travail qui a ensuite cessé ;
- la date d'établissement du conflit de travail ou de la date de notification de la décision judiciaire ;
- la date de la fin de la période correspondant à l'indemnité de défaut de préavis correspondant aux journées ;
- trentième jour suivant la date de cessation pour licenciement pour juste motif.

L'allocation de chômage NASpI est octroyée :

- à partir du huitième jour suivant la date de cessation de la relation de travail, si la demande est déposée au plus tard le huitième jour ;
- à partir du jour suivant celui du dépôt de la demande, si elle a été déposée après le huitième jour ;
- à partir du huitième jour suivant la fin de la période de maternité, de maladie, d'accident du travail/maladie professionnelle ou de préavis, si la demande est déposée au plus tard le huitième jour ; à partir du jour suivant le dépôt de la demande si elle est déposée après le huitième jour, mais dans les délais légaux ;
- à partir du huitième jour suivant le licenciement pour juste motif, si la demande est déposée au plus tard le huitième jour ; à partir du jour suivant celui du dépôt de la demande, si elle a été déposée après le huitième jour suivant le licenciement.

L'éventuel réemploi pendant les huit jours suivant la cessation ne peut donner lieu à la suspension de la prestation, en vertu de l'art. 9 du décret législatif n° 22 de 2015.

La NASpI est versée chaque mois pendant un nombre de semaines correspondant à la moitié des semaines de cotisation des quatre dernières années.

Pour calculer la durée, les périodes de cotisation ayant déjà donné lieu au versement des prestations de chômage sont exclues du calcul de la contribution utile, de même que la contribution ayant donné lieu à des prestations utilisées en une seule fois de manière anticipée.

Les périodes de cotisation relatives au/aux relation(s) de travail qui a/ont suivi la dernière prestation de chômage, n'ayant donné lieu à aucune



prestation, sont toujours utiles pour déterminer la durée d'une nouvelle NASpl.

La suspension de la prestation intervient dans les cas suivants :

- réemploi avec un contrat de travail salarié d'une durée ne dépassant pas les six mois : l'allocation NASpl est suspendue pendant la durée de la relation de travail. La suspension se produit d'office, sur la base des communications obligatoires. Pour identifier la période de suspension, on considère la durée calendaire de la relation de travail, en faisant abstraction de toute référence aux jours effectivement travaillés. À la fin d'une période de suspension d'une durée inférieure ou égale à six mois, l'indemnité recommence à être versée pendant la période restante à laquelle le travailleur avait droit au moment où l'allocation avait été suspendue ;
- nouvel emploi à l'étranger avec un contrat d'une durée ne dépassant pas les six mois, qu'il s'agisse de pays appartenant à l'UE ou avec lesquels l'Italie a stipulé des accords bilatéraux en matière d'assurance contre le chômage, ou de pays extracommunautaires ;
- absence de communication à l'INPS du revenu annuel présumé, au plus tard un mois à compter du début de la nouvelle activité de travail salarié ne dépassant pas les six mois.

La mesure de la prestation est égale à :

- 75% du salaire moyen mensuel imposable à des fins de sécurité sociale des quatre dernières années, s'il est égal ou inférieur à un montant fixé par la loi et revu annuellement en fonction de la variation de l'indice ISTAT (pour l'année 2015, 1 195,00 euros) ;
- 75% du montant fixé (pour l'année 2015, 1 195,00 €) ajouté aux 25% de la différence entre le salaire moyen mensuel imposable et 1 195,00 € (pour 2015), si le salaire moyen mensuel imposable est supérieur au montant fixé ci-dessus.

Le montant de la prestation ne peut pas dépasser une limite maximale déterminée chaque année par la loi (pour les années 2015 et 2016, 1 300,00 €).

À l'allocation mensuelle est appliquée une réduction de 3% pour chaque mois, à partir du premier jour du quatrième mois d'utilisation (91^{ème} jour de prestation).

Pour les travailleurs associés des coopératives visés dans le décret présidentiel n° 602 du 30 avril 1970 et pour le personnel artistique avec



une relation de travail salarié, à partir du 1^{er} mai 2015, la mesure de la NASpl est alignée à celle des travailleurs en général.

Le paiement a lieu tous les mois et inclut les Allocations familiales si elles ont été demandées et si elles sont dues.

L'allocation est proportionnelle au revenu imposable à des fins de sécurité sociale des quatre dernières années (incluant les éléments continus et non continus et les mensualités supplémentaires), divisée par les semaines totales de cotisation (indépendamment du contrôle du minimum) et multipliée par le coefficient numérique 4,33.

Le montant maximal susceptible d'être accordé pour les années 2015 et 2016 est de 1 300 euros et aucun montant minimum susceptible d'être accordé n'est prévu sur le plan législatif.

Le montant de l'allocation diminue :

a) si le bénéficiaire exerce une activité professionnelle de façon autonome, entraînant un revenu inférieur à la limite utile pour conserver la situation de chômage. Dans ce cas, l'allocation est réduite d'un montant de 80% du revenu présumé, par rapport au temps qui s'écoule entre les dates de début et de fin d'activité (ou à la fin de l'année, si l'activité est antérieure). Sous peine d'annulation de la prestation, le bénéficiaire doit notifier à l'INPS, au plus un mois à compter du début de l'activité de travail indépendant ou de la date de dépôt de la demande de NASpl si l'activité existait déjà, le revenu dérivant de celle-ci ;

b) en cas de nouvel emploi du bénéficiaire de NASpl avec un contrat de travail salarié, si le revenu qui en découle est inférieur à la limite utile pour conserver la situation de chômage. Dans ce cas, l'allocation est réduite d'un montant de 80% des revenus prévus, par rapport à la période de temps s'écoulant entre la date initiale de la relation de travail salarié et la date où se termine de l'octroi de l'allocation ou, si elle est antérieure, la fin de l'année, à condition que :

- le bénéficiaire communique à l'INPS le revenu annuel prévu, au plus tard un mois à compter du début de l'activité ;
- l'employeur ou l'utilisateur, en cas de contrat d'intérim, soient différents de l'employeur ou de l'utilisateur pour lesquels le travailleur exerçait son activité lorsque la relation de travail ayant donné lieu à la NASpl a cessé, et ne présentent pas par rapport à celui-ci des



relations de liaison ou de contrôle ou des actionnariats essentiellement coïncidents.

c) si le titulaire de deux ou plusieurs relations de travail salarié à temps partiel cesse l'une des deux relations avec le droit à la prestation de chômage et si le revenu perçu est inférieur à la limite utile pour conserver la situation de chômage. Dans ce cas, la NASpl est accordée pour un montant de 80% du revenu prévu, par rapport au temps qui s'écoule entre les dates de début et de fin de l'activité (ou à la fin de l'année, si elle existait déjà), à condition qu'il communique dans le mois qui suit à l'INPS le revenu qu'il prévoit obtenir du ou des relations existantes.

d) si le bénéficiaire de l'allocation NASpl exerce une activité professionnelle accessoire et prévoit d'en obtenir un revenu annuel compris entre 3 000 et 7 000 euros. Dans ce cas, la NASpl sera réduite d'un montant de 80% du salaire, par rapport à la période comprise entre la date de début de l'activité et celle où se termine l'octroi de l'allocation ou, si elle est antérieure, la fin de l'année. Sous peine d'annulation de la prestation, le bénéficiaire doit notifier à l'INPS, au plus un mois à compter du début de l'activité de travail accessoire ou de la date de dépôt de la demande de NASpl si l'activité existait déjà, le revenu dérivant de celle-ci ;

e) en cas de réemploi avec un contrat de travail intermittent, avec ou sans obligation de répondre à l'appel, si le revenu généré permet de maintenir la situation de chômage. Dans ce cas, le montant de la NASpl est réduit d'un montant de 80% du revenu prévu.

Le bénéficiaire de l'allocation NASpl qui compte commencer une activité professionnelle de manière indépendante ou sous la forme d'une entreprise individuelle, ou souscrire une part de capital social d'une coopérative, peut demander le règlement anticipé en une seule fois du montant total dû et pas encore payé. Pour cela, l'assuré doit déposer la demande d'anticipation par voie électronique, sous peine d'annulation dans les 30 jours à compter du début de l'activité indépendante, de l'entreprise individuelle ou de la souscription de parts de capital de la société coopérative, ou de la présentation de la demande de NASpl si l'activité avait déjà commencé avant la cessation qui a donné lieu au droit à la NASpl.

L'anticipation éventuellement obtenue doit être retournée dans son intégralité en cas de réemploi avec un contrat de travail salarié établi avant l'échéance de la période pour laquelle le règlement anticipé de la NASpl a



été reconnu, sauf si la relation est établie avec la société coopérative dont le bénéficiaire de la NASpl a souscrit une part du capital social.

Si le bénéficiaire de la NASpl bénéficie de l'allocation dans une moindre mesure car il a précédemment choisi l'option de l'accumulation, la prestation anticipée sera versée en tenant compte du montant restant à payer sans l'application de cette réduction.

Activité de travail salarié : lors de la perception de l'allocation NASpl, le réemploi avec un contrat de travail salarié générant un revenu annuel supérieur au revenu minimum exclu de l'imposition entraîne l'annulation de la prestation si la durée de la nouvelle relation est supérieure à six mois ou à durée indéterminée. À l'inverse, en cas de contrat d'une durée égale ou inférieure à la limite prévue, la prestation est suspendue d'office pendant toute la durée de la relation de travail et sera à nouveau versée pendant la période restante à la fin de la suspension.

La suspension intervient également en cas de relation de travail à durée déterminée ne dépassant pas les six mois, stipulée dans un pays étranger appartenant ou non à l'Union européenne.

Si le revenu attendu dérivant du nouveau contrat de travail salarié est inférieur au revenu minimum exclu de l'imposition, la prestation est versée dans une moindre mesure aux conditions suivantes :

- le bénéficiaire doit communiquer à l'INPS, au plus tard un mois à compter du début de l'activité, le revenu annuel qu'il prévoit obtenir de la nouvelle relation ;
- l'employeur (ou l'utilisateur en cas de contrat d'intérim) doit être différent de l'employeur (ou de l'utilisateur) pour lequel le bénéficiaire exerçait son activité professionnelle lorsque la relation de travail ayant donné lieu à la NASpl a cessé, et ne doit pas présenter par rapport à celui-ci des relations de liaison ou de contrôle ou des actionnariats essentiellement coïncidents.

Si les deux conditions se présentent, le montant de l'allocation est réduit d'une somme égale à 80% du revenu annuel présumé, par rapport à la période de temps s'écoulant entre le début de la nouvelle activité et la date limite d'octroi de la NASpl ou, si elle existait avant, la fin de l'année.

L'absence de communication du revenu entraîne la suspension de la prestation en cas de nouvelle relation de travail d'une durée égale ou



inférieure à six mois, ou l'annulation de celle-ci en cas de contrat d'une durée supérieure à six mois ou à durée indéterminée.

Activité professionnelle indépendante : en cas d'exécution d'une activité professionnelle indépendante, d'entreprise individuelle ou parasubordonnée, générant un revenu inférieur à la limite utile pour conserver la situation de chômage, la mesure de l'allocation sera réduite d'un montant égal à 80% du revenu prévu, par rapport à la période s'écoulant entre le début de l'activité et la date finale de l'allocation ou, si elle est antérieure, la fin de l'année, à condition que l'intéressé communique à l'INPS le revenu annuel attendu au plus tard un mois à compter du début de la nouvelle activité ou de la présentation de la demande de NASpI, si l'activité indépendante est antérieure à la situation de chômage. Si l'intéressé souhaite modifier le revenu déclaré, il peut le faire grâce à une déclaration «à montant », c'est-à-dire incluant le revenu précédemment déclaré et les variations en plus ou en moins. Dans ce cas, l'allocation sera recalculée.

Si le revenu annuel attendu est supérieur à la limite prévue pour conserver la situation de chômage, l'institution de l'annulation sera appliquée.

L'absence de communication du revenu attendu dans le délai péremptoire prévu entraîne l'annulation de la prestation.

Activité professionnelle de nature purement occasionnelle (travail accessoire avec chèques-services) : la NASpI est complètement cumulable avec les revenus provenant de l'exécution d'un travail accessoire dans la limite globale de 3 000 euros par année civile.

Si les revenus dépassent la limite prévue mais sont inférieurs à 7 000 euros, la NASpI sera réduite d'un montant égal à 80% du salaire, par rapport à la période s'écoulant entre le début de l'activité et la date finale d'octroi de l'allocation, ou la fin de l'année si elle est antérieure.

Le bénéficiaire ne peut plus percevoir l'allocation dans les cas suivants :

- a) perte de la situation de chômage ;
- b) début d'une activité de travail salarié sans avoir communiqué à l'INPS le revenu attendu dérivant de cette activité dans un délai péremptoire d'un mois à compter du début de l'activité ;
- c) absence de communication, au plus tard un mois à compter de la demande de NASpI, du revenu provenant d'une autre relation de travail à



temps partiel, en cas de cessation d'au moins l'une des différentes relations de travail à temps partiel, ayant donné droit à la NASpl ;

d) début d'une activité professionnelle indépendante sans avoir communiqué le revenu attendu dans un délai d'un mois à compter du début de l'activité ;

e) présence des conditions d'éligibilité pour le départ à la retraite ou la retraite anticipée ;

f) acquisition du droit à l'allocation ordinaire d'invalidité, si l'on n'opte pas pour l'allocation NASpl ;

g) absence de participation aux initiatives d'activation professionnelle et aux parcours de reconversion professionnelle proposés par les services compétents (art. 7 du décret législatif n° 22 de 2015).

L'art. 21 du décret législatif n° 150 du 14 septembre 2015 a mis en place des mesures visant à renforcer les mécanismes de conditionnalité pour bénéficier des prestations de chômage, en intégrant et en précisant les dispositions visées dans ledit art. 7 du décret législatif n° 22 de 2015, relatives à la participation obligatoire aux mesures de politique active du chômeur.

Pour le non-respect de cette obligation, ledit art. 21 a introduit un système de sanctions proportionnelles allant de la déduction d'une part ou d'un mois entier de prestation, jusqu'à l'annulation de la prestation et de la situation de chômage. La sanction de l'annulation de la prestation est prévue dans les cas suivants :

1) absence de participation, à partir de la troisième convocation et sans raison justifiée, aux initiatives et aux ateliers visant à renforcer les compétences dans la recherche active d'un emploi ;

2) absence de participation, à partir de la deuxième convocation et sans raison justifiée, aux initiatives de formation ou de reconversion, ou à d'autres initiatives de politique active ou d'activation ;

3) défaut de se présenter, à partir de la troisième convocation et sans raison justifiée, aux convocations ou aux rendez-vous prévus pour confirmer la situation de chômage, pour l'élaboration et la stipulation du pacte de service personnalisé et pour la fréquence ordinaire de contacts avec le responsable des activités ;



4) non-acceptation d'une offre d'emploi pertinente, telle que définie par l'art. 25 du décret législatif n° 150 de 2015.

Pour les cas visés aux points n° 2 et n° 4, il n'y a pas d'annulation lorsque les activités professionnelles, de formation ou de reconversion ont lieu dans un endroit qui se trouve à plus de 50 kilomètres du lieu où réside le travailleur, ou qui est accessible en moyenne en plus de 80 minutes avec les transports en commun.

L'art. 19 du décret législatif n° 150 du 14 septembre 2015, portant sur les « Dispositions pour la réorganisation de la législation en matière de services pour l'emploi et de politiques actives, en vertu de l'article 1, alinéa 3, de la loi n° 183 du 10 décembre 2014 », a redéfini la « situation de chômage » en introduisant également à l'alinéa 7 la notion de « non-emploi ».

Les articles 20 et 21 suivants dudit décret législatif régissent respectivement l'obligation de signer le pacte de service personnalisé par la personne au chômage (art. 20) et les sanctions liées au non-respect des engagements pris dans le pacte de service et des obligations de participer aux mesures supplémentaires de politique active proposées par les services de l'emploi aux personnes au chômage bénéficiant des prestations ASpl, miniASpl, NASpl, DIS-COLL, régime italien de « mobilité » et ASDI (art. 21).

Allocations de chômage (Données statistiques)

Le Comité a demandé de recueillir des informations sur les différents types de prestations contre le chômage et, en particulier, des informations précises ont été demandées concernant les taux de remplacement.

D'après les informations contenues dans les bases de données statistiques de l'Institut, il a été possible de déterminer pour les nouveaux types de prestations, introduites à partir de 2013, les taux moyens de remplacement.

Le taux de remplacement a été déterminé comme étant le rapport entre le montant moyen journalier versé à titre d'allocation et le salaire moyen journalier de référence correspondant (en général, le salaire moyen imposable des deux années précédentes), en tenant compte des plafonds en vigueur et des autres facteurs affectant le niveau de prestation.



ANNÉE 2013			
	Nombre d'indemnités	Salaire moyen annuel	Taux moyens de remplacement
ASpl	1.013.849	19.196	61%
Mini ASpl NASpl	402.966	15.705	67%
Ds agricole	524.277	20.702	40%
Total	1.941.092	18.878	57%

ANNÉE 2014			
	Nombre d'indemnités	Salaire moyen annuel	Taux moyens de remplacement
ASpl	1.100.180	19.095	62%
Mini ASpl NASpl	549.778	15.669	68%
Ds agricole	524.484	21.269	40%
Total	2.174.442	18.753	58%

ANNÉE 2015			
	Nombre d'indemnités	Salaire moyen annuel	Taux moyens de remplacement
ASpl	353.725	18.975	65%
Mini ASpl	148.706	15.696	67%
NASpl	1.170.435	17.297	65%
Ds agricole	525.048	21.737	40%
Total	2.197.914	18.519	59%



En ce qui concerne le montant minimum de l'allocation de chômage, il est à noter qu'aucune limite minimale n'est prévue pour la prestation versée. Quoiqu'il en soit, étant donné que, pour la majorité des travailleurs, les cotisations de sécurité sociale ne peuvent pas être calculées sur des revenus imposables journaliers inférieurs à ceux prévus par la loi, le tableau suivant reporte, à titre d'exemple, le montant de la prestation calculée en référence à ces valeurs minimales.

	Salaire journalier minimum	Allocation journalière de CHÔMAGE
2012	45,7	27,4
2013	47,1	35,3
2014	47,6	35,7
2015	47,7	35,8

3. Prestations de maladie

L'indemnité de maladie est une prestation de sécurité sociale visant à compenser la perte de revenus de travail en raison d'une maladie entraînant une incapacité temporaire de travail, entendu comme un poste précis. La prestation est accordée par l'INPS aux salariés qui y ont droit (qui ne perçoivent pas leur salaire normal en cas de maladie) à partir du 4^{ème} jour de maladie et jusqu'à un maximum de 180 jours par an au total. Les trois premiers jours de la maladie ne sont pas indemnisables (période de carence).

L'indemnité économique de maladie à la charge de l'INPS est égale, pour la majorité des travailleurs, à 50% de la rémunération versée le mois précédant le début de la maladie du 4^{ème} au 20^{ème} jour ; pour les jours après le 20^{ème} jour et jusqu'à la fin de la maladie, elle est égale à 66,67% de cette rémunération.

Prestations de maladie (Données statistiques)

Pour évaluer l'adéquation des prestations de maladie, on fournit les données contenues dans les annexes statistiques des bilans annuels concernant les jours indemnisés et le montant moyen journalier correspondant divisé en prestations à paiement direct et en prestations ajustées avec les cotisations effectuées par les employeurs pour les travailleurs non agricoles.



Année	Prestations à paiement direct				Prestations ajustées travailleurs non agricoles	
	Agricoles	Autres	Total	Montant moyen journalier (en euros)	Jours indemnisés (en milliers)	Montant moyen journalier (en euros)
	Jours indemnisés (en milliers)					
INDEMNITÉ DE MALADIE						
2012	5.632	173	5.805	30,32	39.309	40,68
2013	5.890	170	6.060	31,11	38.039	41,41
2014	6.004	159	6.163	31,36	37.772	41,87
2015	5.915	159	6.074	32,24	36.981	42,37

Source : Annexe statistique des bilans annuels (2012-2014) ; pour 2015, les chiffres sont provisoires

Montant minimum de l'indemnité de maladie

L'indemnité économique de maladie à la charge de l'INPS est égale, pour la majorité des travailleurs, à 50% de la rémunération versée le mois précédant le début de la maladie du 4^{ème} au 20^{ème} jour et, pour les jours après le 20^{ème} jour, à 66,67% de cette rémunération.

Il n'existe aucune limite minimale pour la prestation versée mais, étant donné que, pour la majorité des travailleurs, les cotisations de sécurité sociale ne peuvent pas être calculées sur des revenus imposables journaliers inférieurs à ceux prévus par la loi, le tableau suivant reporte, à titre d'exemple, le montant de la prestation calculée en référence à ces valeurs minimales.



	Salaire journalier minimum	Indemnité journalière de MALADIE
2012	45,7	22,9
2013	47,1	23,5
2014	47,6	23,8
2015	47,7	23,8

Il convient de préciser que, d'après la négociation collective des différents secteurs de travail, il est prévu, généralement à la charge de l'employeur, en cas d'octroi de la prestation de la sécurité sociale, le versement d'un pourcentage de rémunération qui s'ajoute à la part versée par l'Institut.

4. Prestations de retraite et d'invalidité

Les pensions versées par l'INPS pour les citoyens remplissant les conditions d'éligibilité spécifiques peuvent essentiellement être divisées en deux catégories principales :

- **pensions de sécurité sociale**, qui reposent sur une relation d'assurance obligatoire (principalement financées par les cotisations versées par les travailleurs et les employeurs)
- **pensions d'aide sociale**, qui prennent la forme d'interventions de l'État-providence et qui sont donc gérées par l'Institut en dehors d'une relation d'assurance (leur coût est entièrement supporté par l'État).

Pensions de sécurité sociale

- **La pension de retraite** - *(On présente précisément les institutions appliquées après l'entrée en vigueur de la loi Fornero (décret-loi n° 201 de 2011 converti en la loi n° 214/2011).*



C'est une prestation économique versée, sur demande, aux salariés et aux travailleurs indépendants inscrits à l'assurance générale obligatoire (AGO) et aux formes exclusives, substitutives, d'exonération et complémentaires de cette dernière, ainsi qu'à la Gestion séparée, et qui ont :

- atteint l'âge fixé par la loi ;
- finalisé la période de cotisation et d'assurance requise.

La prestation revient aux personnes suivantes :

a. Individus possédant la période de cotisation au 31 décembre 1995

Condition de cotisation – À partir du 1^{er} janvier 2012, les personnes possédant la période de cotisation au 31 décembre 1995 peuvent obtenir le droit à la pension de retraite uniquement en présence de la période de cotisation minimale de 20 ans, composée des cotisations versées ou créditées à quelque titre que ce soit.

Condition de l'âge – Pour accéder à la pension de retraite, il est nécessaire de répondre aux conditions d'âge suivantes :



Travailleuses salariées assurées au FPLD (fonds de retraite des travailleurs salariés) de l'AGO et assurées au Fonds FS et au Fonds de retraite de la Poste	
du 1 ^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012	62 ans
du 1 ^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013	62 ans et 3 mois
du 1 ^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015	63 ans et 9 mois
du 1 ^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017	65 ans et 7 mois
du 1 ^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018	66 ans et 7 mois
à partir du 1 ^{er} janvier 2019	66 ans et 7 mois*
Travailleuses indépendantes et « gestion séparée »	
du 1 ^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012	63 ans et 6 mois
du 1 ^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013	63 ans et 9 mois
du 1 ^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015	64 ans et 9 mois
du 1 ^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2017	66 ans et 1 mois
du 1 ^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018	66 ans et 7 mois
à partir du 1 ^{er} janvier 2019	66 ans et 7 mois*

Travailleurs salariés inscrits à l'AGO et aux formes substitutives et exclusives de cette dernière et travailleuses inscrites aux caisses anciennement Inpdap	
du 1 ^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012	66 ans
du 1 ^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2015	66 ans et 3 mois
du 1 ^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2018	66 ans et 7 mois
à partir du 1 ^{er} janvier 2019	66 ans et 7 mois*



Travailleurs indépendants et « gestion séparée »	
du 1 ^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012	66 ans
du 1 ^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2015	66 ans et 3 mois
du 1 ^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2018	66 ans et 7 mois
à partir du 1 ^{er} janvier 2019	66 ans et 7 mois*

* Condition à ajuster à l'espérance de vie

b. Individus avec premier crédit de cotisations à partir du 1^{er} janvier 1996

À partir du 1^{er} janvier 2012, les personnes pour lesquelles le premier crédit de cotisations court à partir du 1^{er} janvier 1996 peuvent obtenir le droit à la pension de retraite :

- a) en présence de la condition de cotisation de 20 ans et de la condition de l'âge visées au point 1) ci-dessus, si le montant de la pension n'est pas inférieur à 1,5 fois le montant de l'allocation sociale (le soi-disant montant seuil) ;
- b) à 70 ans et avec cinq années de cotisations « effectives » (obligatoires, volontaires, de rachat) - à l'exception des cotisations fictives créditées à quelque titre que ce soit - quel que soit le montant de la pension. En raison de l'ajustement à l'espérance de vie, la condition de l'âge du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2015 est de 70 ans et 3 mois et du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2018 de 70 ans et 7 mois. À partir de 2019, cette condition pourra faire l'objet de nouvelles augmentations en raison de l'ajustement à l'espérance de vie.

La pension de retraite court à partir du premier jour du mois qui suit celui où l'assuré a atteint l'âge de la retraite ou, si les conditions prévues de période de cotisation et d'assurance ne sont pas remplies à cette date, à partir du premier jour du mois qui suit celui où ces conditions sont remplies. Enfin, à la demande de l'intéressé, la pension court à partir du premier jour du mois qui suit celui où la demande a été présentée.



Pour les personnes inscrites à la gestion exclusive de l'AGO, la pension court à partir du jour qui suit celui où les conditions sont remplies.

L'obtention de la prestation de pension nécessite la cessation de la relation de travail salarié, étant entendu que, si le réemploi intervient auprès d'un autre employeur, une solution de continuité avec l'activité professionnelle précédente n'est pas nécessaire. En revanche, la cessation de l'activité exercée en tant que travailleur indépendant n'est pas requise.

La retraite anticipée

C'est une prestation économique accordée, sur demande, aux salariés et aux travailleurs indépendants inscrits à l'assurance générale obligatoire (AGO) et aux formes exclusives, substitutives, d'exonération et complémentaires de cette dernière, ainsi qu'à la « Gestion séparée ».

La prestation revient aux personnes suivantes :

a. Individus possédant la période de cotisation au 31 décembre 1995

À partir du 1^{er} janvier 2012, les personnes avec une période de cotisation au 31 décembre 1995 peuvent obtenir le droit à la retraite anticipée si elles possèdent la période de cotisation suivante :



Période de cotisation		
Prise d'effet	Hommes	Femmes
du 1 ^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012	42 ans et 1 mois	41 ans et 1 mois
du 1 ^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013	42 ans et 5 mois	41 ans et 5 mois
du 1 ^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015	42 ans et 6 mois	41 ans et 6 mois
du 1 ^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2018	42 ans et 10 mois	41 ans et 10 mois
à partir du 1 ^{er} janvier 2019	42 ans et 10 mois*	41 ans et 10 mois*

**Condition à ajuster à l'espérance de vie*

Pour remplir la condition de cotisation, on évalue les cotisations versées ou créditées à quelque titre que ce soit, sous réserve de la présence simultanée de la condition des 35 ans de cotisations utiles pour le droit à la pension de retraite régie par l'ancienne réglementation (condition non applicable aux Fonds exclusifs de l'AGO).

Pour les personnes qui accèdent à la retraite anticipée à un âge inférieur à 62 ans, on applique, sur la part de la pension relative aux périodes de cotisation accumulées jusqu'au 31 décembre 2011, une réduction d'un point de pourcentage pour chaque année d'avance pour accéder à la retraite par rapport à l'âge de 62 ans. Ce pourcentage annuel est augmenté à deux points de pourcentage pour chaque année supplémentaire d'avance par rapport à deux ans. Cette réduction s'applique sur la part de pension calculée en fonction du système de rémunération. Par conséquent, pour ceux qui ont une période de cotisation de 18 ans au 31 décembre 1995, la réduction s'applique sur le part de pension relative aux périodes de cotisation accumulées au 31 décembre 2011, alors que pour ceux qui ont une période de cotisation inférieure à 18 ans au 31 décembre 1995, la réduction s'applique sur la part de pension relative aux périodes de cotisation accumulées au 31 décembre 1995.

Ce pourcentage de réduction ne s'applique pas à ceux qui accéderont à la retraite anticipée d'ici le 31 décembre 2017, même si la prise d'effet de la



pension se trouve après cette date et qu'à cette date l'intéressé a moins de 62 ans.

b. Individus avec premier crédit de cotisations à partir du 1^{er} janvier 1996

À partir du 1^{er} janvier 2012, les personnes dont le premier crédit de cotisations court à partir du 1^{er} janvier 1996 peuvent obtenir le droit à la retraite anticipée si l'une des conditions suivantes est remplie :

a) selon les conditions de cotisation suivantes :

Période de cotisation		
Prise d'effet	Hommes	Femmes
du 1 ^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012	42 ans et 1 mois	41 ans et 1 mois
du 1 ^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013	42 ans et 5 mois	41 ans et 6 mois
du 1 ^{er} janvier 2014 au 31 décembre 2015	42 ans et 6 mois	41 ans et 6 mois
du 1 ^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2018	42 ans et 10 mois	41 ans et 10 mois
à partir du 1 ^{er} janvier 2019	42 ans et 10 mois*	41 ans et 10 mois*

**Condition à ajuster à l'espérance de vie*

Pour remplir la condition de cotisation, on évalue les cotisations versées ou créditées à quelque titre que ce soit - à l'exception de celles résultant de la poursuite volontaire - tandis que celles créditées pour des périodes de travail précédant l'âge de 18 ans sont multipliées par 1,5. La réduction de la pension ne s'applique pas aux travailleurs avec un premier crédit de cotisations à compter du 1^{er} janvier 1996 en cas d'accès à la retraite à un âge inférieur à 62 ans.



b) **À l'âge de 63 ans**, à ajuster à l'augmentation de l'espérance de vie, à condition qu'au moins 20 ans de cotisations « effectives » soient versées et créditées et que le montant mensuel de la première tranche de pension ne soit pas inférieure à un montant seuil mensuel égal à 2,8 fois le montant mensuel de l'allocation sociale. Pour l'année 2015, la condition de l'âge prévue est de 63 ans et 3 mois ; à partir du 1^{er} janvier 2016, la condition de l'âge ci-dessus est portée à 63 ans et 7 mois, en raison de l'augmentation due à l'ajustement de l'espérance de vie. Pour le calcul des 20 ans de cotisations « effectives », seules les cotisations effectivement versées sont utiles (obligatoires, volontaires, de rachat), à l'exception des cotisations fictives créditées à quelque titre que ce soit.

L'obtention de la prestation de pension nécessite la cessation de la relation de travail salarié. En revanche, la cessation de l'activité exercée en tant que travailleur indépendant n'est pas requise.

c) Personnel appartenant aux forces de police à réglementation civile et militaire, personnel des forces armées, y compris les Carabiniers et le Corps national des sapeurs pompiers.

1. Lorsque la période de cotisation de 40 ans est atteinte, à ajuster à l'augmentation de l'espérance de vie, quel que soit l'âge.
2. Lorsqu'une période de cotisation non inférieure à 35 ans est atteinte et avec un âge d'au moins 57 ans, à ajuster à l'augmentation de l'espérance de vie, quel que soit l'âge.
3. Lorsque la période de cotisation maximale est atteinte (correspondant à un taux de 80%) et avec un âge d'au moins 53 ans, à ajuster à l'augmentation de l'espérance de vie, quel que soit l'âge. En réalité, cette voie de sortie a été dépassée par l'introduction du système de cotisations pour les parts d'ancienneté accumulées à partir de 2012, sauf dans les cas où ledit taux de 80% a déjà été atteint au 31 décembre 2011.

Le soi-disant « créneau mobile » de 12 mois continue de s'appliquer à ce personnel qui remplit les conditions visées aux points 2) et 3) pour l'accès à la retraite. Si le droit à la retraite est acquis avec les 40 années de période de cotisation, le soi-disant « créneau mobile » sera de 13, 14 et 15 mois en fonction de l'année où cette condition a été remplie (2012 = 13 mois, 2013 = 14 mois, à partir de 2014 = 15 mois).



La retraite anticipée commence à partir du premier jour du mois qui suit celui de la présentation de la demande. Pour les personnes inscrites à des Fonds exclusifs, elle commence à partir du jour qui suit la cessation du service, à condition que les conditions de cotisation décrites ci-dessus soient remplies.

Pension minimale

Tel qu'indiqué dans les précédents rapports du gouvernement italien, la prestation du « complément à la pension minimale » consiste en un complément que l'État, à travers l'INPS, verse au retraité lorsque la pension, qui dérive du calcul des cotisations, est inférieure à celle considérée comme « minimum vital ». Dans ce cas, le montant de la pension est augmenté (complété) jusqu'à atteindre le montant fixé chaque année par la loi.

Pour les années 2012-2015, ci-dessous figurent les montants des pensions minimales et les limites de revenu correspondantes, au niveau personnel et conjugal, qui conditionnent la mesure du complément.

Il convient de préciser que les pensions entièrement acquises avec le système contributif (donc celles qui sont relatives aux assurés après le 31 décembre 1995) sont exclues de la possibilité de compléter la pension minimale.

- PENSIONS MINIMALES -	
Prise d'effet	Pensions minimales
1 ^{er} janvier 2015	501,89 €
MONTANTS ANNUELS	6 524,57 €
1 ^{er} janvier 2014	500,88 €
MONTANTS ANNUELS	6 511,44 €
1 ^{er} janvier 2013	495,43 €
MONTANTS ANNUELS	6 440,59 €



1 ^{er} janvier 2012	481,00 €
MONTANTS ANNUELS	6 253,00 €



LIMITES DE REVENU POUR LE COMPLÉMENT AUX PENSIONS

Article 6 de la loi n° 638 du 11 novembre 1983

1 – PENSIONS DU FONDS DES TRAVAILLEURS SALARIÉS

Année	Limites de revenu personnel excluant le complément à la pension minimale	Limites de revenu personnel permettant d'obtenir entièrement le complément à la pension minimale	Limites de revenu personnel permettant d'obtenir entièrement et partiellement le complément à la pension minimale en fonction du montant calculé de la pension
2012	Plus de 12 506,00 €	Jusqu'à 6 253,00 €	Plus de 6 253,00 € et jusqu'à 12 506,00 €
2013	Plus de 12 881,18 €	Jusqu'à 6 440,59 €	Plus de 6 440,59 € et jusqu'à 12 881,18 €
2014	Plus de 13 022,88 €	Jusqu'à 6 511,44 €	Plus de 6 511,44 € et jusqu'à 13 022,88 €
2015	Plus de 13 049,14 €	Jusqu'à 6 524,57 €	Plus de 6 524,57 € et jusqu'à 13 049,14 €

2 – PENSIONS AVEC PRISE D'EFFET COMPRISE DANS L'ANNÉE 1994

Année	Limites de revenu conjugal excluant le complément à la pension minimale	Limites de revenu conjugal permettant d'obtenir entièrement le complément à la pension minimale	Limites de revenu conjugal permettant d'obtenir entièrement et partiellement le complément à la pension minimale en fonction du montant calculé de la pension
2012	Plus de 31 265,00 €	Jusqu'à 25 012,00 €	De 25 012,00 € à 31 265,00 €
2013	Plus de 32 202,95 €	Jusqu'à 25 762,36 €	De 25 762,36 € à 32 202,95 €
2014	Plus de 32 557,20 €	Jusqu'à 26 045,76 €	De 26 045,76 € à 32 557,20 €
2015	Plus de 32 622,85 €	Jusqu'à 26 098,28 €	De 26 098,28 € à 32 622,85 €



3 – PENSIONS AVEC PRISE D'EFFET APRÈS L'ANNÉE 1994			
Année	Limites de revenu conjugal excluant le complément à la pension minimale	Limites de revenu conjugal permettant d'obtenir entièrement le complément à la pension minimale	Limites de revenu conjugal permettant d'obtenir entièrement et partiellement le complément à la pension minimale en fonction du montant calculé de la pension
2012	Plus de 25 012,00 €	Jusqu'à 18 759,00 €	De 18 759,00 € à 25 012,00 €
2013	Plus de 25 762,36 €	Jusqu'à 19 321,77 €	De 19 321,77 € à 25 762,36 €
2014	Plus de 26 045,76 €	Jusqu'à 19 534,32 €	De 19 534,32 € à 26 045,76 €
2015	Plus de 26 098,28 €	Jusqu'à 19 573,71 €	De 19 573,71 € à 26 098,28 €
<p>Le complément à la pension minimale ne s'applique aux pensions versées après 1994 aux personnes mariées, qui ne sont pas légalement et effectivement séparées, si le retraité possède des revenus propres d'un montant supérieur à deux fois le montant annuel minimum calculé à un niveau égal à 13 fois le montant mensuel en vigueur au 1^{er} janvier, ou des revenus cumulés avec ceux du conjoint d'un montant supérieur à quatre fois ce montant minimum annuel (art. 2, alinéa 14 de la loi n° 335 du 8.8.1995).</p>			

Pensions d'aide sociale

➤ Invalidité civile

On considère comme mutilés et invalides civils les citoyens présentant des handicaps congénitaux ou acquis, même progressifs, qui ont subi une réduction permanente de la capacité de travailler non inférieure à un tiers ou, s'ils ont moins de 18 ans, qui ont des difficultés persistantes à effectuer les tâches et les fonctions de leur âge (art. 2 de la loi n° 118 du 30 mars 1971).



L'aide sociale vis-à-vis des handicapés civils se traduit par des prestations de nature économique (pensions et allocations) et non-économique (avantages fiscaux, soins de santé, congés et placement ciblé).

Dans les deux cas, les prestations peuvent s'adresser aussi bien aux citoyens qui ne sont plus en mesure de travailler qu'aux mineurs ou aux plus de soixante-cinq ans.

Pour accéder à ces formes de protection, il est nécessaire que le statut d'invalidé soit officiellement reconnu par les commissions médico-légales compétentes.

Le processus de reconnaissance de l'invalidité civile est composé d'une phase médicale et d'une phase administrative.

La première vise à déterminer la présence et l'importance des handicaps prévus par la loi.

La seconde vise à reconnaître les prestations que la loi réserve aux citoyens reconnus comme invalides. Les prestations peuvent être de nature économique ou non-économique, en fonction du degré d'invalidité reconnu.

Les pourcentages d'invalidité qui donnent droit aux prestations économiques sont ceux compris entre 74% et 100%. Le degré d'invalidité est déterminé selon un tableau spécial approuvé par un décret du Ministre de la Santé du 5 février 1992.

Cependant, même avec des pourcentages inférieurs, il est possible d'accéder à d'autres types de prestations (prothèses et appareils orthopédiques, placement ciblé, exonération de ticket modérateur, vignette automobile) qui relèvent du ressort de différents organismes (unités sanitaires locales, Services de l'emploi, Agenzia delle Entrate, Motorizzazione civile).

Les tableaux ci-dessous répertorient les types de prestations et les aides économiques prévues en matière d'invalidité civile pour l'année 2016 :



INVALIDES CIVILS	SOURDS	AVEUGLES CIVILS	Travailleurs souffrant du syndrome de Cooley et de drépanocytose
Allocation mensuelle	Pension	Allocation mensuelle à vie pour la cécité partielle sévère	Indemnité
Pension d'incapacité totale de travail	Indemnité de communication	Indemnité spéciale pour la cécité partielle profonde	
Indemnité d'accompagnement		Pension pour la cécité partielle	
Indemnité mensuelle de fréquence		Pension pour la cécité totale	
		Indemnité d'accompagnement pour la cécité totale	

INVALIDES CIVILS					
Prestation	Type d'invalidité	Âge	Conditions d'éligibilité	Montant (2016)	Limites de revenu (2016)
Pension d'incapacité totale de travail	Totale	18 - 65*	Incapacité de travail totale et permanente	279,47 € (13 mensualités)	16 532,10 €
			Situation de difficultés financières		
			Nationalité italienne**		
			Résidence sur le territoire italien		



Allocation mensuelle	Partielle	18 - 65*	Réduction de la capacité de travail (74-99%)	279,47 € (13 mensualités)	4 800,38 €
			Situation d'inactivité professionnelle		
			Situation de difficultés financières		
			Résidence sur le territoire italien		
Indemnité d'accompagnement	TOTALE (personnes dépendantes)	Quelconque (à l'exception des périodes d'hospitalisation gratuite)	Incapacité totale en raison de handicaps physiques ou mentaux	512,34 € (12 mensualités)	Aucune
			Impossibilité de marcher sans accompagnateur, ou		
			Assistance permanente pour les activités quotidiennes		
			Résidence sur le territoire italien		
Indemnité mensuelle de fréquence	personnes dépendantes ou malentendantes	< 18	Fréquentation permanente ou périodique de centres de rééducation, ou	279,47 € (12 mensualités au maximum)	4 800,38 €
			Fréquentation d'écoles, publiques ou privées, de tout ordre ou degré, ou		



			Fréquentation de centres de formation professionnelle		
			Situation de difficultés financières		
SOURDS					
Prestations	Caractéristiques	Conditions d'éligibilité	Montant (2016)	Limites de revenu 2016	
Pension non réversible	Surdité congénitale ou acquise pendant l'enfance ou l'adolescence, qui a compromis l'apprentissage normal du langage parlé (à condition qu'elle ne soit pas à caractère exclusivement mental ou dépend de la guerre, du travail ou de service)	âge 18-65*	279,47 € (13 mensualités)	16 532,10 €	
		situation de difficultés financières			
		nationalité italienne (ou de pays de l'UE)			
		résidence en Italie			
Indemnité de communication		nationalité italienne (ou de pays de l'UE)	254,39 € (12 mensualités)	Aucune	
		résidence en Italie			

Les tableaux suivants indiquent les montants des différents types de prestations pour les années 2012 - 2015.



ALLOCATION MENSUELLE DE SOINS		
Prise d'effet	Limite de revenu annuel personnel	Montant mensuel
Montants en euros		
1.1.2015	4.805,19	279,75
1.1.2014	4.790,76	278,91
1.1.2013	4.738,63	275,87
1.1.2012	4.600,57	267,83
PENSION D'INCAPACITÉ TOTALE DE TRAVAIL		
Prise d'effet	Limites de revenu annuel personnel	Montant
Montants en euros		
1.1.2015	16.532,10	279,75
1.1.2014	16.449,85	278,91
1.1.2013	16.127,30	275,87
1.1.2012	15.627,22	267,83

INDEMNITÉ D'ACCOMPAGNEMENT	
Prise d'effet	Montant
Montants en euros	
1.1.2015	508,55
1.1.2014	504,07
1.1.2013	499,27
1.1.2012	492,97



INDEMNITÉ DE FRÉQUENCE		
Prise d'effet	Limite de revenu annuel personnel	Montant mensuel
Montants en euros		
1.1.2015	4.805,19	279,75
1.1.2014	4.790,76	278,91
1.1.2013	4.738,57	275,87
1.1.2012	4.600,57	267,83

PENSION NON RÉVERSIBLE SOURDS		
Prise d'effet	Limite de revenu annuel personnel	Pension non réversible
Montants en euros		
1.1.2015	16.532,10	279,75
1.1.2014	16.449,85	278,91
1.1.2013	16.127,30	275,87
1.1.2012	15.627,22	267,83

INDEMNITÉ DE COMMUNICATION	
Prise d'effet	Montant mensuel
Montants en euros	
1.1.2015	253,26
1.1.2014	251,22
1.1.2013	249,04
1.1.2012	245,63



PENSION NON RÉVERSIBLE CÉCITÉ TOTALE			
Prise d'effet	Limite de revenu annuel personnel	Montant mensuel	
		Hospitalisés	Non hospitalisés
Montants en euros			
1.1.2015	16.532,10	279,75	302,53
1.1.2014	16.449,85	279,19	301,91
1.1.2013	16.127,30	275,87	298,33
1.1.2012	15.627,22	267,78	289,64

PENSION NON RÉVERSIBLE CÉCITÉ PARTIELLE		
Prise d'effet	Limite de revenu annuel personnel	Montant mensuel
Montants en euros		
1.1.2015	16.532,10	279,75
1.1.2014	16.449,85	279,19
1.1.2013	16.127,30	275,87
1.1.2012	15.627,22	267,78

INDEMNITÉ SPÉCIALE CÉCITÉ PARTIELLE	
Prise d'effet	Montant mensuel
Montants en euros	
1.1.2015	203,15
1.1.2014	200,04



1.1.2013	196,78
1.1.2012	193,26

INDEMNITÉ D'ACCOMPAGNEMENT CÉCITÉ TOTALE	
Prise d'effet	Montant mensuel
Montants en euros	
1.1.2015	880,70
1.1.2014	863,85
1.1.2013	846,16
1.1.2012	827,05

ALLOCATION VIAGÈRE CÉCITÉ PARTIELLE (SÉVÈRE)		
Prise d'effet	Limite de revenu annuel personnel	Montant mensuel
Montants en euros		
1.1.2015	7.948,19	207,62
1.1.2014	7.908,64	207,19
1.1.2013	7.753,56	204,73
1.1.2012	7.513,13	198,76

Les individus suivants sont assimilés aux citoyens italiens et peuvent donc présenter une demande de prestations d'invalidité civile s'ils remplissent toutes les conditions d'exigibilité :



- les citoyens de l'UE et leur famille, qui résident légalement en Italie ;
- les ressortissants de pays tiers possédant un permis de séjour d'au moins un an, même s'ils n'ont pas de permis de séjour de longue durée ;
- les ressortissants de pays tiers possédant un permis de séjour pour personnes bénéficiant du droit d'asile, un permis pour protection subsidiaire et un permis pour protection sociale ou humanitaire, et leur famille (conjoint et enfants mineurs à leur charge).

➤ **Allocation sociale (loi 335/1995)**

L'allocation sociale est une prestation économique d'aide sociale accordée, sur demande, aux citoyens qui se trouvent dans des conditions économiques particulièrement difficiles, avec des revenus ne dépassant pas les seuils prévus chaque année par la loi. Elle a remplacé, à partir du 1^{er} janvier 1996, la pension sociale.

Le droit à la prestation est déterminé en fonction du revenu personnel, pour les personnes non mariées, et en fonction du revenu cumulé à celui du conjoint, pour les personnes mariées.

L'allocation sociale est accordée provisoirement car chaque année on vérifie la présence des conditions de revenu et de résidence effective et l'existence ou non d'une hospitalisation. Elle n'est pas réversible aux membres survivants de la famille et elle n'est pas exportable, donc elle ne peut pas être versée à l'étranger. Le séjour à l'étranger du titulaire, d'une durée supérieure à 30 jours, et l'hospitalisation gratuite entraînent la suspension de l'allocation. Passé un an après la suspension, la prestation est révoquée.

L'allocation sociale n'est pas soumise aux retenues de l'Irpef (impôt sur le revenu des personnes physiques).

Pour obtenir l'allocation, les conditions d'éligibilité sont les suivantes :

- avoir 65 ans et 7 mois ;
- être dans une situation de difficultés financières ;
- être de nationalité italienne ;
- pour les citoyens étrangers de l'UE : être inscrit à l'état-civil de la commune de résidence ;



- pour les ressortissants de pays tiers : posséder un permis de séjour CE de longue durée (ancienne carte de séjour) ;
- avoir une résidence effective, stable et continue depuis 10 ans sur le territoire national.

Le paiement de la prestation débute le premier jour du mois qui suit le dépôt de la demande, si toutes les conditions prévues par la loi sont remplies.

Le tableau suivant reporte les montants de l'allocation sociale pour les années 2012 – 2016.

ALLOCATION SOCIALE			
Prise d'effet	Montant mensuel	Limite de revenu annuel	
		personnel	cumulé
1.1.2016	448,07	5.824,91	11.649,82
1.1.2015	448,07	5.824,91	11.649,82
1.1.2014	447,61	5.818,93	11.637,86
1.1.2013	442,30	5.749,90	11.449,80
1.1.2012	429,41	5.582,33	11.164,66

La limite maximale de l'allocation est, pour 2016, de 448,07 euros par mois (pour 13 mensualités). Le montant effectif est égal à la différence entre le montant total annuel (5 824,91 euros par an pour 2016 ; 11 649,82 euros si la personne est mariée) et le montant du revenu annuel.

5. Sécurité sociale des personnes qui se déplacent dans les États membres

- **Égalité de traitement et maintien des droits acquis**



En Italie, on reconnaît le même traitement accordé aux citoyens italiens en matière d'assistance publique, de droit du travail et de sécurité sociale, aux étrangers qui se trouvent dans les conditions suivantes :

- citoyens de l'UE et les personnes à leur charge ;
- ressortissants de pays tiers ou apatrides titulaires d'une « carte de séjour » ou d'un « permis de séjour CE de longue durée » (décret législatif n° 3 du 8 janvier 2007 qui a transposé la directive 2003/109/CE) ;
- étrangers ou apatrides auxquels a été reconnu le statut de « réfugié politique » ou de « protection subsidiaire » et leurs conjoints qui les ont rejoints (articles 2 et 22 du décret législatif n° 251/2007).

Le principe fondamental de la législation italienne en matière de sécurité sociale est celui de l'égalité de traitement des travailleurs étrangers et des travailleurs italiens.

La législation italienne en matière de sécurité sociale prévoit, à l'article 37 du décret-loi royal n° 1827 du 4.10.1935, la territorialité de l'assurance obligatoire, selon laquelle « les personnes des deux sexes et de toute nationalité [...] qui exercent un travail rémunéré pour le compte d'autrui » sont soumises aux assurances sociales.

Le principe de l'égalité de traitement s'applique également, outre le domaine des retraites, aux autres prestations de sécurité sociale et d'aide sociale, en respectant naturellement les exigences et les conditions prévues par la loi italienne.

Pour ce principe, les travailleurs étrangers résidant légalement en Italie ont les mêmes droits que les citoyens italiens. Ils peuvent donc bénéficier des droits acquis dans le droit italien, même en l'absence d'accords de sécurité sociale avec le pays d'origine du travailleur. En d'autres termes, une fois réunies les conditions d'âge, de cotisation et les autres conditions imposées par la loi italienne, le travailleur étranger peut obtenir les prestations de sécurité sociale et d'aide sociale comme tout citoyen italien.

En ce qui concerne le maintien des droits acquis en matière de sécurité sociale dans le cas des travailleurs qui changent de pays de travail sans avoir rempli les conditions de cotisation nécessaire pour une retraite



séparée, il est possible de totaliser les périodes de cotisation et de liquidation de la retraite avec le système « prorata » :

- **sur le plan européen**, à partir du 1^{er} mai 2010, pour les vingt-sept États membres de l'Union européenne, selon les nouvelles réglementations européennes en matière de sécurité sociale, et en particulier :
 - le Règlement CE n° 987/2009 qui fixe les modalités d'application du Règlement CE n° 883/2004 ;
 - le Règlement CE n° 988/2009 qui modifie le Règlement CE n° 883/2004 ;
- à partir du 1^{er} janvier 2011, les dispositions prévues par ces Règlements s'étendent également aux ressortissants de pays tiers en cas de séjour et de travail dans deux ou plusieurs États membres, en vertu du Règlement UE n° 1231/2010 ;
- d'après la Décision n° 76/2011 adoptée le 1^{er} juillet 2011 par le Comité mixte EEE, à partir du 1^{er} juin 2012, les nouveaux règlements de l'UE (règlement UE n° 883/2004 et règlement UE n° 987/2009) s'appliquent également aux pays de l'EEE (Islande, Norvège et Liechtenstein), auxquels, par conséquent, s'étendent les dispositions qui y sont contenues, à l'exception du règlement (UE) n° 1231 du 24 novembre 2010 relatif aux ressortissants de pays tiers ;
- d'après la Décision n° 1/2012 adoptée le 31 mars 2012 par le Comité mixte sur la libre circulation des personnes, créé en vertu de l'accord entre la CE et ses États membres, d'une part, et la Confédération suisse, de l'autre, à partir du 1^{er} avril 2012, les nouveaux règlements de l'UE (règlement UE n° 883/2004 et règlement UE n° 987/2009) s'appliquent également à la Suisse, à laquelle, par conséquent, s'étendent les dispositions qui y sont contenues, à l'exception du règlement (UE) n° 1231 du 24 novembre 2010 relatif aux ressortissants de pays tiers ;
- **sur le plan extracommunautaire**, en cas de convention internationale bilatérale stipulée entre le gouvernement italien et les pays figurant dans le tableau ci-dessous.



Conventions et Accords de sécurité sociale stipulés par l'Italie avec des organismes étrangers.

ARGENTINE	ISRAËL
AUSTRALIE	MEXIQUE
BRÉSIL	MONACO
CANADA	SAINT-MARIN
CAP VERT	ÉTATS-UNIS
CORÉE	URUGUAY
CROATIE	VATICAN
JERSEY - ÎLES DE LA MANCHE	VENEZUELA
EX-YOUGOSLAVIE	

➤ **Prestations de retraite pour les travailleurs étrangers rapatriés**

En ce qui concerne, en particulier, les conditions d'accès à la retraite, l'art. 18 de la loi sur l'immigration n° 189 du 30 juillet 2002 prévoit que « en cas de rapatriement, le travailleur extracommunautaire conserve les droits à la pension et de sécurité sociale acquis et peut en bénéficier quelle que soit la validité d'un accord de réciprocité lorsque les conditions prévues par la réglementation en vigueur sont remplies ».

Pour les travailleurs étrangers définitivement rapatriés, la condition de cotisation requise pour la pension de retraite varie selon que la pension est calculée avec le système de cotisations ou de rémunération :

- si le travailleur est en possession de ses cotisations au 31 décembre 1995, la pension est calculée avec le système de rémunération ou mixte et au moins 20 ans de cotisations sont nécessaires, comme pour les travailleurs italiens ;
- si le travailleur a commencé à travailler après le 31 décembre 1995, la pension est calculée avec la méthode de cotisations et pour les travailleurs extracommunautaires définitivement rapatriés, la loi n°



189/2002 prévoit que la pension soit versée même si l'intéressé n'a pas atteint les versement minimaux prévus par la réglementation en vigueur pour la majorité des autres bénéficiaires. En d'autres termes, la réglementation générale prévoit que la pension de retraite puisse être obtenue uniquement en présence d'au moins 20 ans de cotisations, à condition que le montant de l'allocation ne soit pas inférieur à 1,5 fois le montant de l'allocation sociale ou, si ce montant seuil n'est pas respecté, à 70 ans et 7 mois avec au moins 5 ans de cotisations effectives. En revanche, pour les travailleurs extracommunautaires inscrits aux systèmes de sécurité sociale après le 31 décembre 1995 et définitivement rapatriés, la loi n° 189/2002 prévoit également la possibilité d'accéder à la pension quel que soit le nombre de cotisations versées.

Cette mesure de sauvegarde a également été confirmée lors de l'application de la loi n° 214/2011 réformant les retraites, en adaptant l'âge à l'espérance de vie.

Par conséquent, la pension de retraite revient actuellement aux travailleurs extracommunautaires lorsqu'ils atteignent 66 ans et 7 mois pour les hommes et 65 ans et 7 mois pour les femmes. À partir de 2018, la condition sera portée à 66 ans et 7 mois pour les deux sexes.

Dans le droit italien, le paiement des prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants est assuré à tous les retraités italiens et étrangers, même à l'étranger. À l'heure actuelle, l'INPS assure le paiement d'environ 380 000 retraites dans environ 170 pays à travers le monde, quelle que soit la nationalité du bénéficiaire.

➤ **Prestations d'aide au revenu**

En ce qui concerne les prestations d'aide au revenu sur le plan international, on confirme ce qui a été indiqué dans le précédent rapport, à savoir que pour les citoyens de Bosnie-Herzégovine, de Serbie et du Monténégro s'applique encore la Convention italo-yougoslave signée le 14.11.1957. Cette convention s'étend également aux citoyens de Macédoine, en attendant la ratification de l'accord spécifique entre l'Italie et la Macédoine.

En revanche, l'Italie n'a pas encore stipulé de conventions ou d'accords en matière de sécurité sociale avec l'Albanie, Andorre, l'Arménie, l'Azerbaïdjan, la Géorgie, la Moldavie, l'Ukraine et la Russie.



Prestations familiales - En ce qui concerne l'octroi des prestations familiales aux citoyens de ces États, l'art. 2, alinéa 6-bis du décret-loi n° 69 de 1988, converti en la loi 153/1988 et portant sur les règles en matière de sécurité sociale, continue à être appliqué. Il stipule que le ménage n'inclut pas le conjoint et les enfants et personnes assimilées du citoyen étranger ne résidant pas sur le territoire de la République, à moins que l'État dont l'étranger est originaire ne réserve un traitement de réciprocité vis-à-vis des ressortissants italiens ou qu'une convention internationale en matière de des traitements de famille n'est été stipulée.

Par conséquent, la prestation revient au ménage formé par le citoyen étranger et les membres de sa famille qui résident avec lui en Italie.

Le Comité souligne que les pays tels que l'Albanie, l'Arménie et la Géorgie, en dépit de l'absence d'une convention bilatérale spécifique en matière de sécurité sociale, réservent aux travailleurs italiens sur le territoire de ces États le droit de percevoir des prestations familiales même pour les enfants résidant en Italie.

À cet égard, il est à noter que conformément à la loi n° 153/1988, l'Italie réserve le traitement de réciprocité aux citoyens des ces États dans lesquels s'applique le principe de réciprocité.

En effet, l'art. 2, alinéa 6-bis de ladite loi établissant l'allocation familiale stipule à cet égard que : « La vérification des États où s'applique le principe de réciprocité est effectuée par le Ministre du Travail et de la Sécurité sociale, après avoir entendu le Ministre des Affaires étrangères ». À ce jour, l'INPS ignore si cette vérification a été effectuée pour l'Albanie, l'Arménie et la Géorgie.

Le Comité fait référence à deux conclusions précédentes où il avait posé certaines questions concernant les ressortissants de pays tiers pour lesquels de longues périodes de résidence et certaines conditions de travail sont nécessaires pour accéder aux prestations de sécurité sociale. N'ayant eu aucune réponse, il renouvelle cette demande, en précisant qu'en l'absence d'informations, il ne sera pas possible d'identifier les éléments pour déterminer si l'Italie est conforme aux préceptes de la Charte.

À cet égard, il est indiqué ce qui suit.

Allocation pour les ménages ayant au moins trois enfants mineurs -

En ce qui concerne l'allocation pour les familles ayant au moins trois enfants mineurs, également destinée aux familles de ressortissants de pays tiers, il



est à noter qu'il s'agit d'une prestation d'aide sociale versée par l'Inps, mais accordée par les communes, quelle que soit l'exécution d'une activité professionnelle ou l'octroi de toute prestation de sécurité sociale, et qu'elle est accordée, conformément à l'article 65, premier alinéa de la loi n° 448/1998, modifiée par la loi n° 97/2013, art. 13, premier alinéa, aux familles composées de « citoyens italiens et de l'Union européenne résidents, de ressortissants de pays tiers qui résident à long terme, ainsi qu'aux membres de leur famille n'ayant pas la nationalité d'un État membre et qui sont titulaires du droit de séjour ou du droit de séjour permanent ».

Cette prestation s'adresse donc également aux citoyens de tous les pays qui ont signé la Charte sociale européenne, quelle que soit l'existence d'une convention spécifique de sécurité sociale stipulée entre les États y ayant pris part, à condition qu'ils répondent aux conditions mentionnées ci-dessus.

➤ **Prestations d'aide sociale**

Les prestations d'aide sociale à caractère non contributif ne sont pas exportables, sauf dans les cas et les conditions prévus par la législation nationale.

Il convient de rappeler parmi celles qui n'ont pas été mentionnées précédemment :

Majoration sociale (loi 544/1998) - La majoration sociale peut être versée à tous les titulaires de pension directe (retraite, invalidité, allocation ordinaire d'invalidité ou d'incapacité) et aux titulaires de pension de survivants, quelle que soit leur nationalité, à condition que le revenu personnel et familial ne dépasse pas les limites prévues par la loi pour bénéficier de cette prestation et en présence de certaines conditions d'âge. Le montant de la majoration sociale est de 136,44 euros par mois.

Complément à la pension minimale (loi 638/1983) - Le complément à la pension minimale est une institution qui protège les retraités italiens et étrangers ayant un niveau de revenu inférieur à la limite fixée par la loi et dont la retraite ne suffit pas à leur assurer une vie décente. Si l'allocation est inférieure au montant minimum fixé chaque année par la loi, le retraité peut avoir droit à un complément. Si les revenus du retraité ou du ménage sont légèrement supérieurs à ceux fixés par la réglementation, le complément peut être partiel.

Le complément à la pension minimale n'est pas exportable dans les pays où s'appliquent les Règlements européens pour la coordination des systèmes



de sécurité sociale, mais, sous certaines conditions, il est exportable dans les autres pays. Le caractère exportable à l'étranger du complément à la pension minimale est subordonné au fait de posséder en Italie une période de cotisation minimum de 10 ans pendant une relation de travail, c'est-à-dire des périodes de travail effectif, des rachats de périodes d'activité professionnelle et des cotisations fictives à condition qu'elles soient placées dans une relation de travail (les cotisations volontaires et le rachat des années d'études universitaires sont donc exclus). En outre, le complément n'est pas reconnu lorsque la somme de la pension étrangère et de la pension « dans le calcul » italien est supérieure à la pension minimale.

Comme cela a déjà été précisé, les pensions acquises entièrement avec le système contributif (donc les assurés après le 31 décembre 1995) sont exclues de la possibilité de compléter la pension minimale.



ARTICLE 13

Droit à l'assistance sociale et médicale

§.1

Dans les rapports précédents sur cet article, il a été précisé que le système de protection sociale italien avait fait l'objet, depuis la dernière décennie, d'une réforme importante qui avait profondément modifié sa structure, son organisation et son fonctionnement, aussi bien en ce qui concerne les aspects opérationnelles que les modalités de programmation des interventions. La loi 328/00, « *Loi-cadre pour la réalisation du système intégré d'interventions et de services sociaux* », a proposé une redéfinition systématique et unifiée du secteur, en dessinant de nouveaux rôles et de nouvelles fonctions aux acteurs du système et en ajustant également ses mécanismes d'interaction entre eux. Le moteur de l'action réglementaire de ladite loi est représenté par le principe de subsidiarité, à la fois verticale et horizontale. Des fonctions et des interventions doivent être attribuées au niveau « le plus bas », c'est-à-dire au corps social le plus proche du citoyen.

Sur le plan vertical, cela s'est traduit par une intervention massive des collectivités locales, en particulier des communes qui doivent « coordonner des programmes et des activités des collectivités qui agissent dans le domaine de compétence » à travers les plans de zone, l'essence même de la programmation des interventions sociales. L'État continue à remplir une fonction administrative en répartissant les ressources financières à consacrer aux interventions de politique sociale (Fonds national des Politiques sociales), tandis que la législation en matière de réglementation du système d'attribution des services à la personne revient aux régions. Ces dernières doivent également programmer et coordonner l'ensemble des interventions dans une logique d'intégration entre l'aspect social et médical (Plans socio-sanitaires régionaux). Toutefois, après l'approbation de la loi constitutionnelle n° 3/2001, certains domaines, parmi lesquels le domaine social, ont été confiés exclusivement aux régions. Par conséquent, la nouvelle règle constitutionnelle a ordonné une distribution différente des fonctions, comme suit : il a été confié aux régions la compétence exclusive en matière de politiques sociales et à l'État celle concernant la définition des niveaux essentiels des prestations. Poussées par ces deux événements réglementaires importants, toutes les régions sont intervenues dans le domaine des politiques de sécurité sociale, même si avec des délais, des modalités et des contenus pas toujours homogènes, en tenant également compte des nouveaux pouvoirs qui leur sont conférés.

En ce qui concerne la subsidiarité horizontale, il a donc été confié aux communes la construction du réseau de services sociaux, tandis qu'au troisième secteur a été confié le rôle de fournisseur de ces services (voir rapport article 14).

Le système intégré de services sociaux se caractérise par l'octroi des prestations de :

- service social et secrétariat social pour l'information et les conseils aux individus et aux familles ;
- service d'urgence sociale pour les situations d'urgence personnelles et familiales ;

- soins à domicile ;
- structures résidentielles et semi-résidentielles pour les personnes socialement fragiles ;
- centres d'accueil résidentiels ou de jour d'ordre communautaire.

En ce qui concerne la nécessité de pouvoir disposer de références communes dans les différents services sociaux, un moment important de liaison a été représenté par la **Nomenclature interrégionale des Interventions et des Services sociaux**, approuvée en 2009. La Nomenclature se présente comme un outil de cartographie des interventions et des services sociaux, à travers la description et la définition de tous les éléments obtenus en comparant, en intégrant et en reliant les classements prévus pour les interventions et les services sociaux dans les régions. L'aspect particulier de la Nomenclature interrégionale est qu'elle se donne pour variable pour le classement des services, non pas l'utilisateur, mais trois catégories principales de service qui, plus précisément, sont :

1. interventions et services ;
2. transferts d'argent ;
3. centres et structures résidentielles.

Les interventions et les services comprennent la plupart des services sociaux réalisés sur le territoire ou à domicile par le personnel spécialisé dans le secteur social. Les transferts d'argent comprennent aussi bien les aides financières directement accordées aux personnes que les aides accordées à d'autres entités afin qu'elles fournissent des services avec des réductions sur les tickets modérateurs, sur les tarifs ou sur les frais de certaines catégories d'utilisateurs. Les centres et les structures résidentielles, semi-résidentielles ou de jour sont les activités et les prestations réalisées dans des centres et des structures dédiées à l'accueil des personnes.

Afin de fournir un aperçu des activités d'aide sociale réalisées et des dépenses engagées par les communes et des diverses formes d'association entre les communes limitrophes, ci-après figurent les tableaux extraits de l'enquête de l'ISTAT (institut italien de la statistique) sur les « *Interventions et les services sociaux des communes, seules ou associées* », publiée en août 2015 et se référant à 2012.

Tableau 1 -

Dépenses pour interventions et services sociaux des communes seules ou associées par région et répartition géographique - Année 2012 (valeurs absolues, pourcentages et dépenses par habitant)

RÉGIONS ET RÉPARTITIONS GÉOGRAPHIQUES	Dépenses (a)		Dépenses par habitant (b)
	Valeurs absolues	Valeurs en pourcentage	
Piémont	570.559.389	8,2	130,7
Vallée d'Aoste	35.251.923	0,5	277,1
Ligurie	194.458.735	2,8	124,2
Lombardie	1.191.204.826	17,3	122,2
Trentin-Haut-Adige/Südtirol	268.295.692	3,8	259,3
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>134.061.445</i>	<i>1,9</i>	<i>264,3</i>
<i>Trente (c)</i>	<i>134.234.247</i>	<i>1,9</i>	<i>254,4</i>
Vénétie	540.019.419	7,7	110,9
Frioul-Vénétie julienne	294.340.028	4,2	241,3
Émilie-Romagne	728.663.415	10,4	167,1
Toscane	491.761.585	7,0	133,6
Ombrie	78.587.048	1,1	88,8
Marches	167.172.094	2,4	108,3
Latium	943.960.660	13,5	170,7
Abruzzes	80.014.005	1,1	61,1
Molise	13.110.393	0,2	41,9
Campanie	268.931.332	3,9	46,6
Pouilles	268.130.230	3,8	66,2
Basilicate	38.331.446	0,5	66,4
Calabre	48.270.637	0,7	24,6
Sicile	384.521.522	5,5	76,9
Sardaigne	376.807.482	5,4	229,9
Nord-ouest	1.991.474.873	28,8	126,0
Nord-est	1.831.318.554	26,1	159,5
Centre	1.681.481.387	24,0	144,5
Sud	716.788.043	10,2	51,3
Îles	761.329.004	10,9	114,7
ITALIE	6.982.391.861	100,0	117,3

(a) Il s'agit des dépenses en compte courant de compétence engagées en 2012 pour la fourniture des services ou des interventions d'aide sociale de la part des communes et des associations de communes. Elles comprennent les frais de personnel, de location de biens immobiliers ou d'équipements et d'achat de biens et de services (frais gérés directement). Si le service est géré par d'autres organisation (par exemple : des coopératives sociales), les dépenses sont données par les frais d'attribution à des tiers du service (frais gérés indirectement). Les dépenses sont indiquées en euros, déduction faite de la coparticipation des utilisateurs et du Service national de santé.

(b) Rapport entre les dépenses et la population résidant dans la région ou répartition géographique.

(c) Dans la province de Trente, la comptabilisation a concerné les communes et les communautés de la vallée - organismes publics activés après la réforme de l'organisation institutionnelle élaborée par la loi provinciale 3/2006 - à travers lesquelles les communes accomplissent, en association, des fonctions d'aide sociale qui leur sont attribuées. Ces fonctions sont financées par la province autonome de Trente, à travers un fonds spécial d'aide sociale complété par un financement régional.

Tableau 1.1. Dépenses pour interventions et services sociaux des communes seules ou associées, coparticipation des usagers et du Service national de santé, par région et répartition géographique – Année 2012 (valeurs absolues).

REGIONS ET REPARTITIONS GEOGRAPHIQUES	Dépenses des communes seules ou associées (a)	Coparticipation aux dépenses		Total dépenses engagées (dépenses publiques et des utilisateurs) (d)
		Quote-part payée par les utilisateurs (b)	Quote-part payée par le Service national de santé (c)	
Piémont	570.559.389	72.925.725	70.577.883	714.062.997
Vallée d'Aoste	35.251.923	12.947.450	1.806.814	50.006187
Ligurie	194.458.735	24.346.644	3.724.475	222.529.854
Lombardie	1.191.204.826	196.774.135	39.167.372	1.427.146.333
Trentin – Haut Adige	268.295.692	111.556.640	80.709.274	460.561.606
Bolzano	134.061.445	90.813.931	80.700.000	305.575.376
Trente	134.234.247	20.742.709	9.274	154.986.230
Vénétie	540.019.419	130.343.373	731.185.879	1.401.548.671
Frioul – Vénétie julienne	294.340.028	60.621.739	8.989.901	363.951.668
Emilie-Romagne	728.663.415	132.697.600	81.765.129	943.126.144
Toscane	491.761.585	84.091.255	118.764.865	694.617.705
Ombrie	78.587.048	8.399.044	3.372.012	90.358.104
Marches	167.172.094	39.558.606	10.649.516	217.410.216
Latium	943.960.660	51.983.470	1.750.556	997.694.686
Abruzzes	80.014.005	7.729.279	1.858.650	89.601.934
Molise	13.110.393	1.088.186	46.984	14.245.563
Campanie	268.931.332	8.181.474	13.153.925	290.266.731
Pouilles	268.130.230	6.992.097	1.319.019	276.441.346
Basilicate	38.331.446	2.645.748	125.236	41.102.430
Calabre	48.270.637	1.569.375	371.427	50.211.439
Sicile	348.521.522	14.985.733	1.532.225	401.039.480
Sardaigne	376.807.482	24.022.958	627.610	401.458.050
Nord-ouest	1.991.474.873	306.993.954	115.276.544	2.413.745.371
Nord-est	1.831.318.554	435.219.352	902.650.183	3.169.188.089
Centre	1.681.481.387	184.062.375	134.536.949	2.000.080.711
Sud	716.788.043	28.026.159	16.875.241	761.869.443
Iles	761.329.004	39.008.691	2.159.835	802.497.530
ITALIE	6.982.391.861	993.490.531	1.171.498.752	

- a) Les dépenses sont nettes de la coparticipation des utilisateurs et du Service national de santé.
- b) Deniers publics évalués par les communes et les collectivités publiques en 2012 en tant que paiement des utilisateurs pour les services jouis au cours de l'année (valeurs en euros)
- c) Deniers publics du Service national de santé pour les services socio-sanitaires affectés par les communes et les collectivités publiques en 2012 (valeurs en euros)
- d) Les dépenses engagées sont égales à la somme des coparticipations et des dépenses à la charge des communes et des collectivités publiques (valeurs en euros)

Tableau 2.3 - Dépenses sociales des communes seules ou associées par source de financement, région et répartition géographique (pourcentages).

REGIONS ET REPARTITIONS GEOGRAPHIQUES	Fond indistincte pour les politiques sociales	Fonds régionaux destinés aux politiques sociales	Fonds de l'Etat ou de l'UE destinés aux politiques sociales	Autres fonds publics	Fonds privés	Ressources des communes	Ressources des collectivités publiques	Total
Piémont	13,5	13,8	1,0	4,0	2,9	62,0	2,8	100,0
Vallée d'Aoste	2,7	73,1	0,3	1,0	4,0	9,5	9,4	100,0
Ligurie	8,8	7,5	2,1	1,0	3,5	67,3	9,8	100,0
Lombardie	2,8	6,3	2,0	1,6	1,1	85,9	0,3	100,0
Trentin – Haut Adige	0,8	86,3	-	0,3	0,3	12,3	-	100,0
Bolzano	«	«	«	«	«	«	«	“
Trente	0,8	86,3	-	0,3	0,3	12,3	-	100,0
Vénétie	4,0	12,5	2,4	2,2	2,4	74,6	1,9	100,0
Frioul – Vénétie julienne	16,8	44,7	0,6	1,6	0,9	35,1	0,3	100,0
Emilie-Romagne	1,6	7,7	1,4	0,8	2,5	81,3	4,7	100,0
Toscane	5,4	12,6	2,2	3,0	1,2	72,7	2,9	100,0
Ombrie	10,4	14,7	4,8	0,8	0,2	62,1	7,0	100,0
Marches	5,6	19,1	1,0	2,5	1,1	70,3	0,4	100,0
Latium	4,0	16,8	5,7	0,9	0,1	72,5	-	100,0
Abruzzes	19,4	10,1	2,6	4,4	3,3	59,8	0,4	100,0
Molise	20,9	12,7	0,6	2,4	1,8	61,6	0,4	100,0
Campanie	10,8	3,9	9,4	11,8	0,7	55,8	7,6	100,0
Pouilles	13,2	10,1	2,1	4,1	0,1	68,2	2,2	100,0
Basilicate	19,5	31,6	2,6	2,8	0,7	38,0	4,8	100,0
Calabre	13,8	40,6	2,9	6,1	-	36,4	0,2	100,0
Sicile	19,0	16,8	3,6	0,9	0,7	57,9	1,1	100,0
Sardaigne	30,4	49,6	3,4	1,2	0,7	14,7	-	100,0
Nord-ouest	6,5	9,5	1,7	2,2	1,9	76,1	2,1	100,0
Nord-est	5,0	21,5	1,5	1,4	2,0	65,9	2,7	100,0
Centre	4,9	15,7	4,1	1,7	0,5	71,8	1,3	100,0
Sud	13,4	9,8	5,1	7,2	0,8	59,4	4,3	100,0
Iles	24,2	31,8	3,5	1,0	0,7	38,2	0,6	100,0
ITALIE	8,0	16,5	2,7	2,1	1,4	67,2	2,1	100,0

Tableau 3 - Dépenses pour interventions et services sociaux des communes seules ou associées par secteur d'utilisations, région et répartition géographique (valeurs absolues).

REGIONS ET REPARTITIONS GEOGRAPHIQUES	Secteurs d'utilisations							Total
	Familles et mineurs	Personnes handicapées	Dépendances	Personnes âgées	Immigrés et nomades	Pauvreté, adultes en difficulté et sans abri	Tous les usagers	
Piémont	202.925.144	149.236.991	425.050	118.019.137	14.329.608	43.009.901	39.613.558	570.559.389
Vallée d'Aoste	9.148.526	259.211	-	24.129.760	381.120	1.043.158	290.148	35.251.923
Ligurie	96.451.011	23.755.890	1.388.348	39.868.576	3.023.791	15.240.285	14.730.834	194.458.735
Lombardie	492.192.688	323.343.705	3.245.738	212.760.246	25.425.057	66.110.500	68.126.892	1.191.204.826
Trentin – Haut Adige	86.119.913	83.292.752	3.250.467	53.449.893	12.168.829	19.342.867	10.670.971	268.295.692
Bolzano	33.820.937	51.975.387	3.071.040	23.491.510	11.874.771	9.827.800	-	134.061.445
Trente	52.298.976	31.317.365	179.427	29.958.383	294.058	9.515.067	10.670.971	134.234.247
Vénétie	174.228.035	145.180.931	3.549.404	121.772.610	15.992.480	39.175.432	40.120.527	540.019.419
Frioul – Vénétie julienne	73.960.662	84.861.780	548.454	82.594.649	5.789.358	27.880.203	18.704.922	294.340.028
Emilie-Romagne	363.362.790	119.768.600	4.011.193	122.372.959	24.523.634	35.893.465	58.730.774	728.663.415
Toscane	195.471.380	86.732.829	1.695.984	116.975.566	16.697.893	40.851.517	33.336.416	491.761.585
Ombrie	43.650.645	11.391.681	557.885	10.252.857	2.845.047	4.585.656	5.303.277	78.587.048
Marches	60.264.753	47.969.198	778.615	24.040.495	2.891.636	6.963.311	24.264.086	167.172.094
Latium	410.853.660	216.857.134	6.934.916	143.717.205	44.393.275	106.497.824	14.706.646	943.960.660
Abruzzes	35.804.396	22.309.172	336.989	14.123.481	732.070	3.248.032	3.459.865	80.014.005
Molise	6.501.355	2.241.531	61.177	2.837.545	79.714	678.942	710.129	13.110.393
Campanie	125.166.410	58.659.998	747.822	50.158.027	4.192.269	15.362.973	14.643.833	268.931.332
Pouilles	116.153.212	50.039.809	2.246.020	46.877.428	7.189.607	26.374.604	19.249.550	268.130.230
Basilicate	14.287.158	10.074.217	459.344	7.158.540	979.797	3.615.400	1.756.990	38.331.446
Calabre	18.605.094	10.942.566	512.767	9.630.972	2.469.315	4.497.857	1.612.066	48.270.637
Sicile	172.340.710	98.617.444	1.776.494	68.502.272	9.320.654	23.943.369	10.020.579	384.521.522
Sardaigne	92.398.151	149.460.067	1.520.693	64.968.925	1.413.483	53.490.891	13.555.272	376.807.482
Nord-ouest	803.717.369	496.595.797	5.059.136	394.777.719	43.159.576	125.403.844	122.761.432	1.991.474.873
Nord-est	697.671.400	433.104.063	11.359.518	380.190.111	58.474.301	122.291.967	128.227.194	1.831.318.554
Centre	710.240.438	362.950.842	9.967.400	294.986.123	66.827.851	158.898.308	77.610.425	1.681.481.387
Sud	316.517.625	154.267.293	4.364.119	130.785.993	15.642.772	53.777.808	41.432.433	716.788.043
Iles	264.738.861	248.077.511	3.297.187	133.471.197	10.734.137	77.434.260	23.575.851	761.329.004
ITALIE	2.792.885.693	1.694.995.506	34.047.360	1.334.211.143	194.838.637	537.806.187	393.607.335	6.982.391.861

Tavola 3.1 - Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza e per regione e ripartizione geografica - Anno 2012 (valori percentuali)

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Area di utenza							Totale
	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	Multiutenza	
VALORI PERCENTUALI								
Piemonte	36,1	26,2	0,1	20,7	2,5	7,5	6,9	100,0
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	26,0	0,7	-	68,4	1,1	3,0	0,8	100,0
Liguria	49,6	12,2	0,7	20,5	1,6	7,8	7,6	100,0
Lombardia	41,4	27,1	0,3	17,9	2,1	5,5	5,7	100,0
Trentino-Alto Adige/Südtirol	32,2	31,0	1,2	19,9	4,5	7,2	4,0	100,0
<i>Bolzano/Bozen</i>	25,2	38,6	2,3	17,5	8,9	7,3	-	100,0
<i>Trento</i>	39,1	23,3	0,1	22,3	0,2	7,1	7,9	100,0
Veneto	32,2	26,9	0,7	22,5	3,0	7,3	7,4	100,0
Friuli-Venezia Giulia	25,1	28,7	0,2	28,1	2,0	9,5	6,4	100,0
Emilia-Romagna	49,8	16,4	0,6	16,8	3,4	4,9	8,1	100,0
Toscana	39,8	17,6	0,3	23,8	3,4	8,3	6,8	100,0
Umbria	55,7	14,5	0,7	13,0	3,6	5,8	6,7	100,0
Marche	36,0	28,7	0,5	14,4	1,7	4,2	14,5	100,0
Lazio	43,5	23,0	0,7	15,2	4,7	11,3	1,6	100,0
Abruzzo	44,7	27,9	0,4	17,7	0,9	4,1	4,3	100,0
Molise	49,6	17,1	0,5	21,6	0,6	5,2	5,4	100,0
Campania	46,5	21,8	0,3	18,7	1,6	5,7	5,4	100,0
Puglia	43,3	18,7	0,8	17,5	2,7	9,8	7,2	100,0
Basilicata	37,2	26,3	1,2	18,7	2,6	9,4	4,6	100,0
Calabria	38,5	22,7	1,1	20,0	5,1	9,3	3,3	100,0
Sicilia	44,9	25,6	0,5	17,8	2,4	6,2	2,6	100,0
Sardegna	24,5	39,7	0,4	17,2	0,4	14,2	3,6	100,0
Nord-ovest	40,3	24,9	0,3	19,8	2,2	6,3	6,2	100,0
Nord-est	38,1	23,6	0,6	20,8	3,2	6,7	7,0	100,0
Centro	42,3	21,6	0,6	17,5	4,0	9,4	4,6	100,0
Sud	44,2	21,5	0,6	18,2	2,2	7,5	5,8	100,0
Isole	34,8	32,6	0,4	17,5	1,4	10,2	3,1	100,0
ITALIA	40,0	24,3	0,5	19,1	2,8	7,7	5,6	100,0

Légende :

Tableau 3.1. - Dépenses pour interventions et services sociaux des communes seules ou associées par secteur d'utilisations, région et répartition géographique (pourcentages).

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Famiglia e minori = Familles et mineurs

Disabili = Personnes handicapées

Dipendenze = Dépendances

Anziani = Personnes âgées

Immigrati e nomadi = Immigrés et nomades

Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora = Pauvreté, adultes en difficulté et sans abri

Multiutenza = Tous les usagers

Totale = Total

Tavola 3.2 - Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza e per regione e ripartizione geografica - Anno 2012 (valori pro-capite)

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Area di utenza							
	Famiglie e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	Multiutenza	Totale
VALORI PRO-CAPITE (a)								
Piemonte	131	3.875	-	114	38	16	9	131
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	194	307	-	883	43	13	2	277
Liguria	187	2.173	1	93	26	17	9	124
Lombardia	130	4.117	-	104	26	11	7	122
Trentino-Alto Adige/Südtirol	198	16.912	4	269	138	30	10	259
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>155</i>	<i>21.628</i>	<i>7</i>	<i>251</i>	<i>290</i>	<i>31</i>	<i>-</i>	<i>264</i>
<i>Trento</i>	<i>242</i>	<i>12.417</i>	<i>-</i>	<i>285</i>	<i>6</i>	<i>29</i>	<i>20</i>	<i>254</i>
Veneto	91	3.892	1	121	34	13	8	111
Friuli-Venezia Giulia	177	7.604	1	280	58	38	15	241
Emilia-Romagna	237	4.232	1	123	52	13	13	167
Toscana	148	2.679	1	132	50	18	9	134
Umbria	133	1.363	1	49	31	9	6	89
Marche	103	4.283	1	68	21	7	16	108
Lazio	181	4.060	1	127	98	31	3	171
Abruzzo	63	1.783	-	49	10	4	3	61
Molise	48	824	-	40	9	3	2	42
Campania	42	706	-	52	26	4	3	47
Puglia	58	1.065	1	60	80	10	5	66
Basilicata	54	1.482	1	60	70	10	3	66
Calabria	20	469	-	25	35	4	1	25
Sicilia	70	1.699	-	72	70	8	2	77
Sardegna	128	8.517	1	194	42	50	8	230
Nord-ovest	136	3.855	-	112	29	13	8	126
Nord-est	162	5.302	1	152	52	17	11	159
Centro	158	3.445	1	114	66	22	7	144
Sud	46	880	-	50	38	6	3	51
Isole	83	3.282	1	103	64	18	4	115
ITALIA	113	2.990	1	107	46	15	7	117

(a) I valori pro-capite sono il rapporto tra la spesa e la popolazione di riferimento per ogni area di utenza.

La popolazione di riferimento per l'area "famiglia e minori" è costituita dal numero di componenti delle famiglie con almeno un minore calcolati sulla base del Censimento della popolazione.

La popolazione di riferimento per l'area disabili, stimata sulla base dell'ultimo anno disponibile, rappresenta le persone disabili con età inferiore a 65 anni ed è ottenuta dalla proiezione del numero di disabili che vivono in famiglia, quali risultano dall'indagine multiscopo sulle "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" e del numero di disabili ospiti nelle strutture residenziali, quali risultano dalla "Rilevazione sui presidi residenziali socio-assistenziali".

La popolazione di riferimento per l'area "dipendenze" è costituita dalla popolazione con età maggiore o uguale a 15 anni.

La popolazione di riferimento per l'area "anziani" è costituita dalla popolazione con età maggiore o uguale a 65 anni.

Come popolazione di riferimento per l'area "immigrati e nomadi" si considera il numero di stranieri residenti.

La popolazione di riferimento per l'area "povertà e disagio adulti" è costituita dalla popolazione con età compresa tra i 18 e i 64 anni.

La popolazione di riferimento per l'area "multiutenza" e per il totale è costituita dalla popolazione residente.

Légende :

Tableau 3.2 – Dépenses pour interventions et services sociaux des communes seules ou associées par secteur d'utilisations, région et répartition géographique (valeurs par habitant).

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Famiglie e minori = Familles et mineurs

Disabili = Personnes handicapées

Dipendenze= Dépendances

Anziani = Personnes âgées

Immigrati e nomadi = Immigrés et nomades

Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora = Pauvreté, adultes en difficulté et sans abri

Multiutenza = Tous les usagers

Totale = Total

- a) Les valeurs par habitant sont le ratio entre les dépenses et la population de référence pour chaque secteur d'utilisation. La population de référence pour le secteur « Familles et mineur » est le nombre de composants des ménages ayant au moins un mineur selon le Recensement de la population.
- La population de référence pour le secteur « Personnes handicapées », telle qu'estimée sur la dernière année disponible, est représentée par les personnes handicapées de moins de 65 ans et est obtenue par la projection soit des personnes handicapées vivant en famille, comme résulte de l'enquête sur les « Conditions de santé et recours aux services sanitaires », soit par celles vivant dans les structures résidentielles selon l'enquête « Relevé sur les structures résidentielles d'assistance socio-sanitaire ».
- La population de référence pour le secteur « Dépendances » se compose des gens âgés de 15 ans et plus.
- La population de référence pour le secteur « Personnes âgées » se compose des gens âgés de 65 ans et plus.
- Le nombre d'étrangers résidents est la base pour la population de référence du secteur « Immigrés et nomades ».
- La population de référence pour le secteur « Pauvreté, adultes en difficulté et sans abri » est représentée par les gens âgés de 18 à 64 ans.
- La population de référence pour le secteur « Tous les usagers » est représentée par tous les résidents.

Tavola 4 - Spesa dei comuni singoli e associati per area di utenza e per macro-area di interventi e servizi sociali - Anno 2012 (valori assoluti e percentuali)				
AREA DI UTENZA	MACRO-AREA DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI			
	Interventi e servizi	Trasferimenti in denaro	Strutture	Totale
VALORI ASSOLUTI				
Famiglie e minori	472.813.199	687.876.748	1632.195.746	2.792.885.693
Disabili	888.109.227	419.464.168	387.422.111	1694.995.506
Dipendenze	17.057.057	11769.217	5.221.086	34.047.360
Anziani	704.764.820	351990.348	277.455.975	1334.211.143
Immigrati e nomadi	65.179.350	50.607.757	79.051.530	194.838.637
Povert�, disagio adulti e senza fissa dimora	174.116.212	249.302.513	114.387.462	537.806.187
Multiutenza	393.607.335	-	-	393.607.335
Totale	2.715.647.200	1.771.010.751	2.495.733.910	6.982.391.861
VALORI PERCENTUALI				
Famiglie e minori	16,9	24,6	58,5	100,0
Disabili	52,4	24,7	22,9	100,0
Dipendenze	50,1	34,6	15,3	100,0
Anziani	52,8	26,4	20,8	100,0
Immigrati e nomadi	33,5	26,0	40,5	100,0
Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	32,4	46,3	21,3	100,0
Multiutenza	100,0	-	-	100,0
Totale	38,9	25,4	35,7	100,0

L genda :

Tableau 4 – Dépenses des communes seules ou associées par secteur d'intervention et par macro-secteur d'intervention et services sociaux – Année 2012 (valeurs absolues et pourcentages)

Area di utenza = Secteur d'intervention

Macro area di interventi e servizi sociali = Macro-secteur d'intervention et services sociaux

Interventi e servizi = Interventions et services

Trasferimenti in denaro = Transfert en argent

Strutture = Etablissements

Totale = Total

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Famiglie e minori = Familles et mineurs

Disabili = Personnes handicapées

Dipendenze= Dépendances

Anziani = Personnes âgées

Immigrati e nomadi = Immigrés et nomades

Poverta, disagio adulti e senza fissa dimora = Pauvreté, adultes en difficulté et sans abri

Multiutenza = Tous les usagers

Valori assoluti = Valeurs absolues

Valori percentuali = Pourcentages

Tavola 5 - Spesa dei comuni singoli e associati per area di utenza e per ente gestore - Anno 2012 (valori assoluti e percentuali)								
AREE DI UTENZA	Comune	Distretto/ambito/ zona sociale	Comunità montana	Consorzio	Azienda sanitaria	Unione di comuni	Altra associazione di comuni	Totale
VALORI ASSOLUTI								
Famiglie e minori	2.348.613.660	162.447.392	16.646.295	112.689.162	47.139.056	45.228.137	60.121.991	2.792.885.693
Disabili	1.106.153.225	146.254.794	16.740.771	140.834.614	174.288.204	23.835.673	86.888.225	1.694.995.506
Dipendenze	23.003.444	4.086.061	454.315	833.227	1.843.979	698.663	3.127.671	34.047.360
Anziani	951.790.800	141.216.844	30.207.735	93.215.881	43.149.837	15.627.435	59.002.611	1.334.211.14
Immigrati e nomadi	159.682.750	8.941.363	600.500	5.991.259	2.734.575	4.895.192	11.992.998	194.838.637
Poverta, disagio adulti e senza fissa dimora	433.552.884	37.309.108	2.872.827	24.035.540	13.129.425	6.549.197	20.357.206	537.806.187
Multiutenza	250.963.181	54.953.365	5.238.014	41.787.088	19.230.961	9.670.401	11.764.325	393.607.335
Totale	5.273.759.944	555.208.927	72.760.457	419.386.771	301.516.037	106.504.698	253.255.027	6.982.391.861
VALORI PERCENTUALI								
Famiglie e minori	84,1	5,8	0,6	4,0	1,7	1,6	2,2	10
Disabili	65,3	3,6	1,0	3,3	10,3	1,4	5,1	10
Dipendenze	6,6	12,0	1,3	2,4	5,4	2,1	5,2	10
Anziani	71,3	10,6	2,3	7,0	3,2	1,2	4,4	10
Immigrati e nomadi	81,9	4,6	0,3	3,1	1,4	2,5	6,2	10
Poverta, disagio adulti e senza fissa dimora	80,7	5,9	0,5	4,5	2,4	1,2	3,8	10
Multiutenza	63,7	14,0	1,3	10,6	4,9	2,5	5,0	10
Totale	75,6	8,0	1,0	6,0	4,3	1,5	3,6	100,0

Légende :

Tableau 5 – Dépenses des communes seules ou associés par secteur d'intervention et par organisme gestionnaire – Année 2012 (valeurs absolues et pourcentages)

Area di utenza = Secteur d'intervention

Comune = Commune

Distretto/ambito/zona sociale = District/milieu/zone sociale

Comunità montana = Communauté de montagne

Consorzio = Consortium

Azienda sanitaria = Service de santé publique

Unione di comuni = Association de communes

Altra associazione di comuni = Autre association de communes

Totale = Total

Valori assoluti = Valeurs absolues

Famiglie e minori = Familles et mineurs

Disabili = Personnes handicapées

Dipendenze= Dépendances

Anziani = Personnes âgées

Immigrati e nomadi = Immigrés et nomades

Povert , disagio adulti e senza fissa dimora = Pauvret , adultes en difficult  et sans abri
 Multiutenza = Tous les usagers
 Valori percentuali = Pourcentages

Tavola 6 - Spesa dei comuni singoli e associati per macro-area di interventi e servizi sociali, regione e ripartizione geografica - Anno 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Macro-area di interventi e servizi sociali			
	Interventi e servizi	Trasferimenti in denaro	Strutture	Totale
Piemonte	243.525.112	179.798.203	147.236.074	570.559.389
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	11.271.761	871.739	23.108.423	35.251.923
Liguria	80.393.226	38.806.214	75.259.295	194.458.735
Lombardia	477.520.325	379.011.116	334.673.385	1.191.204.826
Trentino-Alto Adige/Südtirol	76.968.873	41.438.099	149.888.720	268.295.692
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>29.887.049</i>	<i>33.472.098</i>	<i>70.702.298</i>	<i>134.061.445</i>
<i>Trento</i>	<i>47.081.824</i>	<i>7.966.001</i>	<i>79.186.422</i>	<i>134.234.247</i>
Veneto	227.172.990	169.869.796	142.976.633	540.019.419
Friuli-Venezia Giulia	97.370.370	103.902.320	93.067.338	294.340.028
Emilia-Romagna	272.349.783	130.343.115	325.970.517	728.663.415
Toscana	163.776.612	132.504.176	195.480.797	491.761.585
Umbria	29.121.679	21.490.323	27.975.046	78.587.048
Marche	78.350.191	36.981.563	51.840.340	167.172.094
Lazio	291.851.998	176.540.050	475.568.612	943.960.660
Abruzzo	45.006.575	8.573.634	26.433.796	80.014.005
Molise	6.692.016	3.194.859	3.223.518	13.110.393
Campania	127.824.024	42.905.557	98.201.751	268.931.332
Puglia	120.233.492	66.692.548	81.204.190	268.130.230
Basilicata	19.873.456	7.749.769	10.708.221	38.331.446
Calabria	23.891.486	14.960.662	9.418.489	48.270.637
Sicilia	145.237.952	66.705.148	172.578.422	384.521.522
Sardegna	177.215.279	148.671.860	50.920.343	376.807.482
Nord-ovest	812.710.424	598.487.272	580.277.177	1.991.474.873
Nord-est	673.862.016	445.553.330	711.903.208	1.831.318.554
Centro	563.100.480	367.516.112	750.864.795	1.681.481.387
Sud	343.521.049	144.077.029	229.189.965	716.788.043
Isole	322.453.231	215.377.008	223.498.765	761.329.004
ITALIA	2.715.647.200	1.771.010.751	2.495.733.910	6.982.391.861

Légende :

Tableau 6 – Dépenses des communes seules ou associés par macro-secteur d'intervention et services sociaux, région et répartition géographique – Année 2012

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Macro area di interventi e servizi sociali = Macro-secteur d'interventions et services sociaux

Interventi e servizi = Interventions et services

Trasferimenti in denaro = Transferts d'argent

Strutture = Etablissements
Totale = Total

Tavola 7- Area famiglia e minori: utenti, spesa e spesa per utente per singoli interventi e servizi sociali. Totale Italia - Anno 2012

VOCI DI SPESA	Spesa	Utenti	Spesa media per utente
INTERVENTI E SERVIZI			
Attività di servizio sociale professionale:			
Servizio sociale professionale	135.792.989	615.238	221
Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	8.359.545	14.340	583
Servizio per l'affido minori	23.165.752	18.083	1.281
Servizio per l'adozione minori	5.512.019	10.848	508
Servizio di mediazione familiare	4.204.780	11.378	370
Attività di sostegno alla genitorialità	22.038.228	73.917	298
Altro	10.661.209	58.344	183
Totale attività di servizio sociale professionale	209.734.522		
Integrazione sociale:			
Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	18.414.840	55.456	332
Attività ricreative, sociali, culturali	29.929.569	309.212	97
Altro	8.772.786	88.006	100
Totale integrazione sociale	57.117.195		
Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei minori:			
Sostegno socio-educativo scolastico	54.320.783	68.771	790
Sostegno socio-educativo territoriale e/o domiciliare	83.010.136	73.243	1.133
Sostegno all'inserimento lavorativo	6.773.867	5.056	1.340
Altro	7.484.255	29.701	252
Totale interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei minori	151.589.041		
Assistenza domiciliare a famiglie con minori:			
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	48.159.213	19.787	2.434
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	3.149.033	2.405	1.309
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	439.175	783	561
Altro	2.625.020	7.105	369
Totale assistenza domiciliare a famiglie con minori	54.372.441		
Totale interventi e servizi	472.813.199		
TRASFERIMENTI IN DENARO			
Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi:			
Contributi economici per cura o prestazioni sanitarie	3.127.561	11.176	280
Retta per asili nido	118.086.836	43.513	2.714
Retta per servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	9.339.763	3.747	2.493
Retta per prestazioni residenziali	260.397.803	18.080	14.403
Contributi economici per i servizi scolastici	43.465.463	127.920	340
Contributi economici erogati a titolo di prestito	530.567	526	1.009
Contributi economici per alloggio	42.923.961	59.510	721
Contributi economici per l'inserimento lavorativo	11.095.365	8.816	1.259
Contributi economici ad integrazione del reddito familiare	95.887.323	146.837	653
Contributi economici per affido familiare	60.026.958	17.052	3.520
Contributi generici ad associazioni sociali	22.581.211		
Altro	20.413.937	45.948	444
Totale trasferimenti in denaro	687.876.748		
STRUTTURE			
Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale:			
Asili nido	1.145.453.664	149.647	7.654
Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia	24.464.741	13.428	1.822
Centri diurni	48.696.241	30.082	1.619
Centri diurni estivi	28.727.600	214.651	134
Ludoteche/laboratori	26.523.987	230.093	115
Centri di aggregazione/sociali	48.889.486	129.465	378
Centri per le famiglie	9.604.214	75.980	126
Altro	8.472.212	43.727	194
Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale	1.340.832.145		
Strutture comunitarie e residenziali:			
Strutture residenziali	277.143.391	18.247	15.188
Centri estivi o invernali	2.122.754	10.845	196
Altro	12.097.456	7.208	1.678
Totale strutture comunitarie e residenziali	291.363.601		
Totale strutture	1.632.195.746		
Totale famiglia e minori	2.792.885.693		

Légende :

Tableau 7 – Settore « Famiglie e minore » : utilizzatori, spese e spese per utente per ogni intervento e servizio sociale – Total Italia – Anno 2012

Voci di spesa = Postes de dépenses

Spesa = Dépenses

Utenti = Utilisateurs

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Interventi e servizi = Interventions et services

Attività di servizio sociale professionale = Activité de service social professionnel

Servizio sociale professionale = Service social professionnel

Mediazione abitativa e/o assegnazione alloggi = Médiation pour le logement et/ou allocation de logement

Servizio per l'affido di minori = Service de placement en adoption de mineurs

Servizio per l'adozione dei minori = Service d'adoption des mineurs

Servizio di mediazione familiare = Service de médiation familiale

Attività di sostegno alla genitorialità = Activité de soutien aux parents

Altro = Autre

Totale attività di servizio sociale professionale = Total activités d'aide social professionnel

Integrazione sociale = Inclusion sociale

Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio = Interventions pour l'inclusion sociale des personnes défavorisées ou à risque d'exclusion

Attività ricreative, sociali, culturali = Activité récréatives, sociales, culturelles

Altro = Autre

Totale integrazione sociale = Total inclusion sociale

Interventi e servizi educativo – assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei minori = Interventions et services pédagogiques, d'assistance et de placement des mineurs

Sostegno socio-educativo scolastico = Soutien socio-pédagogique en milieu scolaire

Sostegno socio educativo territoriale e/o domiciliare = Soutien socio-pédagogique à niveau territorial et/ou à domicile

Sostegno all'inserimento lavorativo = Soutien au placement

Altro = Autre

Totale interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei minori = Total interventions et services pédagogiques, d'assistance et de placement des mineurs

Assistenza domiciliare a famiglie con minori = Aide à domicile aux familles ayant des mineurs

Assistenza domiciliare socio-assistenziale = Aide sociale à domicile

Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario = Cheques- services, allocation de soins, coupon socio-sanitaire

Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio = Distribution des repas et/ou lavage de linge à domicile

Altro = Autre

Totale assistenza domiciliare a famiglie con minori = Total aide à domicile aux familles ayant des mineurs

Totale interventi e servizi = Total interventions et services

Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi = Transferts d'argent pour le paiement d'interventions et services

Contributi economici per cura o prestazioni sanitarie = Contributions en argent pour les services de soins ou de santé

Retta per asili nido = Contributions en argent pour les crèches

Retta per servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia = Contributions en argent pour les services complémentaires et innovants pour la première enfance

Retta per prestazioni residenziali = Contributions en argent pour les prestations socio-sanitaires à domicile

Contributi economici per i servizi scolastici = Contributions en argent pour les services en milieu scolaire

Contributi economici erogati a titolo di prestito = Contributions en argent à titre de prêt

Contributi economici per l'alloggio = Contributions en argent pour le logement

Contributi economici per l'inserimento lavorativo = Contributions en argent pour le placement

Contributi economici ad integrazione del reddito familiare = Contributions en argent visées à l'intégration du revenu familial

Contributi economici per affido familiare = Contributions en argent pour le placement en famille

Contributi generici ad associazioni sociali = Subventions globales aux associations sociales

Altro = Autre

Totale trasferimenti in denaro = Total transferts d'argent

Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale = Garderies et établissements semi-résidentiels

Asili nido = Crèches

Servizi integrativi o innovativi per la prima infanzia = Services complémentaires et innovants pour la première enfance

Centri diurni = Garderie

Centri diurni estivi = Garderie et camps d'été

Ludoteca/laboratori = Ludothèques/laboratoires

Centri di aggregazione/sociali = Salles de réunion

Centri per le famiglie = Centres pour les familles

Altro = Autre

Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale = Total garderies et structures semi-résidentielles

Strutture comunitarie e residenziali = Etablissements communautaires et résidentiels

Strutture residenziali – Etablissements résidentiels

Centri estivi e invernali – Garderies et camps d'été et d'hiver

Totale strutture comunitarie e residenziali = Total établissement communautaires et résidentiels

Totale strutture = Total établissements

Totale famiglia e minori = Total familles et mineurs

Tavola 8 - Area disabili: utenti, spesa e spesa per utente per singoli interventi e servizi sociali. Totale Italia - Anno 2012

VOCI DI SPESA	Spesa	Utenti	Spesa media per utente
INTERVENTI E SERVIZI			
Attività di servizio sociale professionale:			
Servizio sociale professionale	53.372.182	210.772	253
Servizio di accoglienza disabili presso famiglie	1.043.057	2.617	399
Totale attività di servizio sociale professionale	54.415.239		
Integrazione sociale:			
Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	14.540.392	12.806	1.135
Attività ricreative, sociali, culturali	9.139.210	21.024	435
Altro	9.052.153	11.778	769
Totale integrazione sociale	32.731.755		
Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei disabili:			
Sostegno socio-educativo scolastico	361.332.815	56.174	6.432
Sostegno socio-educativo territoriale e/o domiciliare	37.717.669	15.414	2.447
Sostegno all'inserimento lavorativo	36.227.209	25.596	1.415
Altro	11.706.502	5.051	2.318
Totale interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei disabili	446.984.195		
Assistenza domiciliare:			
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	142.358.118	38.833	3.666
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	24.546.728	10.671	2.300
Servizi di prossimità (buonvicinato)	156.625	272	576
Telesoccorso e teleassistenza	549.136	2.311	238
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	44.754.024	22.468	1.992
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	1.790.387	1.908	938
Altro	19.816.993	6.213	3.190
Totale assistenza domiciliare	233.972.011		
Servizi di supporto:			
Mensa	1.849.827	3.036	609
Trasporto sociale	118.156.200	55.421	2.132
Totale servizi di supporto	120.006.027		
Totale interventi e servizi	888.109.227		
TRASFERIMENTI IN DENARO			
Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi:			
Buoni spesa o buoni pasto	565.468	1.635	346
Contributi per servizi alla persona	49.036.461	13.662	3.589
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	17.879.869	10.271	1.741
Retta per centri diurni	84.702.798	13.430	6.307
Retta per altre prestazioni semi-residenziali	15.305.381	3.430	4.462
Retta per prestazioni residenziali	142.203.160	15.136	9.395
Contributi economici per servizio trasporto	16.126.938	24.412	661
Contributi economici erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	92.446	46	2.010
Contributi economici per alloggio	2.048.694	1.976	1.037
Contributi economici per l'inserimento lavorativo	17.140.350	10.837	1.582
Contributi economici ad integrazione del reddito familiare	24.692.602	12.980	1.902
Contributi economici per affido familiare	12.201.269	3.310	3.686
Contributi generici ad associazioni sociali	14.482.654		
Altro	22.986.078	11.317	2.031
Totale trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi	419.464.168		
STRUTTURE			
Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale:			
Centri diurni	206.811.311	27.693	7.468
Centri diurni estivi	1.236.792	1.475	839
Ludoteche / laboratori	26.333.420	3.540	7.439
Altro	5.997.673	2.174	2.759
Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale	240.379.196		
Strutture comunitarie e residenziali:			
Strutture residenziali	140.637.436	8.858	15.877
Centri estivi o invernali	3.749.995	4.659	805
Altro	2.655.484	477	5.567
Totale strutture comunitarie e residenziali	147.042.915		17
Totale strutture	387.422.111		
Totale disabili	1.694.995.506		

Légende :

Tableau 8 – Settore « Persone disabili » : utilizzatori, spese e spese per utente per ogni intervento e servizio sociale – Total Italia – Anno 2012

Voci di spesa = Postes de dépenses

Spesa = Dépenses

Utenti = Utilisateurs

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Interventi e servizi = Interventions et services

Attività di servizio sociale professionale = Activité de service social professionnel

Servizio sociale professionale = Service social professionnel

Servizio di accoglienza disabili presso le famiglie = Service d'accueil chez les familles

Totale attività di servizio sociale professionale = Total activités d'aide social professionnel

Integrazione sociale = Inclusion sociale

Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio = Interventions pour l'inclusion sociale des personnes défavorisées ou à risque d'exclusion

Attività ricreative, sociali, culturali = Activité récréatives, sociales, culturelles

Altro = Autre

Totale integrazione sociale = Total inclusion sociale

Interventi e servizi educativo – assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei disabili = Interventions et services pédagogiques, d'aide et de placement des personnes handicapées

Sostegno socio-educativo scolastico = Soutien socio-pédagogique en milieu scolaire

Sostegno socio educativo territoriale e/o domiciliare = Soutien socio-pédagogique à niveau territorial et/ou à domicile

Sostegno all'inserimento lavorativo = Soutien au placement

Altro = Autre

Totale interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo dei disabili = Total interventions et services pédagogiques, d'aide et de placement des personnes handicapées

Assistenza domiciliare = Aide à domicile

Assistenza domiciliare socio-assistenziale = Aide sociale à domicile

Servizi di prossimità (buon vicinato) = Services de proximité (bon voisinage)

Telesoccorso e teleassistenza = télé-secours et téléassistance

Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario = Cheques-services, allocation de soins, coupon socio-sanitaire

Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio = Distribution des repas et/ou lavage de linge à domicile

Altro = Autre

Totale assistenza domiciliare = Total aide à domicile

Servizi di supporto = Services de soutien

Mensa = Cantine

Trasporto sociale = Transport sociale

Totale servizi di supporto = Total services de soutien

Totale interventi e servizi = Total interventions et services

Trasferimenti in denaro = Transferts d'argent

Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi = Transferts d'argent pour le paiement d'interventions et services

Buoni spesa o buoni pasto = Bons d'achat et timbres alimentaires

Contributi per servizi alla persona = Contributions pour les services personnels

Contributi economici per cura o prestazioni sanitarie = Contributions en argent pour les services de soins ou de santé

Retta per centri diurni = Contributions en argent pour les centres de soins de jours

Retta per altre prestazioni semi-residenziali = Contributions en argent pour les autres services semi-résidentiels

Retta per prestazioni residenziali = Contributions en argent pour les prestations socio-sanitaires à domicile

Contributi economici per il servizio di trasporto = Contributions en argent pour le service de transport

Contributi economici erogati a titolo di prestito = Contributions en argent à titre de prêt

Contributi economici per l'alloggio = Contributions en argent pour le logement

Contributi economici per l'inserimento lavorativo = Contributions en argent pour le placement

Contributi economici ad integrazione del reddito familiare = Contributions en argent visées à l'intégration du revenu familial

Contributi economici per affido familiare = Contributions en argent pour le placement en famille

Contributi generici ad associazioni sociali = Subventions globales aux associations sociales

Altro = Autre

Totale trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi = Total transferts d'argent pour le paiement d'interventions et services

Strutture = Etablissements

Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale = Centres de soins de jour et structures semi-résidentielles

Centri diurni = Centres de soins de jour

Centri diurni estivi = Centres de jour d'été

Ludoteche/laboratori = Ludothèques/laboratoires

Altro = Autre

Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale = Total centres de jour et structures semi-résidentielles

Strutture comunitarie e residenziali = Etablissements communautaires et résidentiels

Strutture residenziali – Etablissements résidentiels

Centri estivi e invernali – Centres de jour d'été et d'hiver

Totale strutture comunitarie e residenziali = Total établissement communautaires et résidentiels

Totale strutture = Total établissements

Totale disabili = Total personnes handicapées

Tavola 9 - Area dipendenze: utenti, spesa e spesa per utente per singoli interventi e servizi sociali. Totale Italia - Anno 2012

VOCI DI SPESA	Spesa	Utenti	Spesa media per utente
INTERVENTI E SERVIZI			
Attività di servizio sociale professionale	5.433.812	27.932	195
Integrazione sociale:			
Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	3.422.117	10.795	317
Attività ricreative, sociali, culturali	599.252	12.131	49
Altro	1.295.676	25.685	50
Totale integrazione sociale	5.317.045		
Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo:			
Sostegno socio-educativo territoriale e/o domiciliare	1.228.296	8.116	151
Sostegno all'inserimento lavorativo	3.264.533	2.479	1.317
Altro	389.126	1.645	237
lavorativo	4.881.955		
Assistenza domiciliare:			
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	485.647	373	1.302
Servizi di prossimità (buonvicinato)	3.127	25	125
Telesoccorso e teleassistenza	2.289	5	458
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	23.455	46	510
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	102.443	119	861
Altro	118.954	1.082	110
Totale assistenza domiciliare	735.915		
Pronto intervento sociale (unità di strada, ecc.)	688.330	13.355	52
Totale interventi e servizi	17.057.057		
TRASFERIMENTI IN DENARO			
Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi:			
Buoni spesa o buoni pasto	218.955	444	493
Contributi per servizi alla persona	3.258.791	3.299	988
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	71.135	216	329
Retta per centri diurni	557.966	203	2.749
Retta per altre prestazioni semi-residenziali	86.743	98	885
Retta per prestazioni residenziali	1.431.831	1.350	1.061
Contributi economici erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	8.350	5	1.670
Contributi economici per alloggio	534.033	497	1.075
Contributi economici per l'inserimento lavorativo	1.345.330	926	1.453
Contributi economici ad integrazione del reddito familiare	1.909.328	2.334	818
Contributi generici ad associazioni sociali	2.278.646		
Altro	68.109	198	344
Totale trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi	11.769.217		
STRUTTURE			
Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale:			
Centri diurni	2.971.095	3.191	931
Altro	1.011.662	9.175	110
Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale	3.982.757		
Strutture comunitarie e residenziali:			
Strutture residenziali	1.210.980	824	1.470
Altro	27.349	110	249
Totale strutture comunitarie e residenziali	1.238.329		
Totale strutture	5.221.086		
Totale dipendenze	34.047.360		

Légende :

Tableau 9 – Secteur «Dépendances» : utilisateurs, dépenses et dépenses par usager pour chaque intervention et service social – Total Italie – Année 2012

Voci di spesa = Postes de dépenses

Spesa = Dépenses

Utenti = Utilisateurs

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Interventi e servizi = Interventions et services

Attività di servizio sociale professionale = Activité de service social professionnel

Integrazione sociale = Inclusion sociale

Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio = Interventions pour l'inclusion sociale des personnes défavorisées ou à risque d'exclusion

Attività ricreative, sociali, culturali = Activité récréatives, sociales, culturelles

Altro = Autre

Totale integrazione sociale = Total inclusion sociale

Interventi e servizi educativo – assistenziali e per l'inserimento lavorativo = Interventions et services pédagogiques, d'assistance et de placement

Sostegno socio educativo territoriale e/o domiciliare = Soutien socio-pédagogique à niveau territorial et/ou à domicile

Sostegno all'inserimento lavorativo = Soutien au placement

Altro = Autre

Assistenza domiciliare = Aide à domicile

Assistenza domiciliare socio-assistenziale = Aide sociale à domicile

Servizi di prossimità (buon vicinato) = Services de proximité (bon voisinage)

Telesoccorso e teleassistenza = télé-secours et téléassistance

Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario = Cheques-services, allocation de soins, coupon socio-sanitaire

Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio = Distribution des repas et/ou lavage de linge à domicile

Altro = Autre

Totale assistenza domiciliare = Total aide à domicile

Pronto intervento sociale (unità di strada, ecc.) = Intervention sociale d'urgence (unités de rue etc.)

Totale interventi e servizi = Total interventions et services

Trasferimenti in denaro = Transferts en argent

Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi = Transferts d'argent pour le paiement d'interventions et services

Buoni spesa o buoni pasto = Bons d'achat ou timbres alimentaires

Contributi per servizi alla persona = Contributions pour les services personnels

Contributi economici per cura o prestazioni sanitarie = Contributions en argent pour les services de soins ou de santé

Retta per centri diurni = Contributions en argent pour les centres de jours

Retta per altre prestazioni semi-residenziali = Contributions en argent pour les autres services semi-résidentiels

Retta per prestazioni residenziali = Contributions en argent pour les prestations socio-sanitaires à domicile

Contributi economici erogati a titolo di prestito = Contributions en argent à titre de prêt

Contributi economici per l'alloggio = Contributions en argent pour le logement

Contributi economici per l'inserimento lavorativo = Contributions en argent pour le placement

Contributi economici ad integrazione del reddito familiare = Contributions en argent visées à l'intégration du revenu familial

Contributi generici ad associazioni sociali = Subventions globales aux associations sociales

Altro = Autre

Totale trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi = Total transferts d'argent pour le paiement d'interventions et services

Strutture = Etablissements

Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale = Centres de soins de jour et structures semi-résidentielles

Centri diurni = Centres de soins de jour

Altro = Autre

Centri diurni estivi = Centres de jour d'été

Ludoteca/laboratori = Ludothèques/laboratoires

Altro = Autre

Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale = Total centres de jour et établissements semi-résidentiels

Strutture comunitarie e residenziali = Etablissements communautaires et résidentiels

Strutture residenziali – Etablissements résidentiels

Totale strutture comunitarie e residenziali = Total établissement communautaires et résidentiels

Totale strutture = Total établissements

Totale dipendenze = Total dependances

Tavola 10 - Area anziani: utenti, spesa e spesa per utente per singoli interventi e servizi sociali. Totale Italia - Anno 2012

VOCI DI SPESA	Spesa	Utenti	Spesa media per utente
INTERVENTI E SERVIZI			
Attività di servizio sociale professionale:			
Servizio sociale professionale	90.415.635	596.086	152
Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	2.472.407	3.029	816
Servizio di accoglienza anziani presso le famiglie	547.646	702	780
Altro	2.763.999	17.628	157
Totale attività di servizio sociale professionale	96.199.687		
Integrazione sociale:			
Interventi per l'integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	11.084.044	45.173	245
Attività ricreative, sociali, culturali	25.105.772	319.703	79
Altro	3.744.203	37.527	100
Totale integrazione sociale	39.934.019		
Assistenza domiciliare:			
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	328.898.704	157.364	2.090
Assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari	65.611.607	76.382	859
Servizi di prossimità (buonvicinato)	6.266.456	12.627	496
Telesoccorso e teleassistenza	9.826.611	61.601	160
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	92.956.762	57.733	1.610
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	29.868.700	46.812	638
Altro	9.552.302	61.855	154
Totale assistenza domiciliare	542.981.142		
Servizi di supporto:			
Mensa	2.410.466	4.263	565
Trasporto sociale	23.239.506	98.128	237
Totale servizi di supporto	25.649.972		
Totale interventi e servizi	704.764.820		
TRASFERIMENTI IN DENARO			
Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi:			
Buoni spesa o buoni pasto	1.202.052	2.123	566
Contributi per servizi alla persona	30.274.199	15.065	2.010
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	5.657.285	8.064	702
Retta per centri diurni	6.427.633	5.503	1.168
Retta per altre prestazioni semi-residenziali	1.695.870	508	3.338
Retta per prestazioni residenziali	227.717.837	62.053	3.670
Contributi economici per servizio trasporti	5.847.465	62.467	94
Contributi economici erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	64.232	44	1.460
Contributi economici per alloggio	13.264.579	14.492	915
Contributi economici ad integrazione del reddito familiare	34.490.230	31.071	1.110
Contributi economici per affido familiare	4.316.177	2.047	2.109
Contributi generici ad associazioni sociali	16.113.326		
Altro	4.919.463	19.112	257
Totale trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi	351.990.348		
STRUTTURE			
Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale:			
Centri diurni	45.671.397	50.954	896
Centri di aggregazione/sociali	17.966.625	341.571	53
Altro	6.594.128	10.185	647
Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale	70.232.150		
Strutture comunitarie e residenziali:			
Strutture residenziali	196.417.793	44.444	4.419
Centri estivi o invernali (compresi i soggiorni climatici o termali)	5.539.899	17.344	319
Altro	5.266.133	5.396	976
Totale strutture comunitarie e residenziali	207.223.825		
Totale strutture	277.455.975		
Totale anziani	1.334.211.143		

Légende :

Tableau 10 – Settore « Persone anziane » : utenti, spese e spese per utente per ogni intervento e servizio sociale – Total Italia – Anno 2012

Voci di spesa = Postes de dépenses

Spesa = Dépenses

Utenti = Utilisateurs

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Interventi e servizi = Interventions et services

Attività di servizio sociale professionale = Activité de service social professionnel

Servizio sociale professionale = Service social professionnel

Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi = Mediation pour le logement et/ou assignation de logement

Servizio di accoglienza anziani presso le famiglie = Service d'accueil chez les familles

Altro = Autre

Totale attività di servizio sociale professionale = Total activités d'aide social professionnel

Integrazione sociale = Inclusion sociale

Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio = Interventions pour l'inclusion sociale des personnes défavorisées ou à risque d'exclusion

Attività ricreative, sociali, culturali = Activité récréatives, sociales, culturelles

Altro = Autre

Totale integrazione sociale = Total inclusion sociale

Assistenza domiciliare = Aide à domicile

Assistenza domiciliare socio-assistenziale = Aide sociale à domicile

Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari = Assistance sociale à domicile complétée par des services de santé

Servizi di prossimità (buon vicinato) = Services de proximité (bon voisinage)

Telesoccorso e teleassistenza = télé-secours et téléassistance

Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario = Chèques-services, allocation de soins, coupon socio-sanitaire

Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio = Distribution des repas et/ou lavage de linge à domicile

Altro = Autre

Totale assistenza domiciliare = Total aide à domicile

Servizi di supporto = Services de soutien

Mensa = Cantine

Trasporto sociale = Transport sociale

Totale servizi di supporto = Total services de soutien

Totale interventi e servizi = Total interventions et services

Trasferimenti in denaro = Transferts d'argent

Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi = Transferts d'argent pour le paiement d'interventions et services

Buoni spesa o buoni pasto = Bons d'achat et timbres alimentaires

Contributi per servizi alla persona = Contributions pour les services personnels

Contributi economici per cura o prestazioni sanitarie = Contributions en argent pour les services de soins ou de santé

Retta per centri diurni = Contributions en argent pour les centres de jours

Retta per altre prestazioni semi-residenziali = Contributions en argent pour les autres services semi-résidentiels

Retta per prestazioni residenziali = Contributions en argent pour les prestations socio-sanitaires à domicile

Contributi economici per il servizio di trasporto = Contributions en argent pour le service de transport

Contributi economici erogati a titolo di prestito = Contributions en argent à titre de prêt

Contributi economici per l'alloggio = Contributions en argent pour le logement

Contributi economici ad integrazione del reddito familiare = Contributions en argent visées à l'intégration du revenu familial

Contributi economici per affido familiare = Contributions en argent pour le placement en famille

Contributi generici ad associazioni sociali = Subventions globales aux associations sociales

Altro = Autre

Totale trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi = Total transferts d'argent pour le paiement d'interventions et services

Strutture = Etablissements

Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale = Centres de jour et structures semi-résidentielles

Centri diurni = Centres de jour

Centri di aggregazione/sociali = Centres communautaires

Altro = Autre

Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale = Total centres de jour et établissements semi-résidentiels

Strutture comunitarie e residenziali = Etablissements communautaires et résidentiels

Strutture residenziali – Etablissements résidentiels

Centri estivi e invernali (compresi i soggiorni climatici o termali) – Centres de jour d’été et d’hiver (y compris les séjours chez les stations climatiques et les termes)

Totale strutture comunitarie e residenziali = Total établissement communautaires et résidentiels

Totale strutture = Total établissements

Totale anziani = Total personnes âgées

Tavola 11 - Area immigrati e nomadi: utenti, spesa e spesa per utente per singoli interventi e servizi sociali. Totale Italia - Anno 2012			
VOCI DI SPESA	Spesa	Utenti	Spesa media per utente
INTERVENTI E SERVIZI			
Attività di servizio sociale professionale:			
Servizio sociale professionale	19.760.228	145.167	136
Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	2.953.944	7.389	400
Altro	1.542.781	17.085	90
Totale attività di servizio sociale professionale	24.256.953		
Integrazione sociale:			
Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	15.430.523	83.830	184
Attività ricreative, sociali, culturali	2.268.694	25.719	88
Servizi di mediazione culturale	8.792.993	90.870	97
Altro	5.147.606	37.020	139
Totale integrazione sociale	31.639.816		
Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo	5.265.232	15.080	349
Assistenza domiciliare:			
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	949.383	730	1.301
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	128.126	231	555
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	218.675	256	854
Altro	722.705	1.083	667
Totale assistenza domiciliare	2.018.889		
Pronto intervento sociale (unità di strada, ecc.)	1.998.460	13.851	144
Totale interventi e servizi	65.179.350		
TRASFERIMENTI IN DENARO			
Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi:			
Buoni spesa o buoni pasto	1.283.582	3.603	356
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	398.084	3.940	101
Retta per prestazioni semi-residenziali	178.569	273	654
Retta per prestazioni residenziali	13.195.262	1.846	7.148
Contributi economici erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	45.313	53	855
Contributi economici per alloggio	15.962.266	14.851	1.075
Contributi economici ad integrazione del reddito familiare	14.258.146	19.988	713
Contributi generici ad associazioni sociali	2.910.136		
Altro	2.376.399	4.376	543
Totale trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi	50.607.757		
STRUTTURE			
Strutture comunitarie e residenziali:			
Strutture residenziali	52.540.362	14.025	3.746
Area attrezzata per nomadi	17.453.240	13.215	1.321
Altro	9.057.928	2.561	3.537
Totale strutture comunitarie e residenziali	79.051.530		
Totale immigrati e nomadi	194.838.637		

Légende :

Tableau 11 – Secteur « Immigrés et nomades » : utilisateurs, dépenses et dépenses par usager pour chaque intervention et service social – Total Italie – Année 2012

Voci di spesa = Postes de dépenses

Spesa = Dépenses

Utenti = Utilisateurs

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Interventi e servizi = Interventions et services

Attività di servizio sociale professionale = Activité de service social professionnel

Servizio sociale professionale = Service social professionnel

Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi = Mediation pour le logement et/ou assignation de logement

Altro = Autre

Totale attività di servizio sociale professionale = Total activités d'aide social professionnel

Integrazione sociale = Inclusion sociale

Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio = Interventions pour l'inclusion sociale des personnes défavorisées ou à risque d'exclusion

Attività ricreative, sociali, culturali = Activité récréatives, sociales, culturelles

Servizi di mediazione culturale = Services de médiation culturelle

Altro = Autre

Totale integrazione sociale = Total inclusion sociale

Interventi e servizi educativo – assistenziali e per l'inserimento lavorativo = Interventions et services pédagogiques, d'assistance et de placement

Assistenza domiciliare = Aide à domicile

Assistenza domiciliare socio-assistenziale = Aide sociale à domicile

Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario = Chèques-services, allocation de soins, coupon socio-sanitaire

Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio = Distribution des repas et/ou lavage de linge à domicile

Altro = Autre

Totale assistenza domiciliare = Total aide à domicile

Pronto intervento sociale (unità di strada ecc.) = Intervention sociale d'urgence (unités de route etc.)

Totale interventi e servizi = Total interventions et services

Trasferimenti in denaro = Transferts d'argent

Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi = Transferts d'argent pour le paiement d'interventions et services

Buoni spesa o buoni pasto = Bons d'achat et timbres alimentaires

Retta per prestazioni semi-residenziali = Contributions en argent pour les services semi-résidentiels

Retta per prestazioni residenziali = Contributions en argent pour les prestations socio-sanitaires à domicile

Contributi economici erogati a titolo di prestito = Contributions en argent à titre de prêt

Contributi economici per l'alloggio = Contributions en argent pour le logement

Contributi economici ad integrazione del reddito familiare = Contributions en argent visées à l'intégration du revenu familial

Contributi generici ad associazioni sociali = Subventions globales aux associations sociales

Altro = Autre

Totale trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi = Total transferts d'argent pour le paiement d'interventions et services

Strutture = Etablissements

Strutture comunitarie e residenziali = Etablissements communautaires et résidentiels

Strutture residenziali – Etablissements résidentiels

Area attrezzata per nomadi = Campements équipés pour les nomades

Totale strutture comunitarie e residenziali = Total établissement communautaires et résidentiels

Totale immigrati e nomadi = Total immigrés et nomades

Tavola 12 - Area povertà, disagio adulti e senza fissa dimora: utenti, spesa e spesa per utente per singoli interventi e servizi sociali. Totale Italia - Anno 2012

VOCI DI SPESA	Spesa	Utenti	Spesa media per utente
INTERVENTI E SERVIZI			
Attività di servizio sociale professionale:			
Servizio sociale professionale	53.056.537	324.274	164
Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi	9.581.049	9.584	1.000
Servizio di accoglienza adulti presso famiglie	32.579	68	479
Altro	1.912.923	12.910	148
Totale attività di servizio sociale professionale	64.583.088		
Integrazione sociale:			
Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio	14.760.039	30.057	491
Attività ricreative, sociali, culturali	1.126.820	7.090	159
Servizio di residenza anagrafica per persone senza fissa dimora	645.940	5.811	111
Altro	3.964.474	11.876	334
Totale integrazione sociale	20.497.273		
Interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo:			
Interventi specifici per persone con disagio mentale	11.595.356	10.327	1.123
Interventi per persone senza fissa dimora	2.184.398	14.714	148
Interventi per tutte le altre categorie del disagio adulti	40.396.042	26.679	1.514
Totale interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inser. lavorativo	54.175.796		
Assistenza domiciliare:			
Assistenza domiciliare socio-assistenziale	11.999.541	4.396	2.730
Assistenza Domiciliare Integrata con servizi sanitari	1.332.633	852	1.564
Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	986.284	1.087	907
Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio	2.341.993	2.154	1.087
Altro	411.342	1.218	338
Totale assistenza domiciliare	17.071.793		
Servizi di supporto:			
Mensa	7.836.015	19.717	397
Trasporto sociale	1.018.623	2.387	427
Distribuzione beni di prima necessità	1.397.363	7.909	177
Servizi per l'igiene personale	667.007	3.049	219
Totale servizi di supporto	10.919.008		
Pronto intervento sociale (unità di strada, ecc.):			
Servizi di pronto intervento per persone senza dimora	4.194.741	22.895	183
Servizi di pronto intervento per le altre categorie del disagio adulti	2.674.513	5.645	474
Totale pronto intervento sociale	6.869.254		
Totale interventi e servizi	174.116.212		
TRASFERIMENTI IN DENARO			
Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi:			
Buoni spesa o buoni pasto	5.173.185	16.571	312
Contributi per servizi alla persona	5.569.230	6.227	894
Contributi economici per cure o prestazioni sanitarie	3.979.745	10.706	372
Retta per centri diurni	415.556	2.682	155
Retta per altre prestazioni semi-residenziali	781.656	543	1.440
Retta per prestazioni residenziali	15.963.119	5.122	3.117
Contributi economici erogati a titolo di prestito (prestiti d'onore)	385.680	1.141	338
Contributi economici per alloggio	76.450.632	88.649	862
Contributi economici ad integrazione del reddito familiare	97.999.197	142.448	688
Contributi economici per l'affido familiare	365.971	239	1.531
Contributi generici ad associazioni sociali	9.914.052		
Contributi economici specifici per disagio mentale	16.211.236	6.609	2.453
Contributi economici per persone senza fissa dimora	735.669	1.096	671
Spese funerarie per cittadini a basso reddito	2.502.400	2.053	1.219
Altro	12.855.183	49.410	260
Totale trasferimenti in denaro	249.302.513		
STRUTTURE			
Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale:			
Centri diurni per persone con disagio mentale	9.425.890	3.966	2.377
Centri diurni per persone senza fissa dimora	1.861.478	5.386	346
Centri diurni per le altre categorie del disagio adulti	1.296.624	1.382	938
Altro	2.065.464	4.319	478
Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale	14.649.456		
Strutture comunitarie e residenziali:			
Dormitori per persone senza fissa dimora	12.653.484	11.121	1.237
Strutture di accoglienza per persone senza fissa dimora	11.170.699	10.068	1.110
Strutture residenziali per le altre categorie del disagio adulti	72.106.885	12.550	5.746
Altro	3.806.938	1.146	3.322
Totale strutture comunitarie e residenziali	99.738.006		
Totale strutture	114.387.462		
Totale povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	537.806.187		

Légende :

Tableau 12 – Settore « Povertà, adulti in difficoltà e senza alloggio » : utilizzatori, spese e spese per utente per ogni intervento e servizio sociale – Total Italia – Anno 2012

Voci di spesa = Postes de dépenses

Spesa = Dépenses

Utenti = Utilisateurs

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Interventi e servizi = Interventions et services

Attività di servizio sociale professionale = Activité de service social professionnel

Servizio sociale professionale = Service social professionnel

Intermediazione abitativa e/o assegnazione alloggi = Médiation pour le logement et/ou assignation de logement

Servizio di accoglienza adulti presso le famiglie = Service d'accueil chez les familles

Altro = Autre

Totale attività di servizio sociale professionale = Total activités d'aide social professionnel

Integrazione sociale = Inclusion sociale

Interventi per integrazione sociale dei soggetti deboli o a rischio = Interventions pour l'inclusion sociale des personnes défavorisées ou à risque d'exclusion

Attività ricreative, sociali, culturali = Activité récréatives, sociales, culturelles

Servizio di residenza anagrafica per persone senza fissa dimora = Service d'enregistrement de domicile pour les personnes sans domicile fixe

Altro = Autre

Totale integrazione sociale = Total inclusion sociale

Interventi e servizi educativo – assistenziali e per l'inserimento lavorativo = Interventions et services pédagogiques, d'aide et de placement

Interventi specifici per persone con disagio mentale = Interventions visées aux personnes en condition de détresse mentale

Interventi per persone senza fissa dimora = Interventions visées aux personnes sans domicile fixe

Interventi per tutte le altre categorie del disagio adulti = Interventions pour toutes les autres catégories de malaise adultes

Totale interventi e servizi educativo-assistenziali e per l'inserimento lavorativo = Total interventions et services pédagogiques, d'aide et de placement

Assistenza domiciliare = Aide à domicile

Assistenza domiciliare socio-assistenziale = Aide sociale à domicile

Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari = Assistance sanitaire à domicile

Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario = Chèques-services, allocation de soins, coupon socio-sanitaire

Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio = Distribution des repas et/ou lavage de linge à domicile

Altro = Autre

Totale assistenza domiciliare = Total aide à domicile

Servizi di supporto = Services de soutien

Mensa = Cantine

Trasporto sociale = Transport sociale

Distribuzione beni di prima necessità = Distribution de biens essentiels

Servizi per l'igiene personale = Services pour l'hygiène corporelle

Totale servizi di supporto = Total services de soutien

Pronto intervento sociale (unità di strada ecc.) = Intervention sociale d'urgence (unité de route)

Servizi di pronto intervento per persone senza dimora = Services d'intervention rapide visés aux sans abri

Servizi di pronto intervento per le altre categorie di disagio adulti = Services d'intervention rapide visés aux autres catégories d'adultes en difficulté

Totale pronto intervento sociale = Total intervention sociale d'urgence

Totale interventi e servizi = Total interventions et services

Trasferimenti in denaro = Transferts d'argent

Trasferimenti in denaro per il pagamento di interventi e servizi = Transferts d'argent pour le paiement d'interventions et services

Buoni spesa o buoni pasto = Bons d'achat et timbres alimentaires

Contributi per servizi alla persona = Contributions en argent pour les services personnels
Contributi economici per cura o prestazioni sanitarie = Contributions en argent pour les services de soins ou de santé
Retta per centri diurni = Contributions en argent pour les centres de jours
Retta per altre prestazioni semi-residenziali = Contributions en argent pour les autres services semi-résidentiels
Retta per prestazioni residenziali = Contributions en argent pour les prestations socio-sanitaires à domicile
Contributi economici erogati a titolo di prestito = Contributions en argent à titre de prêt
Contributi economici per l'alloggio = Contributions en argent pour le logement
Contributi economici ad integrazione del reddito familiare = Contributions en argent visées à l'intégration du revenu familial
Contributi economici per affido familiare = Contributions en argent pour le placement en famille
Contributi generici ad associazioni sociali = Subventions globales aux associations sociales
Contributi economici specifici per disagio mentale = Contributions en argent pour la détresse mentale
Contributi economici per le persone senza fissa dimora = Contributions en argent pour les personnes sans domicile fixe
Spese funerarie per cittadini a basso reddito = Frais funéraires pour les personnes à faible revenu
Altro = Autre

Totale trasferimenti in denaro = Total transferts d'argent pour le paiement d'interventions et services

Strutture = Etablissements

Strutture a ciclo diurno o semi-residenziale = Centres de jour et structures semi-résidentielles

Centri diurni per persone con disagio mentale = Centres de jour pour les personnes atteintes de maladie mentale

Centri diurni per persone senza fissa dimora = Centres de jour pour les personnes sans domicile fixe

Centri diurni per le altre categorie del disagio adulti = Centres de jour pour les autres catégories de malaise adultes

Altro = Autre

Totale strutture a ciclo diurno o semi-residenziale = Total centres de jour et établissements semi-résidentiels

Strutture comunitarie e residenziali = Etablissements communautaires et résidentiels

Dormitori per persone senza fissa dimora = Hébergements nocturnes pour les sans abri

Strutture d'accoglienza per persone senza fissa dimora = Centres d'accueil pour les sans abri

Strutture residenziali per le altre categorie del disagio adulti = Etablissements résidentiels pour les autres catégories d'adultes en difficulté

Altro = Autre

Totale strutture comunitarie e residenziali = Total établissement communautaires et résidentiels

Totale strutture = Total établissements

Totale povertà, disagio adulti e senza fissa dimora = Total pauvreté, malaise adultes et sans domicile fixe

Légende :

Tavola 13 - Area multiutenza: utenti, spesa e spesa per utente per singoli interventi e servizi sociali. Totale Italia - Anno 2012			
VOCI DI SPESA	Spesa	Utenti	Spesa media per utente
INTERVENTI E SERVIZI			
Integrazione sociale			
Servizi di mediazione sociale	5.615.947	37.475	150
Segretariato sociale, informazione e consulenza per l'accesso alla rete dei servizi:			
Segretariato sociale / Porta unitaria per l'accesso ai servizi	80.099.641	2.031.509	39
Centri di ascolto tematici	1.816.523		
Sportelli sociali tematici (compreso informagiovani e sportello immigrati)	21.296.359		
Telefonia sociale per orientare e informare i cittadini sui servizi territoriali	1.052.987		
Totale segretariato sociale	104.265.510		
Prevenzione e sensibilizzazione	11.848.444		
Attività di informazione e sensibilizzazione: campagne informative etc	-		
Unità di strada per la prevenzione e l'informazione	-		
Altre attività di prevenzione	-		
Totale prevenzione e sensibilizzazione	11.848.444		
Azioni di sistema e spese di organizzazione	271.877.434		
Piani di zona	-		
Sistema informativo e osservatori	-		
Sistemi di qualità	-		
Formazione del personale	-		
Ricerca	-		
Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema	-		
Interventi per favorire la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria	-		
Spese di organizzazione (personale amministrativo, tecnico e di gestione)	-		
Altro	-		
Totale azioni di sistema e spese di organizzazione	271.877.434		
Totale multiutenza	393.607.335		

Légende :

Tableau 13 – Secteur « Tous les usagers » : utilisateurs, dépenses et dépenses par usager pour chaque intervention et service social – Total Italie – Année 2012

Voci di spesa = Postes de dépenses

Spesa = Dépenses

Utenti = Utilisateurs

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Interventi e servizi = Interventions et services

Integrazione sociale = Inclusion sociale

Servizi di mediazione sociale = Services de médiation sociale

Segretariato sociale, informazione e consulenza per l'accesso alla rete dei servizi = Secrétariat social, information et consultation pour l'accès au réseau des services

Segretariato sociale/Porta unitaria per l'accesso ai servizi = Secrétariat social/Portail unique pour l'accès aux services

Centri di ascolto tematici = Centres d'écoute

Sportelli sociali tematici (compreso informa giovani e sportello immigrati) = Guichets sociaux (y compris les services d'information pour les jeunes et le guichet immigration)

Telefonia sociale per orientare e informare i cittadini sui servizi territoriali = Centres d'écoute téléphoniques pour l'orientation et l'information des usagers sur les services territoriaux

Totale segretariato sociale = Total secrétariat social

Prevenzione e sensibilizzazione = Prévention e sensibilisation

Attività d'informazione e di sensibilizzazione: campagne informative ecc. = Activité d'information et de sensibilisation: campagnes d'information etc.

Unità di strada per la prevenzione e l'informazione = Unité de route pour la prévention et l'information

Altre attività di prevenzione = Autres activités de prévention

Totale prevenzione e sensibilizzazione = Total prévention et sensibilisation

Azioni di sistema e spese di organizzazione = Actions de système et frais d'organisation

Piani di zona = Plans de zone

Sistema informativo e osservatori = Système d'information et observatoires

Sistemi di qualità = Systèmes de qualité

Formazione del personale = Formation du personnel

Ricerca = Recherche

Altri interventi che favoriscono la programmazione e la crescita del sistema = D'autres interventions favorisant la programmation et le développement du système

Interventi per favorire la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria = Interventions visant à favoriser la réalisation de l'intégration socio-sanitaire

Spese di organizzazione (personale amministrativo, tecnico e di gestione) = Frais d'organisation (personnel administratif, technique et frais courants)

Altro = Autre

Totale azioni di sistema e spese di organizzazione = Total actions de système et frais d'organisation

Totale multiutenza = Total Tous les usagers

Tableau 14 – Le service social professionnel (a): dépenses des communes seules et associées par catégorie d'utilisateurs, par région et par répartition géographique – Année 2012 (valeurs absolues)

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	AREA DI UTENZA							Totale
	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà, disagio adulti e senza dimora		
VALORI ASSOLUTI								
Piemonte	12.535.828	11.268.862	138.114	15.623.165	3.071.612	9.348.537	51.986.116	
Valle d'Aosta/Vall�e d'Aoste	-	-	-	-	-	-	-	
Liguria	4.705.922	1.542.873	276.561	3.222.030	721.016	2.721.559	13.189.961	
Lombardia	40.181.341	9.244.232	729.815	15.339.971	4.030.523	8.283.354	77.809.236	
Trentino-Alto Adige/S�dtirol	5.129.254	1.175.955	233.360	3.953.781	869.950	2.616.484	13.978.784	
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>3.212.550</i>	<i>394.160</i>	<i>233.360</i>	<i>1.001.124</i>	<i>869.950</i>	<i>487.340</i>	<i>6.198.484</i>	
<i>Trento</i>	<i>1.916.704</i>	<i>781.795</i>	-	<i>2.952.657</i>	-	<i>2.129.144</i>	<i>7.780.300</i>	
Veneto	9.102.725	4.690.973	396.333	9.842.302	2.092.935	3.742.279	29.867.547	
Friuli-Venezia Giulia	4.179.192	2.613.672	131.156	6.405.211	986.533	2.959.814	17.275.581	
Emilia-Romagna	13.636.810	4.671.069	301.559	10.744.289	1.588.972	4.038.852	34.981.551	
Toscana	6.999.060	2.597.889	294.371	7.382.607	1.139.632	3.646.360	22.059.919	
Umbria	1.904.936	469.498	152.590	758.663	599.616	728.987	4.614.290	
Marche	1.670.407	709.456	214.318	1.072.842	405.057	610.116	4.682.196	
Lazio	5.942.479	2.045.991	467.554	2.774.303	1.150.315	1.725.801	14.106.443	
Abruzzo	1.846.967	482.935	60.988	411.479	98.369	407.490	3.308.228	
Molise	548.534	181.894	57.057	250.315	49.940	82.237	1.169.977	
Campania	6.738.164	2.825.097	305.090	2.711.975	483.471	2.877.937	15.941.734	
Puglia	8.087.558	1.856.049	568.843	2.780.925	796.842	3.053.383	17.143.600	
Basilicata	815.455	372.928	133.420	567.877	154.719	302.387	2.346.786	
Calabria	937.930	487.857	145.808	299.503	201.507	276.430	2.349.035	
Sicilia	6.003.686	2.462.740	371.265	3.140.634	968.283	2.621.690	15.568.298	
Sardegna	4.826.741	3.672.212	455.607	3.133.763	350.936	3.012.840	15.452.099	
Nord-ovest	57.423.091	22.055.967	1.144.490	34.185.166	7.823.151	20.353.450	142.985.315	
Nord-est	32.047.981	13.151.669	1.062.411	30.945.583	5.538.390	13.357.429	96.103.463	
Centro	16.516.882	5.822.834	1.128.833	11.988.415	3.294.620	6.711.264	45.462.848	
Sud	18.974.608	6.206.760	1.271.206	7.022.074	1.784.848	6.999.864	42.259.360	
Isole	10.830.427	6.134.952	826.872	6.274.397	1.319.219	5.634.530	31.020.397	
ITALIA	135.792.989	53.372.182	5.433.812	90.415.635	19.760.228	53.056.537	357.831.383	

(a) Questa voce comprende gli interventi di consulenza e di informazione sui servizi e sugli interventi sociali, nonch  le attivit  di supporto alle persone in difficolt  nell'individuazione e attivazione di possibili soluzioni ai loro problemi.

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Area di utenza = Secteurs d'utilisation

Famiglie e minori = Familles et mineurs

Disabili = Personnes handicapées

Dipendenze= Dépendances

Anziani = Personnes  g es

Immigrati e nomadi = Immigrés et nomades

Povert , disagio adulti e senza fissa dimora = Pauvreté, adultes en difficulté et sans domicile fixe

Totale = Total

Tableau 15 – Le service social professionnel (a) dans la catégorie famille et mineurs : utilisateurs, dépenses et dépense moyenne par utilisateur, région et répartition géographique – Année 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti	Spesa	Spesa media per utente
Piemonte	73.334	12.535.828	171
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	-	-	-
Liguria	18.794	4.705.922	250
Lombardia	91.486	40.181.341	439
Trentino-Alto Adige/Südtirol	8.140	5.129.254	630
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>3.894</i>	<i>3.212.550</i>	<i>825</i>
<i>Trento</i>	<i>4.246</i>	<i>1.916.704</i>	<i>451</i>
Veneto	71.700	9.102.725	127
Friuli-Venezia Giulia	7.865	4.179.192	531
Emilia-Romagna	57.346	13.636.810	238
Toscana	37.610	6.999.060	186
Umbria	8.777	1.904.936	217
Marche	10.880	1.670.407	154
Lazio	40.501	5.942.479	147
Abruzzo	19.908	1.846.967	93
Molise	3.261	548.534	168
Campania	33.943	6.738.164	199
Puglia	56.594	8.087.558	143
Basilicata	5.750	815.455	142
Calabria	8.379	937.930	112
Sicilia	40.302	6.003.686	149
Sardegna	20.668	4.826.741	234
Nord-ovest	183.614	57.423.091	313
Nord-est	145.051	32.047.981	221
Centro	97.768	16.516.882	169
Sud	127.835	18.974.608	148
Isole	60.970	10.830.427	178
ITALIA	615.238	135.792.989	221

(a) Questa voce comprende gli interventi di consulenza e di informazione sui servizi e sugli interventi sociali, nonché le attività di supporto alle persone in difficoltà nell'individuazione e attivazione di possibili soluzioni ai loro problemi.

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Utenti = Utilisateurs

Spesa = Dépenses

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Tableau 16 – L'assistenza à domicile : dépenses des communes seules et associées par type de prestation, région et répartition géographique – Année 2012 (valeurs absolues)

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Tipo di prestazione							Altro	Totale
	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	Assistenza domiciliare Integrata con servizi sanitari	Servizi di prossimità (buon vicinato)	Telesoccorso e teleassistenza	Voucher, assegno di cura, buono socio-sanitario	Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio			
VALORI ASSOLUTI									
Piemonte	16.625.491	10.890.126	103.871	798.630	27.070.201	1.770.695	1.386.293	58.645.307	
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	6.796.370	820.637	-	46.722	1.093.339	85.490	87.206	8.929.764	
Liguria	11.796.599	251.079	395.674	186.042	6.494.074	960.754	141.892	20.226.114	
Lombardia	85.353.415	987.643	5.112.450	1.090.363	17.599.136	10.055.830	852.910	121.051.747	
Trentino-Alto Adige/Südtirol	32.096.541	327.680	7.000	58.938	3.725.883	4.221.698	75.708	40.513.448	
<i>Bozano/Bozen</i>	<i>13.440.000</i>	-	-	<i>25.907</i>	-	<i>1.390.000</i>	-	<i>14.855.907</i>	
<i>Trento</i>	<i>18.656.541</i>	<i>327.680</i>	<i>7.000</i>	<i>33.031</i>	<i>3.725.883</i>	<i>2.831.698</i>	<i>75.708</i>	<i>25.657.541</i>	
Veneto	21.753.191	17.771.072	25.111	187.421	20.650.602	4.075.178	762.402	65.224.977	
Friuli-Venezia Giulia	15.369.833	1.923.284	102.195	56.881	10.546.880	3.332.223	191.356	31.522.652	
Emilia-Romagna	32.441.437	7.099.959	43.255	607.222	4.068.183	2.135.701	1.754.317	48.150.074	
Toscana	25.771.661	9.380.443	569.565	457.563	7.417.255	1.353.399	1.490.945	46.440.831	
Umbria	3.935.985	2.416.730	-	149.572	216.160	82.314	520.735	7.321.496	
Marche	9.307.395	973.610	30.669	274.099	3.292.254	112.684	392.454	14.383.165	
Lazio	87.629.641	10.080.296	480	3.637.885	825.944	3.080.824	2.381.219	107.636.289	
Abruzzo	12.504.348	2.216.842	14.222	443.290	926.097	35.321	856.338	16.996.458	
Molise	2.291.088	2.708	-	6.414	100.035	74.800	145.247	2.620.292	
Campania	33.030.560	12.474.724	2.400	1.314.999	2.326.737	209.761	518.146	49.877.327	
Puglia	20.419.147	7.030.064	10.329	419.876	8.173.874	1.673.408	3.220.611	40.947.309	
Basilicata	8.317.293	334.918	1.000	42.213	1.560.152	453.558	76.324	10.785.458	
Calabria	6.755.651	925.733	3.187	157.848	293.221	249.914	368.945	8.754.499	
Sicilia	42.924.706	2.046.816	-	265.730	13.943.048	186.467	2.041.621	61.408.388	
Sardegna	57.730.254	3.536.604	4.800	176.328	11.674.609	611.354	15.982.647	89.716.596	
Nord-ovest	120.571.875	12.949.485	5.611.995	2.121.757	52.256.750	12.872.769	2.468.301	208.852.932	
Nord-est	101.661.002	27.121.995	177.561	910.462	38.991.548	13.764.800	2.783.783	185.411.151	
Centro	126.644.682	22.851.079	600.714	4.519.119	11.751.613	4.629.221	4.785.353	175.781.781	
Sud	83.318.087	22.984.989	31.138	2.384.640	13.380.116	2.696.762	5.185.611	129.981.343	
Isole	100.654.960	5.583.420	4.800	442.058	25.617.657	797.821	18.024.268	151.124.984	
ITALIA	532.850.606	91.490.968	6.426.208	10.378.036	141.997.684	34.761.373	33.247.316	851.152.191	

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Tipo di prestazione = Type de prestation

Assistenza domiciliare socio-assistenziale = Aide sociale à domicile

Assistenza domiciliare integrata con i servizi sanitari = L'assistenza sociale à domicile complétée par des services de santé

Servizi di prossimità = Services de proximité (bon voisinage)

Telesoccorso e teleassistenza = Télé-secours et téléassistance

Voucher, assegno di cura e buono socio-sanitario = Chèques-services, allocation de soins, coupon socio-sanitaire

Distribuzione pasti e/o lavanderia a domicilio = Distribution des repas et/ou lavage de linge à domicile

Altro = Autre

Totale = Total

Tableau 17 – L'aide sociale à domicile (a) dans la catégorie famille et mineurs : utilisateurs, dépenses et dépense moyenne par utilisateur, région et répartition géographique – Année 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti	Spesa	Spesa media per utente
Piemonte	1.540	1.658.270	1.077
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	-	-	-
Liguria	85	189.280	2.227
Lombardia	6.966	17.474.716	2.509
Trentino-Alto Adige/Südtirol	473	1.654.487	3.498
<i>Bolzano/Bozen</i>	-	-	-
<i>Trento</i>	473	1.654.487	3.498
Veneto	686	809.192	1.180
Friuli-Venezia Giulia	54	137.143	2.540
Emilia-Romagna	429	1.311.202	3.056
Toscana	866	1.704.840	1.969
Umbria	761	1.408.482	1.851
Marche	262	632.579	2.414
Lazio	2.703	8.412.062	3.112
Abruzzo	578	955.872	1.654
Molise	61	66.934	1.097
Campania	1.091	2.197.721	2.014
Puglia	992	3.315.770	3.343
Basilicata	633	1.883.121	2.975
Calabria	323	309.234	957
Sicilia	989	2.949.815	2.983
Sardegna	295	1.088.493	3.690
Nord-ovest	8.591	19.322.266	2.249
Nord-est	1.642	3.912.024	2.382
Centro	4.592	12.157.963	2.648
Sud	3.678	8.728.652	2.373
Isole	1.284	4.038.308	3.145
ITALIA	19.787	48.159.213	2.434

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale.

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Utenti = Utilisateurs

Spesa = Dépenses

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Tableau 18 – L'aide sociale à domicile (a) dans la catégorie famille et mineurs : indicateurs territoriaux – Année 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indice di copertura territoriale del servizio (c) (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (d) (per 100 persone)
Piemonte	90,0	95,3	0,1
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	-	-	-
Liguria	30,6	26,9	-
Lombardia	78,0	80,8	0,2
Trentino-Alto Adige/Südtirol	97,7	99,1	0,1
<i>Bolzano-Bozen (e)</i>			-
<i>Trento</i>	97,7	99,1	0,2
Veneto	29,8	37,6	-
Friuli-Venezia Giulia	16,1	12,9	-
Emilia-Romagna	20,4	30,5	-
Toscana	70,4	80,6	0,1
Umbria	75,0	78,6	0,2
Marche	7,9	19,2	-
Lazio	53,4	85,1	0,1
Abruzzo	73,1	63,9	0,1
Molise	13,2	10,8	-
Campania	33,8	37,9	-
Puglia	44,6	40,9	-
Basilicata	62,6	68,5	0,2
Calabria	8,1	5,7	-
Sicilia	15,9	39,5	-
Sardegna	13,8	11,2	-
Nord-ovest	77,2	79,3	0,1
Nord-est	36,0	35,7	-
Centro	49,4	74,8	0,1
Sud	36,7	37,1	0,1
Isole	14,9	33,1	-
ITALIA	51,6	53,4	0,1

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale.

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

(c) Quota della popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio. Popolazione di riferimento: numero di componenti delle famiglie con almeno un minore. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano.

(d) Utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione. Popolazione di riferimento: numero di componenti delle famiglie con almeno un minore.

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

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Percentuale di comuni coperti dal servizio = Pourcentage de communes couvertes par le service

Indice di copertura territoriale del servizio = Indicateur de couverture du service sur le territoire (100 personnes)

Indicatore di presa in carico degli utenti = Indicateur de prise en charge des utilisateurs (100 personnes)

a) Ce poste comprend le service d'aide sociale à domicile

b) Pourcentage de communes dans lesquelles le service a été mis en service. Pour le Trentin – Haut Adige, le Nord-est et pour le « total Italie », l'indicateur est calculé au net de la Province de Bolzano.

c) Part de la population de référence résidant dans une commune où le service est présent. Population de référence : nombre des composants des foyers ayant au moins un mineur. Pour le Trentin – Haut Adige, le Nord-est et pour le « total Italie », l'indicateur est calculé au net de la Province de Bolzano.

- d) Utilisateurs sur le total de la population de référence de la Région ou de la répartition géographique. Population de référence : nombre des composants des foyers ayant au moins un mineur.
- e) Pour la Province de Bolzano les données concernant le nombre des communes où le service est actif ne sont pas disponibles.

Tableau 19 – L'aide sociale à domicile (a) dans la catégorie personnes handicapées : utilisateurs, dépenses et dépense moyenne par utilisateur, région et répartition géographique – Année 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti	Spesa	Spesa media per utente
Piemonte	1.914	3.220.963	1.683
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	18	66.016	3.668
Liguria	522	2.078.692	3.982
Lombardia	4.713	13.111.864	2.782
Trentino-Alto Adige/Südtirol	45	208.454	4.632
<i>Bolzano/Bozen</i>	-	-	-
<i>Trento</i>	45	208.454	4.632
Veneto	2.055	2.730.661	1.329
Friuli - Venezia Giulia	215	578.215	2.689
Emilia - Romagna	1.468	3.536.408	2.409
Toscana	1.724	5.837.054	3.386
Umbria	346	1.366.128	3.948
Marche	592	2.022.868	3.417
Lazio	6.509	42.832.863	6.581
Abruzzo	1.670	4.849.508	2.904
Molise	352	660.251	1.876
Campania	3.741	10.567.936	2.825
Puglia	1.159	3.868.116	3.337
Basilicata	969	2.956.165	3.051
Calabria	1.316	2.020.343	1.535
Sicilia	2.537	11.585.580	4.567
Sardegna	6.968	28.260.033	4.056
Nord-ovest	7.167	18.477.535	2.578
Nord-est	3.783	7.053.738	1.865
Centro	9.171	52.058.913	5.676
Sud	9.207	24.922.319	2.707
Isole	9.505	39.845.613	4.192
ITALIA	38.833	142.358.118	3.666
(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale.			

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Utenti = Utilisateurs

Spesa = Dépenses

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Tableau 20 – L'aide sociale à domicile (a) dans la catégorie personnes handicapées : indicateurs territoriaux – Année 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indice di copertura territoriale del servizio (c) (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (d) (per 100 persone)
Piemonte	79,8	69,2	5,0
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	20,3	18,0	2,1
Liguria	75,3	91,0	4,8
Lombardia	66,3	83,5	6,0
Trentino-Alto Adige/Südtirol	62,2	52,7	0,9
<i>Bolzano-Bozen (e)</i>			-
<i>Trento</i>	62,2	52,7	1,8
Veneto	71,1	73,4	5,5
Friuli - Venezia Giulia	60,6	52,2	1,9
Emilia - Romagna	64,4	63,9	5,2
Toscana	89,5	89,6	5,3
Umbria	82,6	70,0	4,1
Marche	64,0	69,7	5,3
Lazio	79,6	88,6	12,2
Abruzzo	92,5	85,6	13,4
Molise	80,9	78,7	12,9
Campania	76,2	77,1	4,5
Puglia	58,9	59,5	2,5
Basilicata	80,9	78,0	14,3
Calabria	34,0	48,4	5,6
Sicilia	44,9	67,4	4,4
Sardegna	66,3	74,1	39,7
Nord-ovest	71,2	79,5	5,6
Nord-est	66,3	66,4	4,6
Centro	79,0	85,4	8,7
Sud	67,5	69,2	5,2
Isole	55,4	68,9	12,6
ITALIA	69,0	74,2	6,9

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale.

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

(c) Quota della popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio. Popolazione di riferimento: persone disabili con età inferiore ai 65 anni. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano.

(d) Utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione. Popolazione di riferimento: persone disabili con età inferiore ai 65 anni.

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

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Percentuale di comuni coperti dal servizio = Pourcentage de communes couvertes par le service

Indice di copertura territoriale del servizio = Indicateur de couverture du service sur le territoire (100 personnes)

Indicatore di presa in carico degli utenti = Indicateur de prise en charge des utilisateurs (100 personnes)

a) Ce poste comprend le service d'aide sociale à domicile

b) Pourcentage de communes dans lesquelles le service a été mis en service. Pour le Trentin – Haut Adige, le Nord-est et pour le « total Italie », l'indicateur est calculé au net de la Province de Bolzano.

c) Part de la population de référence résidant dans une commune où le service est présent. Population de référence : nombre des composants des foyers ayant au moins un mineur. Pour le Trentin – Haut Adige, le Nord-est et pour le « total Italie », l'indicateur est calculé au net de la Province de Bolzano.

- d) Utilisateurs sur le total de la population de référence de la Région ou de la répartition géographique. Population de référence : nombre des composants des foyers ayant au moins un mineur.
- e) Pour la Province de Bolzano les données concernant le nombre des communes où le service est actif ne sont pas disponibles.

Tableau 21 – L'aide sociale à domicile (a) dans la catégorie personnes âgées : utilisateurs, dépenses et dépense moyenne par utilisateur, région et répartition géographique – Année 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti	Spesa	Spesa media per utente
Piemonte	8.480	10.859.160	1.281
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	1.455	6.730.354	4.626
Liguria	4.783	8.989.833	1.880
Lombardia	28.155	54.036.102	1.919
Trentino-Alto Adige/Südtirol	8.545	27.083.488	3.170
<i>Bolzano/Bozen</i>	<i>4.460</i>	<i>13.440.000</i>	<i>3.013</i>
<i>Trento</i>	<i>4.085</i>	<i>13.643.488</i>	<i>3.340</i>
Veneto	13.960	16.524.382	1.184
Friuli - Venezia Giulia	6.699	14.043.914	2.096
Emilia - Romagna	14.366	26.842.757	1.868
Toscana	6.270	16.955.932	2.704
Umbria	531	1.121.575	2.112
Marche	2.325	6.280.369	2.701
Lazio	10.695	33.587.436	3.140
Abruzzo	3.717	6.676.867	1.796
Molise	1.398	1.563.903	1.119
Campania	10.475	20.196.787	1.928
Puglia	5.113	13.208.627	2.583
Basilicata	1.563	3.403.329	2.177
Calabria	3.792	4.371.654	1.153
Sicilia	16.619	28.274.725	1.701
Sardegna	8.423	28.147.512	3.342
Nord-ovest	42.873	80.615.449	1.880
Nord-est	43.570	84.494.541	1.939
Centro	19.821	57.945.310	2.923
Sud	26.058	49.421.167	1.897
Isole	25.042	56.422.237	2.253
ITALIA	157.364	328.898.704	2.090

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale.

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Utenti = Utilisateurs

Spesa = Dépenses

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Tableau 22 – L'aide sociale à domicile (a) dans la catégorie personnes âgées : indicateurs territoriaux – Année 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indice di copertura territoriale del servizio (c) (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (d) (per 100 persone)
Piemonte	96,7	98,5	0,8
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	78,4	84,8	5,3
Liguria	99,1	99,4	1,1
Lombardia	83,7	92,9	1,4
Trentino-Alto Adige/Südtirol	100,0	100,0	4,3
<i>Bolzano-Bozen (e)</i>			4,8
<i>Trento</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	3,9
Veneto	89,0	92,9	1,4
Friuli - Venezia Giulia	100,0	100,0	2,3
Emilia - Romagna	82,2	87,6	1,4
Toscana	92,7	88,8	0,7
Umbria	83,7	73,8	0,3
Marche	81,2	89,7	0,7
Lazio	78,6	89,4	0,9
Abruzzo	96,1	90,9	1,3
Molise	87,5	91,1	2,0
Campania	83,7	86,8	1,1
Puglia	85,7	80,3	0,7
Basilicata	79,4	86,0	1,3
Calabria	44,7	61,1	1,0
Sicilia	73,1	81,4	1,7
Sardegna	92,0	94,2	2,5
Nord-ovest	89,9	95,3	1,2
Nord-est	90,8	91,9	1,7
Centro	83,7	88,0	0,8
Sud	77,2	81,6	1,0
Isole	82,4	84,7	1,9
ITALIA	85,7	89,1	1,3

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale.

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

(c) Quota della popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio. Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano.

(d) Utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione. Popolazione di riferimento: persone con età maggiore di 64 anni.

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

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Percentuale di comuni coperti dal servizio = Pourcentage de communes couvertes par le service

Indice di copertura territoriale del servizio = Indicateur de couverture du service sur le territoire (100 personnes)

Indicatore di presa in carico degli utenti = Indicateur de prise en charge des utilisateurs (100 personnes)

- a) Ce poste comprend le service d'aide sociale à domicile
- b) Pourcentage de communes dans lesquelles le service a été mis en service. Pour le Trentin – Haut Adige, le Nord-est et pour le « total Italie », l'indicateur est calculé au net de la Province de Bolzano.
- c) Part de la population de référence résidant dans une commune où le service est présent. Population de référence : nombre des composants des foyers ayant au moins un mineur. Pour le Trentin – Haut Adige, le Nord-est et pour le « total Italie », l'indicateur est calculé au net de la Province de Bolzano.

- d) Utilisateurs sur le total de la population de référence de la Région ou de la répartition géographique. Population de référence : nombre des composants des foyers ayant au moins un mineur.
- e) Pour la Province de Bolzano les données concernant le nombre des communes où le service est actif ne sont pas disponibles.

Tableau 23 – L'aide sociale à domicile (a) dans la catégorie pauvreté, adultes en difficulté et sans-abris : utilisateurs, dépenses et dépense moyenne par utilisateur, région et répartition géographique – Année 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti	Spesa	Spesa media per utente
Piemonte	632	814.776	1.289
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	-	-	-
Liguria	181	503.354	2.781
Lombardia	249	706.233	2.836
Trentino-Alto Adige/Südtirol	480	3.150.112	6.563
<i>Bolzano/Bozen</i>	-	-	-
<i>Trento</i>	480	3.150.112	6.563
Veneto	828	1.271.831	1.536
Friuli - Venezia Giulia	275	578.408	2.103
Emilia - Romagna	194	740.936	3.819
Toscana	562	1.182.703	2.104
Umbria	13	21.856	1.681
Marche	114	341.856	2.999
Lazio	636	2.161.654	3.399
Abruzzo	1	120	120
Molise	-	-	-
Campania	33	53.916	1.634
Puglia	15	26.634	1.776
Basilicata	33	70.060	2.123
Calabria	32	51.553	1.611
Sicilia	52	113.586	2.184
Sardegna	66	209.953	3.181
Nord-ovest	1.062	2.024.363	1.906
Nord-est	1.777	5.741.287	3.231
Centro	1.325	3.708.069	2.799
Sud	114	202.283	1.774
Isole	118	323.539	2.742
ITALIA	4.396	11.999.541	2.730

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale.

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Utenti = Utilisateurs

Spesa = Dépenses

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Tableau 24 – L'aide sociale à domicile (a) dans la catégorie pauvreté, adultes en difficulté et sans-abris – Année 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indice di copertura territoriale del servizio (c) (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (d) (per 100 persone)
Piemonte	74,6	54,8	-
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	-	-	-
Liguria	22,6	29,5	-
Lombardia	2,1	6,0	-
Trentino-Alto Adige/Südtirol	100,0	100,0	0,1
<i>Bolzano-Bozen (e)</i>			-
<i>Trento</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>0,1</i>
Veneto	45,6	44,4	-
Friuli - Venezia Giulia	42,2	53,7	-
Emilia - Romagna	7,2	10,9	-
Toscana	53,3	48,7	-
Umbria	2,2	2,5	-
Marche	28,9	33,6	-
Lazio	19,6	52,6	-
Abruzzo	0,3	0,3	-
Molise	-	-	-
Campania	1,1	1,8	-
Puglia	0,8	0,3	-
Basilicata	3,8	3,5	-
Calabria	1,0	2,6	-
Sicilia	1,8	2,9	-
Sardegna	2,9	6,7	-
Nord-ovest	32,2	21,5	-
Nord-est	43,9	34,9	-
Centro	29,9	45,2	-
Sud	1,0	1,4	-
Isole	2,3	3,9	-
ITALIA	24,0	21,8	-

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare socio-assistenziale.

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

(c) Quota della popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio. Popolazione di riferimento: persone di età compresa tra i 18 e i 65 anni. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano.

(d) Utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione. Popolazione di riferimento: persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni.

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

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Percentuale di comuni coperti dal servizio = Pourcentage de communes couvertes par le service

Indice di copertura territoriale del servizio = Indicateur de couverture du service sur le territoire (100 personnes)

Indicatore di presa in carico degli utenti = Indicateur de prise en charge des utilisateurs (100 personnes)

a) Ce poste comprend le service d'aide sociale à domicile

b) Pourcentage de communes dans lesquelles le service a été mis en service. Pour le Trentin – Haut Adige, le Nord-est et pour le « total Italie », l'indicateur est calculé au net de la Province de Bolzano.

c) Part de la population de référence résidant dans une commune où le service est présent. Population de référence : nombre des composants des foyers ayant au moins un mineur. Pour le Trentin – Haut Adige, le Nord-est et pour le « total Italie », l'indicateur est calculé au net de la Province de Bolzano.

- d) Utensileurs sur le total de la population de référence de la Région ou de la répartition géographique. Population de référence : nombre des composants des foyers ayant au moins un mineur.
- e) Pour la Province de Bolzano les données concernant le nombre des communes où le service est actif ne sont pas disponibles.

Tableau 25 – L'assistance à domicile complétée par des services de santé (a) dans la catégorie personnes handicapées : utilisateurs, dépenses et dépense moyenne par utilisateur, région et répartition géographique – Année 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti	Spesa	Spesa media per utente
Piemonte	1.846	2.589.149	1.403
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	1	1.732	1.732
Liguria	10	7.294	729
Lombardia	257	168.381	655
Trentino-Alto Adige/Südtirol	-	-	-
<i>Bolzano/Bozen</i>	-	-	-
<i>Trento</i>	-	-	-
Veneto	2.547	3.131.537	1.230
Friuli - Venezia Giulia	11	35.768	3.252
Emilia - Romagna	706	1.480.899	2.098
Toscana	204	592.842	2.906
Umbria	546	1.035.350	1.896
Marche	16	43.696	2.731
Lazio	915	2.722.566	2.975
Abruzzo	512	833.452	1.628
Molise	1	2.708	2.708
Campania	1.556	5.540.969	3.561
Puglia	789	3.033.007	3.844
Basilicata	14	25.918	1.851
Calabria	101	168.177	1.665
Sicilia	356	940.698	2.642
Sardegna	283	2.192.585	7.748
Nord-ovest	2.114	2.766.556	1.309
Nord-est	3.264	4.648.204	1.424
Centro	1.681	4.394.454	2.614
Sud	2.973	9.604.231	3.230
Isole	639	3.133.283	4.903
ITALIA	10.671	24.546.728	2.300

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari.

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Utenti = Utilisateurs

Spesa = Dépenses

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Tableau 26 – L'assistenza à domicile complétée par des services de santé (a) dans la catégorie personnes handicapées : indicateurs territoriaux – Année 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indice di copertura territoriale del servizio (c) (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (d) (per 100 persone)
Piemonte	77,7	77,5	4,8
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	6,8	7,1	0,1
Liguria	3,4	6,0	0,1
Lombardia	5,4	3,6	0,3
Trentino-Alto Adige/Südtirol	-	-	-
<i>Bolzano-Bozen</i> (e)			-
<i>Trento</i>	-	-	-
Veneto	59,7	70,4	6,8
Friuli - Venezia Giulia	12,4	18,3	0,1
Emilia - Romagna	25,6	33,3	2,5
Toscana	33,1	24,6	0,6
Umbria	55,4	59,3	6,5
Marche	6,7	2,8	0,1
Lazio	39,7	20,9	1,7
Abruzzo	62,0	56,9	4,1
Molise	0,7	0,3	-
Campania	48,8	59,2	1,9
Puglia	57,8	57,8	1,7
Basilicata	4,6	4,1	0,2
Calabria	4,6	9,8	0,4
Sicilia	11,3	13,0	0,6
Sardegna	11,1	16,5	1,6
Nord-ovest	33,8	25,9	1,6
Nord-est	33,9	47,6	4,0
Centro	31,3	23,2	1,6
Sud	35,4	49,0	1,7
Isole	11,2	13,8	0,8
ITALIA	31,7	34,0	1,9

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari.

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

(c) Quota della popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio. Popolazione di riferimento: persone disabili con età inferiore ai 65 anni. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano.

(d) Utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione. Popolazione di riferimento: persone disabili con età inferiore ai 65 anni.

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

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Percentuale di comuni coperti dal servizio = Pourcentage de communes couvertes par le service

Indice di copertura territoriale del servizio = Indicateur de couverture du service sur le territoire (100 personnes)

Indicatore di presa in carico degli utenti = Indicateur de prise en charge des utilisateurs (100 personnes)

a) Ce poste comprend le service d'aide sociale à domicile

b) Pourcentage de communes dans lesquelles le service a été mis en service. Pour le Trentin – Haut Adige, le Nord-est et pour le « total Italie », l'indicateur est calculé au net de la Province de Bolzano.

- c) Part de la population de référence résidant dans une commune où le service est présent. Population de référence : nombre des composants des foyers ayant au moins un mineur. Pour le Trentin – Haut Adige, le Nord-est et pour le « total Italie », l'indicateur est calculé au net de la Province de Bolzano.
- d) Utilisateurs sur le total de la population de référence de la Région ou de la répartition géographique. Population de référence : nombre des composants des foyers ayant au moins un mineur.
- e) Pour la Province de Bolzano les données concernant le nombre des communes où le service est actif ne sont pas disponibles.

Tableau 27 – L'assistance à domicile complétée par des services de santé (a) dans la catégorie personnes âgées : utilisateurs, dépenses et dépense moyenne par utilisateur, région et répartition géographique – Année 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti	Spesa	Spesa media per utente
Piemonte	8.564	8.288.590	968
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	146	818.905	5.609
Liguria	298	241.583	811
Lombardia	3.658	819.262	224
Trentino-Alto Adige/Südtirol	117	296.224	2.532
<i>Bolzano/Bozen</i>	-	-	-
<i>Trento</i>	117	296.224	2.532
Veneto	38.956	14.239.417	366
Friuli - Venezia Giulia	546	1.791.336	3.281
Emilia - Romagna	4.748	5.591.760	1.178
Toscana	7.905	8.736.000	1.105
Umbria	1.188	1.368.459	1.152
Marche	249	929.914	3.735
Lazio	3.715	6.670.550	1.796
Abruzzo	746	1.383.390	1.854
Molise	-	-	-
Campania	2.178	6.922.467	3.178
Puglia	1.480	3.997.057	2.701
Basilicata	113	309.000	2.735
Calabria	928	757.556	816
Sicilia	493	1.106.113	2.244
Sardegna	354	1.344.019	3.797
Nord-ovest	12.666	10.168.340	803
Nord-est	44.367	21.918.737	494
Centro	13.057	17.704.923	1.356
Sud	5.445	13.369.470	2.455
Isole	847	2.450.137	2.893
ITALIA	76.382	65.611.607	859

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Utenti = Utilisateurs

Spesa = Dépenses

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Tableau 28 – L'assistenza à domicile complétée par des services de santé (a) dans la catégorie personnes âgées : indicateurs territoriaux – Année 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indice di copertura territoriale del servizio (c) (per 100 persone)	Indicatore di presa in carico degli utenti (d) (per 100 persone)
Piemonte	89,0	89,3	0,8
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	28,4	21,4	0,5
Liguria	13,2	50,7	0,1
Lombardia	13,1	7,4	0,2
Trentino-Alto Adige/Südtirol	40,1	32,3	0,1
<i>Bolzano-Bozen (e)</i>			-
<i>Trento</i>	<i>40,1</i>	<i>32,3</i>	<i>0,1</i>
Veneto	83,1	90,0	3,9
Friuli - Venezia Giulia	30,3	45,3	0,2
Emilia - Romagna	31,9	32,8	0,5
Toscana	73,9	70,7	0,9
Umbria	42,4	57,2	0,6
Marche	6,7	21,2	0,1
Lazio	48,7	72,0	0,3
Abruzzo	64,9	68,2	0,3
Molise	-	-	-
Campania	47,2	61,0	0,2
Puglia	51,2	61,2	0,2
Basilicata	3,8	4,2	0,1
Calabria	18,1	24,8	0,2
Sicilia	6,9	14,2	0,1
Sardegna	13,8	9,6	0,1
Nord-ovest	43,4	36,7	0,4
Nord-est	54,8	58,3	1,8
Centro	45,3	63,4	0,5
Sud	37,4	52,3	0,2
Isole	10,3	13,0	0,1
ITALIA	41,0	47,2	0,6

(a) Questa voce comprende il servizio di assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari.

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

(c) Quota della popolazione di riferimento che risiede in un comune in cui è presente il servizio. Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano.

(d) Utenti sul totale della popolazione di riferimento della regione o della ripartizione. Popolazione di riferimento: persone con età maggiore o uguale a 65 anni.

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

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Percentuale di comuni coperti dal servizio = Pourcentage de communes couvertes par le service

Indice di copertura territoriale del servizio = Indicateur de couverture du service sur le territoire (100 personnes)

Indicatore di presa in carico degli utenti = Indicateur de prise en charge des utilisateurs (100 personnes)

a) Ce poste comprend le service d'aide sociale à domicile

b) Pourcentage de communes dans lesquelles le service a été mis en service. Pour le Trentin – Haut Adige, le Nord-est et pour le « total Italie », l'indicateur est calculé au net de la Province de Bolzano.

c) Part de la population de référence résidant dans une commune où le service est présent. Population de référence : nombre des composants des foyers ayant au moins un mineur. Pour le Trentin – Haut Adige, le Nord-est et pour le « total Italie », l'indicateur est calculé au net de la Province de Bolzano.

- d) Utilisateurs sur le total de la population de référence de la Région ou de la répartition géographique. Population de référence : nombre des composants des foyers ayant au moins un mineur.
- e) Pour la Province de Bolzano les données concernant le nombre des communes où le service est actif ne sont pas disponibles.

Tableau 29 – Chèques-services, allocation de soins et coupon socio-sanitaire : dépenses des communes seules et associées par catégorie d'utilisateurs, région et répartition géographique – Année 2012 (valeurs absolues)

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	AREA DI UTENZA						
	Famiglia e minori	Disabili	Dipendenze	Anziani	Immigrati e nomadi	Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora	Totale
VALORI ASSOLUTI							
Piemonte	1.700	4.884.207	1.000	22.124.463	-	58.831	27.070.201
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	-	-	-	1.093.339	-	-	1.093.339
Liguria	33.600	1.602.696	-	4.857.778	-	-	6.494.074
Lombardia	1.202.488	4.940.703	-	11.234.778	87.112	134.055	17.599.136
Trentino-Alto Adige/Südtirol	-	1.266.244	-	2.459.639	-	-	3.725.883
<i>Bolzano/Bozen</i>	-	-	-	-	-	-	-
<i>Trento</i>	-	1.266.244	-	2.459.639	-	-	3.725.883
Veneto	357.381	2.355.663	5.795	17.685.138	20.267	226.358	20.650.602
Friuli - Venezia Giulia	69.903	1.646.852	-	8.792.202	-	37.923	10.546.880
Emilia - Romagna	23.000	1.380.682	-	2.649.001	-	15.500	4.068.183
Toscana	65.712	1.103.759	-	6.247.784	-	-	7.417.255
Umbria	40.804	59.800	-	115.556	-	-	216.160
Marche	27.000	351.193	1.300	2.877.321	5.000	30.440	3.292.254
Lazio	40.375	447.496	-	336.373	-	1.700	825.944
Abruzzo	-	411.757	-	363.640	200	150.500	926.097
Molise	20.650	40.091	-	10.034	-	29.260	100.035
Campania	4.915	900.873	3.000	1.405.749	12.000	200	2.326.737
Puglia	81.574	4.012.503	11.760	4.051.147	2.400	14.490	8.173.874
Basilicata	62.524	650.159	-	826.039	-	21.430	1.560.152
Calabria	18.864	121.969	-	63.788	-	88.600	293.221
Sicilia	988.516	9.037.052	-	3.765.086	1.147	151.247	13.943.048
Sardegna	110.027	9.540.325	600	1.997.907	-	25.750	11.674.609
Nord-ovest	1.237.788	11.427.606	1.000	39.310.358	87.112	192.886	52.256.750
Nord-est	450.284	6.649.441	5.795	31.585.980	20.267	279.781	38.991.548
Centro	173.891	1.962.248	1.300	9.577.034	5.000	32.140	11.751.613
Sud	188.527	6.137.352	14.760	6.720.397	14.600	304.480	13.380.116
Isole	1.098.543	18.577.377	600	5.762.993	1.147	176.997	25.617.657
ITALIA	3.149.033	44.754.024	23.455	92.956.762	128.126	986.284	141.997.684

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Area di utenza = Secteurs d'utilisation

Famiglie e minori = Familles et mineurs

Disabili = Personnes handicapées

Dipendenze= Dépendances

Anziani = Personnes âgées

Immigrati e nomadi = Immigrés et nomades

Povertà, disagio adulti e senza fissa dimora = Pauvreté, adultes en difficulté et sans domicile fixe

Totale = Total

Tableau 30 – Les crèches (a) : utilisateurs, dépenses des communes, coparticipation des utilisateurs et dépense totale par région, répartition géographique et type de service – Année 2012

REGIONI E RIPARTIZIONI GEOGRAFICHE	Utenti (b)	Spesa dei comuni singoli o associati	Compartecipazione degli utenti	Totale spesa impegnata (Spesa pubblica e degli utenti)	Percentuale di spesa pagata dagli utenti	Spesa media per utente	
						Quota pagata dai comuni	Quota pagata dagli utenti
Totale asili nido (c)							
Piemonte	14.329	95.127.204	26.066.421	121.193.625	22,0	6.639	
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste	606	6.800.085	1.790.534	8.590.619	21,0	11.221	2.000
Liguria	4.733	40.257.535	5.652.532	45.910.517	12,0	8.495	
Lombardia	41.428	205.115.195	70.316.038	275.429.283	26,0	4.947	
Trentino-Alto Adige/Südtirol	4.787	37.744.137	11.507.183	49.251.320	23,0	7.885	2.000
<i>Bolzano/Bozen</i>	1.630	9.359.222	3.258.000	12.617.252	26,0	5.742	1.500
Trento	3.157	28.384.815	8.249.183	36.634.068	23,0	8.991	2.000
Veneto	13.429	73.558.577	22.496.756	96.055.133	23,0	5.478	
Friuli-Venezia Giulia	4.175	25.426.430	5.587.947	31.014.377	18,0	6.090	
Emilia-Romagna	30.021	193.441.356	54.233.820	247.675.186	22,0	6.441	
Toscana	18.323	106.607.400	30.261.439	136.868.889	22,0	5.799	
Umbria	3.196	21.542.336	5.163.007	26.705.643	19,0	6.740	
Marche	6.493	29.022.569	10.646.832	39.669.401	27,0	4.466	
Lazio	26.055	270.071.792	41.229.232	311.301.024	13,0	10.365	
Abruzzo	2.914	15.491.547	3.561.351	19.053.398	19,0	5.316	
Molise	727	1.984.498	466.877	2.451.375	19,0	2.730	
Campania	3.395	27.259.504	2.287.703	29.547.507	8,0	8.027	
Puglia	4.407	22.805.728	3.109.040	25.914.768	12,0	5.175	
Basilicata	925	3.979.768	979.426	4.959.194	20,0	4.302	
Calabria	1.060	3.121.573	547.209	3.668.782	15,0	2.945	
Sicilia	7.533	61.728.397	4.314.669	66.043.566	7,0	6.194	
Sardegna	4.511	22.455.669	3.460.834	25.916.733	13,0	4.978	
Nord-ovest	61.132	347.298.419	103.825.625	451.124.044	23,0	5.681	1.698
Nord-est	52.422	330.170.300	93.825.716	423.996.016	22,0	6.298	1.790
Centro	54.133	427.244.397	87.300.560	514.544.957	17,0	7.892	1.613
Sud	13.429	74.642.918	10.952.106	85.595.024	13,0	5.558	816
Isole	12.044	84.184.466	7.775.833	91.960.299	8,0	6.990	646
ITALIA	193.160	1.263.540.500	303.679.840	1.567.220.340	19,0	6.541	1.572

(a) Sono comprese sia le strutture comunali che le rette e i contributi pagati dai comuni per gli utenti di asilo nido privati.

(b) Bambini iscritti al 31/12/2012.

(c) Nella definizione rientrano, oltre agli asili nido tradizionali, i micronidi e le sezioni primavera.

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Utenti = Utilisateurs

Spesa dei comuni singoli o associati = Dépenses des communes seules ou associées

Compartecipazione degli utenti = Coparticipation des utilisateurs

Totale spesa pubblica impegnata (spesa pubblica degli utenti) = Total dépenses engagées (dépenses publiques et des utilisateurs)

Percentuale di spesa pagata dagli utenti = Pourcentage des dépenses payée par les utilisateurs

Spesa media per utente = Dépense moyenne par utilisateur

Quota pagata dai comuni = Quote-part payée par les communes

Quota pagata dagli utenti = Quote-part payée par les utilisateurs

Tableau 31 – Les crèches (a) : indicateurs territoriaux – Année 2012

REGIONE E RIPARTIZIONE GEOGRAFICA	Percentuale di comuni coperti dal servizio (b)	Indice di copertura territoriale del servizio (c) (per 100 bambini 0-2 anni residenti nella regione)	Indicatore di presa in carico degli utenti (d) (per 100 residenti 0-2 anni)
Piemonte		27,6	77,2
Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste		85,1	96,7
Liguria		71,9	92,4
Lombardia		87,6	96,8
Trentino-Alto Adige/Südtirol		63,1	83,2
<i>Bolzano/Bozen (e)</i>
<i>Trento</i>		63,1	83,2
Veneto		80,0	90,1
Friuli - Venezia Giulia		100,0	100,0
Emilia - Romagna		85,3	98,4
Toscana		77,4	96,2
Umbria		55,4	91,7
Marche		53,6	88,8
Lazio		28,6	82,2
Abruzzo		36,4	77,7
Molise		22,1	61,0
Campania		17,2	40,3
Puglia		36,0	65,9
Basilicata		31,3	65,0
Calabria		8,8	40,4
Sicilia		34,6	68,5
Sardegna		30,8	71,7
Nord-ovest	62,7	91,4	14,2
Nord-est	81,9	94,0	16,4
Centro	51,1	88,0	17,3
Sud	22,7	52,1	3,5
Isole	32,7	69,2	6,8
ITALIA	52,7	79,4	11,9
(a)	Questa voce comprende sia le strutture comunali che le rette pagate dai comuni per gli utenti di asilo nido privati.		
(b)	Percentuale di comuni in cui è attivo il servizio. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano.		
(c)	Percentuale di bambini tra 0 e 2 anni che risiede in comuni in cui è presente il servizio. Per il Trentino-Alto Adige, il Nord-est e per il totale Italia l'indicatore è calcolato al netto della provincia di Bolzano.		
(d)	Utenti per 100 bambini tra 0 e 2 anni.		
(e)	Per la provincia di Bolzano non è disponibile il dato relativo al numero di comuni coperti dal servizio.		

Légende :

Regioni e ripartizioni geografiche = Régions et répartitions géographiques

Percentuale di comuni coperti dal servizio = Pourcentage de communes couvertes par le service

Indice di copertura territoriale del servizio = Indicateur de couverture du service sur le territoire (100 enfants âgés de 0 à 2 ans résidant dans la Région)

Indicatore di presa in carico degli utenti = Indicateur de prise en charge des utilisateurs (100 enfants âgés de 0 à 2 ans)

- Ce poste comprend soit les crèches communales soit les contributions en argent pour les enfants des crèches privés.
- Pourcentage de communes dans lesquelles le service a été mis en service. Pour le Trentin – Haut Adige, le Nord-est et pour le « total Italie », l'indicateur est calculé au net de la Province de Bolzano.
- Pourcentage des enfants âgés de 0 à 2 ans résidant dans les communes où le service est présent. Pour le Trentin – Haut Adige, le Nord-est et pour le « total Italie », l'indicateur est calculé au net de la Province de Bolzano.
- Utilisateurs par rapport à 100 enfants âgés de 0 à 2 ans.

- e) Pour la Province de Bolzano les données concernant le nombre des communes où le service est actif ne sont pas disponibles.

Le rapport précédent avait présenté les résultats de l'essai du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) qui peut être défini comme un ensemble d'« interventions visant à atteindre l'intégration sociale et l'indépendance économique des individus et des familles bénéficiaires, grâce à des programmes personnalisés et des transferts d'argent s'ajoutant au revenu ». L'essai de l'institution devait précéder la mise en place d'une mesure universelle d'aide au revenu qui, actuellement, n'est pas prévue en Italie. Bien que l'essai n'ait pas toujours donné les résultats escomptés et que la persistance de la crise économique nationale ait détourné l'attention vers d'autres problèmes, en utilisant les ressources disponibles à l'aide des travailleurs exposés au risque de chômage, l'intérêt pour un outil universel en mesure de fournir une aide précieuse contre le risque de pauvreté et d'exclusion sociale n'a jamais disparu. Cela est également confirmé, outre le débat parlementaire de ces dernières années, par la présentation d'un projet de loi spécial - l'A.S. 1148 - le 29 octobre 2013, portant sur la « *Mise en place du revenu citoyen et délégation au gouvernement pour l'introduction du salaire minimum horaire* ».

Le Comité européen des droits sociaux envisage une disparité entre les collectivités locales en ce qui concerne le montant des prestations économiques en faveur des familles en difficulté. À cet égard, il est à noter que les allocations familiales, la principale prestation d'aide au revenu, sont versées directement par l'INPS¹ dans la même mesure à tous les ayant-droits. La commune de résidence doit certifier que les familles demandant la prestation répondent aux exigences.

Les **allocations familiales** (dites A.N.F.) sont versées par l'I.N.P.S. après que les communes de résidence aient délivré un certificat démontrant que les familles demandant les allocations répondent aux exigences. Les bénéficiaires des allocations sont les citoyens italiens, les citoyens européens résidant en Italie, ainsi que les ressortissants de pays tiers, à condition qu'ils soient des résidents de longue durée ou qu'ils possèdent un permis de séjour. Une autre condition prévue pour bénéficier de l'A.N.F. est que les familles demandeuses soient composées d'**au moins trois enfants âgés de moins de 18 ans**. Outre les familles composées de conjoints, les concubins et même ceux qui ont la garde de mineurs et qui résident avec les demandeurs peuvent demander l'A.N.F. Pour bénéficier des allocations familiales, le revenu résultant de la dernière déclaration ne doit pas être supérieur à celui prévu par l'Isee (indicateur de situation économique équivalente), soit 25 384,91 € pour 2015 (indiqué pour une famille de cinq personnes). Le droit de bénéficier des allocations peut être exercé dès lors que les exigences prévues sont respectées, et plus précisément : en présence des conditions de revenu à partir du 1^{er} janvier de l'année en cours, en cas d'enfants mineurs à partir du mois où cette condition est présente. La **demande pour bénéficier des allocations** doit être présentée à sa propre commune avec le modèle Isee renouvelé chaque année. La commune vérifie ensuite que les conditions soient remplies et transmet à l'Inps l'ordre de paiement. Les allocations,

¹ Institut national italien de la prévoyance sociale

qui sont réévaluées chaque année en fonction des indices de l'Istat, sont versées pendant **13 mois**. Pour 2015, le montant mensuel des allocations familiales est passé à 141,30 euros.

Le tableau suivant montre les dépenses totales engagées en 2014 pour les Allocations familiales² (incluant également la part concernant les allocations pour le congé de mariage) qui étaient de 5 393 millions d'euros. Bien sûr, la partie la plus importante se réfère aux dépenses pour les ANF destinées aux familles des salariés, atteignant 4 249 millions d'euros. Les contributions correspondantes encaissées au cours de l'année ont été de 6 401 millions d'euros.

TRATTAMENTI DI SOSTEGNO AL REDDITO FAMILIARE ANNO 2014

TIPO DI INTERVENTO	Spesa per prestazioni (*) (milioni di euro)	Contributi incassati (milioni di euro)
Assegni per il nucleo familiare di lavoratori dipendenti	4.249	6.401
Assegni per il nucleo familiare di disoccupati	330	
Assegni per il nucleo familiare di pensionati	801	
Assegno per congedo matrimoniale	13	
Totale Gestione Prestazioni Temporanee	5.393	6.401

*Dati a maggio 2015. Al lordo quota a carico GLAS pari a 1.705 mln.

Légende :

Prestations économiques d'aide au revenu familial. Année 2014

Type d'intervention Dépenses pour les prestations (millions d'euros)

Contributions encaissées (millions d'euros)

Allocations familiales pour les travailleurs salariés

Allocations familiales pour les chômeurs

Allocations familiales pour les personnes à la retraite

Allocation pour le congé de mariage

Total Gestion Prestations Temporaires

² Source : INPS – Rapport annuel 2014

LAVORATORI DIPENDENTI DEL SETTORE PRIVATO: BENEFICIARI DI ASSEGNI AL NUCLEO FAMILIARE PER REGIONE • ANNI 2013-2014*

Regione	2013	2014	% Nazionale	Var % su base Annuale
Piemonte	206.901	206.842	7,3	0,0
Valle D'Aosta	5.467	5.481	0,2	0,3
Lombardia	518.706	522.494	18,5	0,7
Trentino-Alto Adige	51.560	52.012	1,8	0,9
Veneto	264.992	265.427	9,4	0,2
Friuli Venezia Giulia	56.279	56.707	2,0	0,8
Liguria	58.771	58.814	2,1	0,1
Emilia-Romagna	216.845	219.200	7,8	1,1
Toscana	160.298	161.907	5,7	1,0
Umbria	41.069	40.387	1,4	-1,7
Marche	76.577	75.848	2,7	-1,0
Lazio	260.053	259.597	9,2	-0,2
Abruzzo	65.994	65.202	2,3	-1,2
Molise	12.179	11.585	0,4	-4,9
Campania	290.375	288.389	10,2	-0,7
Puglia	189.312	186.742	6,6	-1,4
Basilicata	27.897	27.547	1,0	-1,3
Calabria	62.173	60.783	2,1	-2,2
Sicilia	209.459	201.848	7,1	-3,6
Sardegna	65.076	63.545	2,2	-2,4
Italia	2.839.983	2.830.357	100,0	-0,3
Nord	1.379.521	1.386.977	49,0	0,5
Centro	537.997	537.739	19,0	0,0
Sud e Isole	922.465	905.641	32,0	-1,8
Eestero	433	443	0,0	2,3
Totale	2.840.416	2.830.800	100,0	-0,3

*Dati provvisori definiti sulla base dei dati di archivio a maggio 2015

Légende :

Travailleurs salariés du secteur privé : nombre des bénéficiaires de l'allocation familiale par Région – Années 2013 et 2014

Region 2013 2014 %Nation Variations en pourcentage sur une base annuelle

ASSEGNI AL NUCLEO FAMILIARE (Pagamento diretto) • ANNI 2013-2014*

TITOLARI	DOMANDE PERVENUTE			DOMANDE DEFINITE		
	2013	2014	VAR. %	2013	2014	VAR. %
Parasubordinati	31.720	28.410	-10,4	31.943	28.365	-11,2
Domestici	173.716	187.006	7,7	178.482	205.099	14,9
CD/CM	24.469	25.707	5,1	24.504	26.018	6,2

*Dati estratti dalla procedura "Verifica" a febbraio 2015.

Légende :

Allocations familiales (paiement direct) – Années 2013-2014

Bénéficiaires Demandes présentées Demandes définies

Employés semi-subordonnés

Employés de maison

Propriétaires exploitant (agricoles), Colons, Métayers

Le Comité européen des droits sociaux a demandé une mise à jour sur le seuil de pauvreté. Ci-après figurent les tableaux contenant les seuils de pauvreté calculés par l'ISTAT en 2014 rappelant, cependant, que la méthode de calcul utilisée par l'Institut national de la statistique est sensiblement différente de la méthode EUROSTAT reposant sur le revenu moyen ajusté.

L'incidence de la pauvreté absolue est calculée sur la base d'un seuil correspondant aux dépenses mensuelles minimum nécessaires pour acquérir le panier de biens et de services qui, dans le contexte italien et pour une famille, est considéré comme essentiel pour un niveau de vie minimum acceptable. On classe comme absolument pauvres les familles ayant des dépenses mensuelles égales ou inférieures à la valeur de seuil (qui se différencie par la taille et la composition par âge de la famille, par répartition géographique et taille démographique de la commune de résidence). La nouvelle enquête sur les dépenses, parmi les différentes modifications effectuées, inclut également dans les dépenses engagées par les familles certains biens et services qui, auparavant, n'étaient pas pris en compte dans l'ensemble des dépenses utilisé pour estimer la pauvreté absolue. Les seuils représentent les valeurs par rapport auxquelles on compare les dépenses de consommation d'une famille afin de la classer comme absolument pauvre ou pas pauvre. Par exemple, un adulte (18-59 ans) qui vit seul est considéré comme absolument pauvre si ses dépenses sont inférieures ou égales à 816,84 euros par mois, s'il réside dans une zone métropolitaine du Nord, à 732,45 euros s'il habite dans une petite commune du Nord et à 548,70 euros s'il réside dans une petite commune du Sud.

Tableau 1 – Seuils mensuels de pauvreté absolue par types de familles, répartition géographique et type de commune. Année 2014, en euros

TIPOLOGIA FAMILIARE	Nord			Centro			Mezzogiorno		
	Area metropolitana	Grandi comuni	Piccoli comuni	Area metropolitana	Grandi comuni	Piccoli comuni	Area metropolitana	Grandi comuni	Piccoli comuni
1 comp. 18-59	816,84	777,68	732,45	782,87	742,29	695,42	605,43	584,73	548,70
1 comp. 60-74	786,29	747,13	701,90	757,06	716,48	669,61	579,74	559,04	523,01
1 comp. 75+	745,91	706,75	661,52	720,94	680,36	633,49	543,85	523,15	487,12
2 comp. 18-59	1126,08	1078,82	1025,23	1066,30	1017,33	961,80	862,60	838,41	796,77
2 comp. 60-74	1065,48	1018,22	964,63	1014,72	965,75	910,22	811,31	787,12	745,48
2 comp. 75+	994,05	946,79	893,20	950,79	901,82	846,29	747,74	723,55	681,91
1 comp. 60-74 e 1 comp. 75+	1029,49	982,23	928,64	982,50	933,53	878,00	779,27	755,08	713,44
1 comp. 18-59 e 1 comp. 75+	1058,22	1010,96	957,37	1006,89	957,92	902,39	803,52	779,33	737,69
1 comp. 18-59 e 1 comp. 60-74	1095,11	1047,85	994,26	1039,94	990,97	935,44	836,38	812,19	770,55
1 comp. 11-17 e 1 comp. 18-59	1140,40	1093,14	1039,55	1078,98	1030,01	974,48	875,69	851,50	809,86
1 comp. 4-10 e 1 comp. 18-59	1084,77	1037,51	983,92	1031,10	982,13	926,60	827,88	803,69	762,05
1 comp. 18-59 e 2 comp. 75+	1268,70	1214,16	1153,18	1202,32	1145,81	1082,62	976,10	948,89	902,51
1 comp. 18-59 e 1 comp. 60-74 e 1 comp. 75+	1303,26	1248,72	1187,74	1233,29	1176,78	1113,59	1006,90	979,69	933,31
1 comp. 18-59 e 2 comp. 60-74	1338,37	1283,83	1222,85	1264,76	1208,25	1145,06	1038,20	1010,99	964,61
2 comp. 18-59 e 1 comp. 75+	1333,94	1279,40	1218,42	1259,52	1203,01	1139,82	1032,98	1005,77	959,39
2 comp. 18-59 e 1 comp. 60-74	1370,01	1315,47	1254,49	1291,84	1235,33	1172,14	1065,13	1037,92	991,54
3 comp. 18-59	1403,10	1348,56	1287,58	1320,20	1263,69	1200,50	1093,34	1066,13	1019,75
1 comp. 11-17 e 2 comp. 18-59	1416,14	1361,60	1300,62	1331,74	1275,23	1212,04	1105,21	1078,00	1031,62
1 comp. 4-10 e 2 comp. 18-59	1366,78	1312,24	1251,26	1289,27	1232,76	1169,57	1062,83	1035,62	989,24
1 comp. 0-3 e 2 comp. 18-59	1268,28	1213,74	1152,76	1200,05	1143,54	1080,35	973,51	946,30	899,92
2 comp. 18-59 e 2 comp. 60-74	1619,25	1551,84	1478,04	1525,46	1455,60	1379,14	1259,50	1227,25	1173,06
3 comp. 18-59 e 1 comp. 60-74	1653,45	1586,04	1512,24	1554,91	1485,05	1408,59	1288,77	1256,52	1202,33
4 comp. 18-59	1689,24	1621,83	1548,03	1585,75	1515,89	1439,43	1319,45	1287,20	1233,01
1 comp. 11-17 e 3 comp. 18-59	1701,52	1634,11	1560,31	1596,60	1526,74	1450,28	1330,62	1298,37	1244,18
2 comp. 11-17 e 2 comp. 18-59	1713,83	1646,42	1572,62	1607,46	1537,60	1461,14	1341,82	1309,57	1255,38
1 comp. 4-10 e 1 comp. 11-17 e 2 comp. 18-59	1668,80	1601,39	1527,59	1568,77	1498,91	1422,45	1303,17	1270,92	1216,73
2 comp. 4-10 e 2 comp. 18-59	1623,31	1555,90	1482,10	1529,68	1459,82	1383,36	1264,15	1231,90	1177,71
1 comp. 0-3 e 1 comp. 4-10 e 2 comp. 18-59	1526,82	1459,41	1385,61	1442,24	1372,38	1295,92	1176,62	1144,37	1090,18
1 comp. 4-10 e 3 comp. 18-59	1656,44	1589,03	1515,23	1557,85	1487,99	1411,53	1291,94	1259,69	1205,50
2 comp. 0-3 e 2 comp. 18-59	1432,77	1365,36	1291,56	1357,01	1287,15	1210,69	1091,28	1059,03	1004,84
3 comp. 18-59 e 1 comp. 75+	1617,26	1549,85	1476,05	1522,48	1452,62	1376,16	1256,50	1224,25	1170,06
1 comp. 0-3 e 1 comp. 11-17 e 2 comp. 18-59	1572,21	1504,80	1431,00	1481,26	1411,40	1334,94	1215,57	1183,32	1129,13
5 comp. 18-59	1947,83	1870,18	1786,43	1824,14	1743,68	1656,90	1526,98	1490,95	1431,06
1 comp. 11-17 e 4 comp. 18-59	1959,63	1881,98	1798,23	1834,55	1754,09	1667,31	1537,69	1501,66	1441,77
1 comp. 4-10 e 2 comp. 11-17 e 2 comp. 18-59	1941,57	1863,92	1780,17	1819,61	1739,15	1652,37	1523,41	1487,38	1427,49
2 comp. 11-17 e 3 comp. 18-59	1971,44	1893,79	1810,04	1844,98	1764,52	1677,74	1548,42	1512,39	1452,50
1 comp. 4-10 e 1 comp. 11-17 e 3 comp. 18-59	1929,69	1852,04	1768,29	1809,13	1728,67	1641,89	1512,62	1476,59	1416,70
2 comp. 4-10 e 1 comp. 11-17 e 2 comp. 18-59	1899,44	1821,79	1738,04	1783,46	1703,00	1616,22	1487,31	1451,28	1391,39

Source : ISTAT – « La pauvreté en Italie. Année 2014 »

Légende :

Area metropolitana = Zone métropolitaine

Grandi comuni = Grandes communes

Piccoli comuni = Petites communes

Au cours de la même année, EUROSTAT a calculé le seuil de pauvreté en Italie pour un travailleur à 727 euros par mois.

Le Comité européen des droits sociaux a demandé de confirmer que les droits sociaux et civiques des personnes italiennes ou étrangères dans le besoin ne sont soumis à aucune restriction. À cet égard, il est précisé ce qui suit.

La Constitution italienne, tel qu'expliqué à plusieurs reprises, reconnaît et garantit les droits inviolables de l'homme, aussi bien en tant qu'individu que dans les formations sociales où s'exerce sa personnalité, et exige l'accomplissement des devoirs de solidarité politique, économique et sociale auxquels il ne peut être dérogé (article 2).

Les droits civiques garantis aux citoyens italiens et européens sont : le droit de vote et d'éligibilité, le droit de pétition et le droit d'accès à la fonction publique.

Outre les droits fondamentaux et les droits civiques qui se réfèrent aux citoyens en tant qu'individus, la Constitution reconnaît des droits «sociaux» qui concernent les besoins des citoyens en tant que membres d'une communauté. Un vaste secteur est celui de la sécurité sociale, à savoir la réalisation des conditions de vie minimales pour tous. C'est dans ce secteur que l'on parle de droit à la santé (art. 32), grâce auquel les soins sont garantis même aux indigents. Le droit à l'éducation (art. 34) se concrétise par la scolarité obligatoire, ouverte à tous dans des conditions d'égalité et de gratuité. Au-delà de la scolarité obligatoire, la Constitution prévoit que les élèves doués et méritants, même s'ils sont dépourvus de moyens financiers, aient le droit d'atteindre les degrés les plus élevés des études grâce à des aides économiques. Il y a ensuite les droits sociaux qui ont trait à l'économie, en particulier le droit au travail (art. 35). La Constitution affirme que le travail est un droit du citoyen et qu'il est du devoir de l'État d'intervenir par tous les moyens pour permettre à chacun de pouvoir travailler. Cela ne donne pas automatiquement à quiconque la possibilité d'obtenir un emploi : c'est plutôt un programme de l'État qui doit créer des conditions favorables pour le développement de l'emploi. Pour faire en sorte que les travailleurs soient en mesure de faire valoir efficacement leurs revendications, la Constitution leur reconnaît le droit de grève (art. 40), c'est-à-dire le droit d'arrêter de travailler pour protester (contre des salaires trop bas, des conditions de travail trop dures, etc.) sans encourir de sanctions (par exemple le licenciement) de la part de l'employeur. En outre, chaque citoyen inapte au travail en raison de problèmes physiques et dépourvu de moyens pour vivre a le droit à une aide de l'État (art. 38). Cette aide est également accordée en cas d'accident, de maladie et de chômage involontaire. L'article 38 stipule : *“Tout citoyen inapte au travail et dépourvu de moyens d'existence nécessaires a droit au secours et à l'assistance sociale. Les travailleurs ont droit à ce que des moyens d'existence appropriés à leurs nécessités soient prévus et assurés en cas d'accident, de maladie, d'invalidité et de vieillesse, de chômage involontaire. Les citoyens inaptes et les handicapés ont droit à l'éducation et à la formation professionnelle. Des organismes et des instituts créés ou aidés par l'État pourvoient aux mesures prévues dans cet article. L'assistance privée est libre”*.

L'assistance sociale se traduit par une série d'aides en faveur de tous les citoyens dont les revenus sont inférieurs à une limite prédéterminée et qui, à cause de leur grand âge ou de leurs conditions

mentales ou physiques, peuvent être considérés comme *inaptes au travail*. Cette protection est mise en œuvre notamment à travers des *prestations périodiques de retraite* (par exemple, l'allocation sociale, les pensions aux citoyens mutilés et aux invalides civils, etc.) visant à garantir «*les nécessités vitales minimales*», qui sont entièrement à la charge de la République. Elle peut donc être considérée comme l'expression la plus directe de la *solidarité collective*. Cette disposition fait écho de manière exacte et articulée à l'art. 34 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, consacré à la sécurité sociale et l'aide sociale. Le constituant a également prévu, comme tâche première de l'État, la *protection du travailleur* (et des membres de sa famille à sa charge) contre les risques de détérioration et de perte de sa capacité de travailler à la suite d'événements prédéterminés (naturels ou liés au travail effectué). La protection est mise en œuvre par le système de la **sécurité sociale** (qui, contrairement à l'aide sociale, ne s'adresse *qu'aux travailleurs*) : elle se compose de prestations économiques (indemnités et retraites) et médicales qui créent une forme obligatoire de prévention des *risques professionnels* (accident du travail, maladies professionnelles, chômage involontaire, etc.) et *non professionnels* (maladie, invalidité, vieillesse, décès) impliquant une réduction de la capacité de travailler de la personne. La fonction socio-économique des prestations de la sécurité sociale consiste donc à *réintégrer l'énergie de travail perdue et à faire face à des situations de nécessité*, en versant à la personne lésée le nécessaire pour «*ses nécessités vitales*», c'est-à-dire lui garantir un niveau de revenu général pour le moins approprié, pour lui assurer une existence libre et digne. En ce qui concerne les **inaptes au travail** et les **personnes handicapées**, en plus du secours et de l'assistance, une position d'**avantage** leur est garantie dans la formation professionnelle : invalides civils, aveugles, sourds-muets, handicapés mentaux bénéficiant d'un mécanisme de *placement obligatoire* grâce auquel ils sont en mesure de s'insérer dans la *vie productive nationale* (Cour constitutionnelle, arrêt n° 55/1961).

Le système d'assistance sociale en vigueur a été défini par la loi 328/2000 («*Loi-cadre pour la réalisation d'un système intégré d'interventions et de services sociaux*»), visant à promouvoir des interventions sociales, socio-sanitaires et d'assistance en mesure de garantir une aide concrète aux personnes et aux familles en difficulté. La loi identifie les bénéficiaires (ressortissants italiens, européens ou de pays tiers en séjour régulier sur le territoire de l'État, ainsi que les réfugiés ou les apatrides auxquels sont garanties les mesures de première assistance), les services prévus et les prestataires (État, régions et collectivités locales). La loi a reconnu le rôle essentiel joué par les communes car ce sont elles qui gèrent et coordonnent les initiatives pour créer le système local du réseau des services sociaux. Pour cela, les communes doivent faire participer les établissements de santé, les autres collectivités locales et les associations d'habitants et coopérer avec eux. Les communes doivent :

- déterminer les paramètres pour l'évaluation des conditions de pauvreté, de revenu limité et d'incapacité totale ou partielle en raison d'un handicap physique ou mental, ainsi que les conditions correspondantes pour bénéficier des prestations ;
- autoriser, introduire et surveiller les services sociaux et les établissements de résidence et de semi-résidence publics et privés ;
- garantir le droit des citoyens à participer au contrôle de la qualité des services.

Les communes sont donc chargées d'octroyer les différentes prestations sociales aux personnes répondant aux paramètres qu'elles ont fixés et résidant sur leur territoire au moment du dépôt de la demande. La condition essentielle pour bénéficier des services ou des mesures économiques octroyés par les communes est celle de la résidence, d'abord sur le territoire national, puis sur le territoire communal. *Selon le Comité européen des droits sociaux, l'introduction de la condition de résidence pour accéder aux prestations économiques et aux services sociaux des communes exclurait de l'accès à ces avantages un grand nombre de personnes, comme les personnes sans domicile fixe.* À cette fin, il convient de préciser que les règles qui prévoient la résidence "*en temps réel*" sont également applicables aux enregistrements à l'état civil des personnes "*sans domicile fixe habituel*". Cela signifie que les officiers d'état civil doivent également effectuer ce type d'enregistrement particulier au cours des deux jours ouvrables qui suivent le dépôt de la demande, quitte à vérifier par la suite l'existence effective du domicile sur le territoire communal selon ce qui sera précisé ci-dessous. D'un point de vue méthodologique, il convient de garder à l'esprit que le domicile est une notion flexible et qu'en tant que tel, il est susceptible d'englober différentes situations personnelles, patrimoniales, existentielles et relationnelles, à évaluer au cas par cas. Par ailleurs, la vérification du domicile, contrairement à la résidence, ne requiert pas la présence physique de la personne à l'adresse indiquée de manière habituelle et principale. L'adresse du domicile pourrait donc correspondre à un ou plusieurs lieux qui concernent le domaine juridique d'autres individus, comme le propriétaire du bar qui lui offre généralement un cappuccino chaud le matin, les habitants de l'immeuble sous lequel se trouve le porche où le sans-abri se réfugie les nuits où il pleut ou encore le responsable de la communauté religieuse ou de l'association qui prêtent assistance en offrant des repas chauds et/ou un abri pour la nuit aux personnes dans le besoin. En présentant la "*Déclaration de résidence*", l'intéressé devra présenter non seulement le consentement des éventuelles personnes concernées par l'adresse du domicile déclaré, mais également toute la documentation servant à démontrer le domicile sur le territoire, ou au moins fournir les renseignements utiles pour résumer son *modus vivendi* réel et les rapports existant avec le territoire communal. L'absence de cette documentation et/ou de ces renseignements entraînera la "*non recevabilité*" de la demande, étant donné que l'officier d'état civil n'aura pas les éléments nécessaires pour vérifier l'existence effective du domicile. Avec la circulaire n° 19 du 7 septembre 2009, le Ministère de l'Intérieur a précisé que l'art. 3, alinéa 38 de la loi n° 94 du 15 juillet 2009 doit être interprété en ce sens que les personnes sans domicile fixe, dont un domicile a été enregistré à l'état civil, doivent pouvoir être joignables. Afin d'assurer cette disponibilité, la personne "*sans domicile fixe habituel*" devra indiquer une ou plusieurs adresses où elle peut être contactée. Dans la plus simple des hypothèses, cette adresse pourra correspondre au domicile déclaré, à condition qu'il s'agisse d'une adresse entendue dans le sens traditionnel du terme (rue, numéro de rue, numéro de porte). Autrement, une ou plusieurs adresses où le sans-abri pourra être contacté devront être indiquées, sous peine de communication des raisons s'opposant à l'acceptation de la demande, en vertu de l'art. 10-bis de la loi n° 241 du 7 août 1990, si cette impossibilité de le contacter se produit dans les 45 jours qui suivent l'enregistrement à l'état civil. Si l'impossibilité de le contacter se produit après la conclusion de la procédure d'enregistrement, une procédure d'annulation d'office devra être lancée. Si aucune adresse, entendue au sens large, à laquelle le sans-abri déclare pouvoir

être contacté, n'est indiquée, cela entraînera la "*non recevabilité*" de la demande car ce manquement – comme il a été dit – est contraire à l'esprit de la nouvelle réglementation (loi n° 94/2009), selon l'interprétation du Ministère de l'Intérieur. D'un point de vue opérationnel, la personne "sans domicile fixe habituel" a la possibilité d'indiquer sa propre adresse auprès d'un bureau de poste situé sur le territoire communal, où elle devra disposer d'une boîte postale à son nom. Cette possibilité permet d'indiquer comme lieu de résidence l'adresse du bureau de poste, avec le numéro de la boîte attribuée au sans-abri. Au vu de ces précisions, il s'ensuit que même les personnes sans domicile fixe habituel peuvent s'enregistrer à l'état-civil auprès d'un domicile et donc présenter à la commune la demande de services ou de prestations d'assistance sociale.

En ce qui concerne en revanche la jouissance des droits sociaux, notamment le droit à l'assistance sociale, de la part des ressortissants européens et de pays tiers, il est précisé ce qui suit.

Les droits fondamentaux des étrangers sont liés à l'essence de tout État et à son rôle dans la protection des personnes. Ce principe est contenu dans l'art. 2 de la Constitution italienne (voir ci-dessus). En outre, l'art. 10, alinéa 2 de la Constitution prévoit que la condition juridique de l'étranger soit fixée par la loi, conformément aux normes et aux traités internationaux. En vertu de cette réserve renforcée de la loi, l'étranger qui se trouve sur le territoire de l'État est titulaire de droits fondamentaux, c'est-à-dire des droits et des libertés qui concernent la protection des nécessités vitales de la condition humaine et ayant une dimension universaliste qui dépasse la limite de la territorialité et qui ne dépend pas du lien de citoyenneté. La Cour constitutionnelle a en effet affirmé que le principe d'égalité prévu par l'art. 3 de la Constitution ne doit pas être considéré de manière isolée, mais doit être interprété aussi bien en relation avec l'art. 2 qui, prévoyant la reconnaissance et la garantie des "*droits inviolables de l'homme*", ne fait pas de distinction entre les citoyens et les étrangers mais garantit les droits fondamentaux même aux étrangers (voir l'arrêt de la Cour constitutionnelle n° 199 du 18 juillet 1986), qu'en relation avec l'art. 10, alinéa 2 de la Constitution qui fait référence à des usages et des actes internationaux qui assurent largement la protection des droits fondamentaux des étrangers. Par conséquent, la Cour conclut en affirmant que "*s'il est vrai que l'art. 3 ne se réfère expressément qu'aux citoyens, il est également vrai que le principe d'égalité est aussi valable pour les étrangers lorsqu'il s'agit de respecter ces droits fondamentaux*", c'est-à-dire les "*droits inviolables de l'homme, garantis aux étrangers même en conformité avec l'ordre juridique international*" (voir l'arrêt de la Cour constitutionnelle n° 104/1969). Toutefois, tous les droits fondamentaux prévus dans la Constitution ne sont pas également attribuables aux étrangers. Un ensemble de droits matériels et procéduraux inhérents à la dignité de la personne est accordé aux étrangers qui se trouvent en Italie. Il s'agit de certains droits qui, en soi, sont déjà garantis par la Constitution et définis par de nombreuses règles internationales en vigueur en Italie et donc constitutionnellement contraignantes. Les ressortissants des États membres de l'Union européenne résidant en Italie et les membres de leur famille de pays tiers habitant avec eux bénéficient d'un traitement quasi identique à celui des citoyens italiens (art. 19 du décret législatif n° 30 du 6 février 2007, en application de la directive 2004/38/CE relative au droit des ressortissants de l'Union européenne et de leur famille de circuler et de séjourner librement sur

le territoire des États membres), alors qu'aux ressortissants de pays tiers sont accordés les droits fondamentaux de la personne humaine prévus par les règles de droit interne, par les conventions internationales en vigueur et par les principes de droit international généralement reconnus (art. 2, alinéa 1 du décret législatif n° 286 du 25 juillet 1998, *Texte unique des dispositions concernant la réglementation de l'immigration et règles sur la condition de l'étranger*).

Les droits fondamentaux des étrangers présents en Italie se résument ainsi :

- 1) *le droit à la vie*, y compris l'interdiction d'être condamné à mort. À cet égard, la Cour constitutionnelle a expressément reconnu que le droit à la vie est un droit inviolable des étrangers (arrêt n° 54/1979) et que l'interdiction de la peine de mort prévue par l'art. 27 de la Constitution est absolue et inéluctable et entraîne la non-extradition de l'étranger pour un délit que la loi étrangère permet également de punir avec la peine de mort (arrêt n° 223/1996) ;
- 2) *le droit à la liberté et à la sécurité de la personne, sauf en cas d'arrestation ou de détention légitimes* avec les garanties et les limites similaires à celles prévues par l'art. 13 de la Constitution ;
- 3) *le droit de ne pas être réduit en esclavage ou d'être contraint à un travail forcé* (art. 4 de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales – CEDH) ;
- 4) *le droit de ne pas être soumis à des peines, des traitements ou des punitions cruels, inhumains ou dégradants* (art. 3 CEDH ; article 13, alinéa 3 et 27 alinéa 3 de la Constitution) ;
- 5) *le droit au respect de la vie privée et familiale, du domicile et du courrier, sans aucune ingérence qui n'est pas prévue par la loi*, selon les modalités et les limites prévues par la loi qui constituent une mesure nécessaire pour la sécurité nationale, pour la sécurité publique, pour le bien-être économique du pays, pour la défense de l'ordre et pour la prévention de la criminalité, pour la protection de la santé ou de la morale ou pour la protection des droits et des libertés d'autrui. En ce qui concerne les droits liés à l'unité familiale, fixés par les articles 29, 30 et 31 de la Constitution, la jurisprudence constitutionnelle (arrêts n° 28/1995 et 203/1997) déclare que l'exigence de la *vie commune du ménage* est ancrée dans les règles constitutionnelles qui assurent une protection à la famille, et en particulier aux enfants mineurs. Par conséquent, le droit et le devoir d'entretenir, d'instruire et d'élever les enfants (art. 30 de la Constitution), et donc de les garder avec soi, et le droit des parents et des enfants mineurs à une vie commune sous le signe de l'unité familiale sont des valeurs fondamentales de la personne qui reviennent donc en principe même aux étrangers ;
- 6) *le droit de manifester librement sa pensée, y compris la liberté d'opinion et la liberté de recevoir ou de communiquer des informations ou des idées sans ingérence, à l'exception des limites fixées par la loi* qui constituent une mesure nécessaire pour la sécurité nationale, pour l'intégrité territoriale, pour la sécurité publique, pour la défense de l'ordre et pour la prévention de la criminalité, pour la protection de la santé ou de la morale ou pour garantir

- l'autorité et l'impartialité du pouvoir judiciaire pour la protection de la réputation ou des droits d'autrui et des informations d'ordre confidentiel (art. 10 CEDH ; art. 21 de la Constitution);
- 7) *le droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion, y compris la liberté de changer de religion ou de conviction, ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction individuellement ou collectivement, en public ou en privé, par le culte, l'enseignement, les pratiques et l'accomplissement des rites, à l'exception des limites prévues par la loi qui constituent une mesure nécessaire pour la sécurité publique, pour la défense de l'ordre et pour la protection des droits et des libertés d'autrui. Par ailleurs, dans le système constitutionnel italien, la liberté de religion de l'individu se joint à la liberté d'organisation de chaque confession religieuse et à leur égalité devant la loi (art. 9 CEDH; articles 19, 20 et 21 de la Constitution) ;*
 - 8) *le droit à la reconnaissance de la personnalité moral, de la capacité juridique ou de la nationalité, sans aucune privation pour des motifs politiques (art. 22 de la Constitution) ;*
 - 9) *le droit au respect du principe de légalité en matière pénale, c'est-à-dire l'interdiction d'être condamné pour un acte ou une omission qui, au moment où il a été commis, ne constituait pas un délit selon la loi (art. 25 de la Constitution) ;*
 - 10) *le droit à la liberté de réunion pacifique et à la liberté d'association, y compris le droit de fonder avec d'autres des syndicats et d'adhérer à des syndicats pour défendre ses propres intérêts (articles 17, 18 et 39 de la Constitution ; Convention de l'OIT n° 87 du 9 juillet 1948 concernant la liberté d'adhésion et la garantie du droit d'adhésion, ratifiée et rendue exécutoire par la loi n° 367 du 23 mars 1958);*
 - 11) *le droit de se marier et de fonder une famille dans laquelle les époux doivent jouir des mêmes droits et des mêmes responsabilités entre eux et vis-à-vis de leurs enfants à toutes les étapes de la relation (art. 29 de la Constitution) ;*
 - 12) *le droit à l'instruction, y compris le droit des parents d'assurer l'éducation et l'enseignement selon leurs convictions religieuses et philosophiques, selon les modalités et les limites similaires à celles prévues aux articles 30 alinéa 1, 33 et 34 de la Constitution ;*
 - 13) *le droit d'ester en justice pour la protection de ses droits en matière civile, pénale et administrative devant un juge indépendant et établi préalablement par la loi, qui devra examiner l'affaire en toute impartialité, publiquement et dans un délai raisonnable, sans préjudice de la présomption d'innocence de l'accusé jusqu'à ce que sa culpabilité n'ait été légalement établie par un arrêt définitif (articles 24 alinéa 1, 27 alinéa 2, 101 alinéa 2 et 111 de la Constitution);*
 - 14) *le droit à la défense, y compris le droit de se faire assister gratuitement par un avocat, à défaut de moyens pour en payer un de confiance, et par un interprète, ainsi que le droit d'obtenir une indemnisation pour un emprisonnement injustement subi (article 24, alinéas 2, 3, 4 et article 111 de la Constitution).*

Le droit à la santé et à l'assistance sociale des étrangers

Comme on le sait, l'art. 117, alinéa 1, paragr. a) et b) de la Constitution italienne attribue au pouvoir exclusif de l'État la réglementation du statut juridique des étrangers, de l'immigration et du droit d'asile, mais le Texte unique des lois sur l'immigration, adopté par le décret législatif n° 286/1998, attribue aux régions la réglementation de plusieurs aspects des politiques sociales. Par conséquent, la jurisprudence reconnaît la possibilité d'interventions législatives de la part des régions en ce qui concerne le phénomène de l'immigration des ressortissants de pays tiers, tel que prévu par l'art. 1, alinéa 4 du décret législatif n° 286/1998, étant entendu que *“ce pouvoir législatif ne peut pas concerner des aspects liés aux politiques de programmation des flux d'entrée et de séjour sur le territoire national mais d'autres domaines, comme le droit à l'éducation ou à l'assistance sociale, attribués à la compétence partagée et résiduelle des régions”* (Cour constitutionnelle, arrêt n° 134/2010). En effet, selon la Cour, l'intervention de l'État en ce qui concerne les étrangers ne peut pas se limiter au contrôle de leur entrée et de leur séjour sur le territoire national, mais doit nécessairement prendre en compte d'autres domaines – de l'assistance sociale à l'éducation, de la santé au logement – qui concernent de nombreuses compétences réglementaires, dont certaines sont attribuées à l'État et d'autres aux régions (Cour constitutionnelle – arrêts n° 156/2006 et 300/2005). Pour les ressortissants d'autres États membres de l'Union européenne, le décret législatif n° 30/2007³ prévoit un traitement identique à celui des citoyens italiens en ce qui concerne l'accès aux services sociaux, même si au cours des trois premiers mois après leur entrée ils bénéficient des soins de santé uniquement par le biais de la *carte européenne d'assurance maladie* (CEAM) délivrée par leur pays d'origine et ils n'ont pas accès aux prestations d'assistance sociale. Ensuite, lorsqu'ils ont le droit de séjour, ils bénéficient des soins de santé même à travers une couverture d'assurance ou l'inscription volontaire au système national de santé. Toutefois, selon la Cour constitutionnelle, ces critères doivent être harmonisés avec les règles de l'ordre constitutionnel italien qui garantissent la protection des droits fondamentaux et qui imposent l'égalité de traitement des ressortissants européens qui se trouvent dans une situation régie par le droit de l'Union européenne. Compte tenu de ce principe, la Cour a exclu, en examinant les griefs soulevés contre les lois régionales (de la Toscane et des Pouilles), qu'elles violent la compétence législative de l'État en matière de relations avec l'Union européenne (art. 117, alinéa 2, paragr. a) de la Constitution) car elles se limitent *“à assurer, même aux citoyens néo-communautaires, les prestations auxquelles ils ont droit conformément aux obligations communautaires et concernant les secteurs relevant de leur compétence, partagée ou résiduelle, liés à la santé, à l'éducation, à l'accès à l'emploi et au logement et à la formation professionnelle”* (arrêt n° 269/2010). Les règles régionales sont donc légitimes car elles s'inscrivent dans un cadre réglementaire visant à favoriser l'intégration complète, même des citoyens néo-communautaires, ce qui est une condition sine qua non pour la mise en œuvre des dispositions communautaires en matière de citoyenneté européenne (arrêt n° 299/2010). L'arrêt n° 299/2010 a déclaré la légitimité de la loi n° 32/2009 de la région des

³ *“Mise en œuvre de la directive 2004/38/CE relative au droit des ressortissants de l'Union et de leur famille de circuler et de séjourner librement sur le territoire des États membres”.*

Pouilles qui prévoit que les ressortissants de pays tiers non-inscrits au service national de santé, mais qui, conformément à la réglementation étatique (art. 35 du Texte unique sur l'immigration), sont pris en charge et identifiés par le code STP (étranger temporairement présent), aient également le droit de choisir leur médecin généraliste (non prévu par les règles de l'État). Selon la Cour, cette disposition n'a aucune incidence sur les restrictions concernant le type de soins auxquels l'étranger en séjour irrégulier a droit (soins immédiats ou essentiels, même à caractère continu).

En revanche, l'accès aux prestations, y compris les prestations économiques, d'assistance sociale sur un pied d'égalité avec les citoyens italiens n'est autorisé aux étrangers que s'ils possèdent un permis de séjour de longue durée ou un permis de séjour d'une validité d'au moins un an (art. 41 du Texte unique sur l'immigration) et aux étrangers auxquels une forme de protection internationale a été accordée (statut de réfugié ou de protection subsidiaire, art. 27 du décret législatif n° 251/2007)⁴. Selon la Cour constitutionnelle, le droit à l'assistance et au secours des invalides pour des raisons professionnelles (art. 38 de la Constitution) ne peut pas être refusé aux étrangers en séjour régulier lorsqu'il s'agit de personnes auxquelles la loi autorise l'accès au marché du travail. Dans ce cas, l'accès au placement obligatoire des invalides doit également être autorisé (arrêt n° 252/1998). En ce qui concerne l'extension aux étrangers d'une partie des mesures d'assistance sociale prévues par l'article 38 de la Constitution, l'art. 41 du Texte unique sur l'immigration est très important. En effet, cet article étend explicitement aux étrangers possédant un titre de séjour, aux étrangers en séjour régulier depuis au moins un an et aux mineurs étrangers inscrits sur les titres et les permis de séjour de ces étrangers la possibilité de bénéficier de toutes les aides et les prestations, même économiques, d'assistance sociale déjà prévues pour les citoyens italiens par l'État, les régions et les collectivités locales, y compris celles qui s'adressent à ceux qui souffrent de la maladie de Hansen (lèpre) ou de tuberculose, aux sourds-muets, aux aveugles et aux personnes les plus démunies. Le législateur est ensuite intervenu sur cette question, y compris pour des raisons économiques, avec des règles comportant une restriction par rapport à la règle générale d'égalité de traitement dans l'accès à l'assistance sociale visé à l'art. 41 du Texte unique. L'art. 80, alinéa 19 de la loi 388/2000 (Loi budgétaire pour 2001) est une loi cruciale qui limitait uniquement aux étrangers possédant un titre de séjour :

a) l'allocation sociale ;

b) les aides économiques qui constituent des droits matériels en fonction de la législation en vigueur en matière de services sociaux (article 2, alinéa 2 et article 24 de la loi n° 328/2000⁵), c'est-à-dire les allocations et les indemnités découlant de l'invalidité civile, de la cécité et de la surdi-mutité ;

⁴ "Mise en œuvre de la directive 2004/83/CE concernant les règles minimales relatives à l'octroi, aux ressortissants de pays tiers ou aux apatrides, du statut de réfugié ou de personne qui, pour d'autres raisons, a besoin d'une protection internationale, et concernant également les règles minimales relatives au contenu de la protection accordée".

⁵ "Loi-cadre pour la réalisation d'un système intégré d'interventions et de services sociaux".

c) l'allocation de maternité accordée aux femmes qui ne bénéficiaient d'aucune protection économique relative à la maternité, pour chaque enfant né après juillet 2000 ou pour chaque enfant mineur adopté ou en placement en vue de l'adoption à partir de la même date ;

d) l'allocation de maternité pour les emplois atypiques et discontinus qui était versée, pour chaque enfant né ou pour chaque mineur en placement en vue de l'adoption ou adopté sans placement, aux femmes pour lesquels des cotisations sont en cours ou ont été versées pour la protection sociale obligatoire de la maternité.

Cette règle a cependant été jugée partiellement inconstitutionnelle à la suite des décisions suivantes :

- les arrêts n° 306/2008 et n° 11/2009 de la Cour constitutionnelle ont déclaré que la règle qui prévoyait que les étrangers devaient posséder un titre de séjour (aujourd'hui permis de séjour CE pour les résidents de longue durée) pour accéder respectivement aux prestations sociales d'invalidité et d'incapacité (art. 80, alinéa 19 de la loi n° 388/2000, en se référant respectivement à l'art. 1 de la loi n° 18 du 11 février 1989 pour l'indemnité d'accompagnement et à l'art. 12) est inconstitutionnelle en raison de la violation du principe d'égalité. Toujours selon la Cour, l'irrationalité manifeste de l'exigence d'une telle obligation (à savoir le titre de séjour, dont la délivrance est subordonnée au fait de posséder un revenu) semble incompatible avec la finalité de la garantie du droit fondamental à la santé poursuivie par la prestation sociale d'invalidité et est d'autant plus illogique et déraisonnable vis-à-vis de l'accès à l'indemnité d'incapacité qui, si elle est à son tour liée à une limite de revenu, empêcherait aux étrangers en séjour régulier d'en bénéficier en raison du cercle vicieux engendré par cette exigence de revenu. Dans l'arrêt n° 306/2008, la Cour constitutionnelle a souligné que le principe de l'égalité des droits entre les étrangers en séjour régulier et les citoyens doit trouver un écho dans le cas où les aides d'assistance se réfèrent à l'exercice des droits fondamentaux, comme le droit à la santé, considéré comme un droit aux traitements possibles et partiels en cas de détérioration causée par des maladies graves, comme dans le cas des indemnités d'accompagnement prévues par l'art. 1 de la loi n° 11 du 2 février 1980. Pour cette raison, la Cour conclut donc que la réglementation blâmée viole l'article 10, alinéa 1 de la Constitution *“étant donné les règles du droit international généralement reconnues incluent celles qui, en garantissant les droits fondamentaux de la personne quelle que soit son appartenance à certaines entités politiques, interdisent les discriminations contre les étrangers en séjour régulier sur le territoire de l'État”*. Avec l'arrêt n° 11/2009, la Cour a déclaré que l'art. 80, alinéa 19 de la loi n° 388 du 23 décembre 2000 et l'art. 9, alinéa 1 du décret législatif n° 286/1998, tel que modifié par la loi n° 189 du 30 juillet 2002 puis remplacé par le décret législatif n° 3/2007, sont constitutionnellement illégitimes dans la mesure où ils excluent que la pension d'incapacité totale de travail prévue par la loi n° 118 du 30 mars 1971 puisse être attribuée aux ressortissants de pays tiers uniquement car ils ne répondent pas aux exigences de revenu

déjà établies pour le titre de séjour et maintenant prévues pour le permis de séjour CE pour les résidents de longue durée. La Cour a rappelé ce qui a déjà été affirmé en ce qui concerne l'indemnité d'accompagnement pour incapacité totale de travail dans l'arrêt n° 306/2008, en constatant le caractère irrationnel et intrinsèque du cadre réglementaire et la différence de traitement qu'il détermine entre les citoyens et les étrangers en séjour régulier et non occasionnel en Italie ;

- l'arrêt n° 187/2010 déclare également que l'art. 80, alinéa 2 de la loi n° 388 du 23 décembre 2000 est inconstitutionnel dans la mesure où il subordonne à l'obligation de posséder un titre de séjour l'octroi, aux étrangers en séjour régulier sur le territoire de l'État, de l'allocation mensuelle d'invalidité. La Cour en est arrivée à la déclaration de non-conformité à la Constitution à la suite d'une reconstitution détaillée de la nature juridique de l'allocation d'invalidité, en montrant que l'allocation peut être octroyée uniquement aux invalides civils suivants : ceux dont une grande réduction de la capacité de travailler a été constatée, ceux qui n'exercent aucune activité professionnelle et, enfin, ceux qui se trouvent dans les mauvaises conditions de revenu établies par l'art. 12 de la loi n° 118/1971 pour l'octroi de la pension d'incapacité totale de travail. Il s'agit donc d'un octroi qui n'est pas destiné à compléter le faible revenu lié aux conditions subjectives, mais à fournir à la personne un "moyen de subsistance" minimal afin d'assurer sa survie. C'est donc une institution qui s'inscrit dans les limites et les finalités essentielles que la Cour constitutionnelle – même au vu de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme – a présenté comme un paramètre d'égalité de traitement inévitable entre les citoyens italiens et les étrangers en séjour régulier sur le territoire de l'État.

§.2

En ce qui concerne la reconnaissance des droits civiques (voir ci-dessus) des ressortissants étrangers, il est à noter qu'en vertu de l'art. 40 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, *"tout citoyen ou toute citoyenne de l'Union a le droit de vote et d'éligibilité aux élections municipales dans l'État membre où il ou elle réside, dans les mêmes conditions que les ressortissants de cet État"*. Le décret législatif n° 197/1996, en application de la directive 94/80/CE, a fixé les modalités d'exercice du droit de vote et d'éligibilité aux élections municipales et de la circonscription (hormis le poste de maire et d'adjoint au maire) pour les ressortissants membres de l'Union européenne qui résident dans un État membre dont ils n'ont pas la nationalité. Le ressortissant d'un État membre de l'UE (Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Suède, Hongrie), résidant en Italie et souhaitant participer aux élections pour le renouvellement des organes de la commune et de la circonscription où il réside, doit présenter au maire de la commune de résidence une demande d'inscription à la liste électorale supplémentaire établie à la mairie. La

demande d'inscription peut être déposée directement aux bureaux municipaux, sans avoir à certifier la signature puisqu'elle sera faite en présence de l'employé municipal en charge. Sinon, la demande peut être envoyée par lettre recommandée. Dans ce cas, une photocopie non certifiée d'une pièce d'identité du soussigné doit être jointe à la demande. La demande peut être déposée à tout moment, mais la date limite est 40 jours avant la date prévue pour la consultation électorale. En cas de changement de résidence dans une autre commune, la carte électorale devra être remplacée par une nouvelle carte délivrée par la nouvelle commune de résidence. En cas de changement d'adresse au sein de la même commune de résidence, une étiquette adhésive à coller à l'endroit prévu à cet effet sur la carte électorale sera envoyée au domicile de l'électeur par courrier. Pour voter, il sera nécessaire de présenter une pièce d'identité. En outre, les ressortissants européens peuvent voter en Italie même sans pièce d'identité italienne, tel que l'a décidé le Conseil d'État, sect. V, avec l'arrêt n° 4863 du 30.08.2011. Par conséquent, les ressortissants de l'Union européenne résidant en Italie sont admis aux listes électorales dites "*supplémentaires*", même s'ils ne possèdent pas de pièce d'identité italienne. L'appel, en matière électorale, avait pour objet l'arrêt par lequel le tribunal administratif régional de l'Émilie-Romagne avait rejeté un recours contre la proclamation des élus des élections qui avaient eu lieu dans la commune de Galeata. Les appelants, inscrits aux listes électorales de la commune de Galeata, avaient identifié, en formulant les raisons du recours, certaines irrégularités dans la composition des listes des électeurs ayant le droit de voter, ainsi que dans les manœuvres électorales. Dans la motivation, le tribunal a rappelé la réglementation sur l'exercice du droit de vote des ressortissants de l'Union résidant dans notre République, qui n'exige aucune particularité en ce qui concerne la possession d'une pièce d'identité de la part des votants, en indiquant donc la liberté de formes de ces pièces mais en précisant que le document doit permettre dans tous les cas de bien identifier la personne. Le Conseil d'État a également noté que l'absence d'une pièce d'identité délivrée par l'État, pour les ressortissants européens, même ceux qui résident sur le territoire de la République mais qui n'en possèdent pas la nationalité, est presque toujours due au fait qu'ils sont résidents depuis peu. Enfin, la cinquième section souligne que les articles 4 et 5 du **décret législatif n° 30 de 2007** exigent que les documents délivrés par les pays d'origine, au sein de l'Union européenne, soient valables pour la libre circulation dans les États membres de l'UE et, par conséquent, "*soient nécessairement valables en ce qui concerne l'identification du titulaire de ces documents*".

§.3

Se reporter aux informations contenues dans le paragraphe 1 de ce rapport.

§.4

Se reporter à ce qui a été communiqué dans le rapport précédent sur ce paragraphe, compte tenu qu'aucun changement n'a eu lieu dans la période considérée.

ARTICLE 14

Droit de bénéficier des services sociaux

§.1

La définition de services sociaux est fournie par le décret législatif n° 112/1998 mettant en œuvre la loi n° 59/1997. Par services sociaux on entend « *les activités relatives à la préparation et à la fourniture de services, gratuits et payants, ou de prestations économiques visant à éliminer et surmonter les situations de besoin et de difficulté que les personnes humaines peuvent rencontrer dans leur vie, à l'exclusion de ce qui est assuré par le système de sécurité sociale et d'assurance maladie* ».

La « Loi-cadre pour la mise en œuvre du système intégré d'interventions et de services sociaux », mieux connue sous le nom de loi 328/2000, renforce l'importance du niveau territorial, en réglementant et en développant des modes opératoires pour réaliser des réseaux de services entre les entités publiques et privées dans un cadre d'intégration des interventions de sécurité sociale avec celles de santé. La logique de décentralisation et la valorisation des spécificités locales qui envahit la loi 328 de 2000 accorde à la commune un rôle crucial. En effet, il appartient à cette dernière d'effectuer la programmation, la conception, la réalisation du système local de services sociaux (plans de zone) et d'indiquer les priorités et les domaines d'innovation. Dans le respect et la promotion de la concertation et de la coopération avec les acteurs clés du territoire, l'administration communale est donc responsable de concevoir et mettre en œuvre les interventions sociales qui affectent le contexte territorial relevant de sa compétence. Dans la Charte des Services sociaux (Art. 13 - loi 328/2000), établie dans chaque commune, sont définies les conditions d'éligibilité aux services, les modes de fonctionnement correspondants, les conditions pour faciliter les évaluations de la part des utilisateurs et des entités représentant leurs droits, ainsi que les procédures pour assurer la protection des utilisateurs.

La nouvelle structure qui a pris forme après l'entrée en vigueur de la loi 328 a contribué à déterminer le cours actuel des politiques sociales, dénommé « *welfare mix* », qui est caractérisé par deux facteurs fondamentaux :

1. Le passage de l'approche centraliste (*government*) à l'approche polycentrique (*governance*) a donné lieu à une augmentation des entités qui concourent à établir le contenu de l'action publique. Il en résulte l'émergence d'une pluralité d'entités, d'abord écrasées par la conformité « unique » et universaliste de l'action publique.

2. En parallèle, la présence d'un système d'offre de services multi-acteurs élargit l'éventail d'entités de « *front* » aux utilisateurs, en demandant une attention particulière aux processus de responsabilisation. Des actions s'imposent pour normaliser le processus de production des services, à travers des moments d'*accountability*, qui servent également à favoriser la transparence économique et financière des actes et des actions de contrôle de la part des parties prenantes.

Ces éléments précisent la direction vers laquelle s'orientent les politiques sociales, mais surtout les domaines problématiques introduits par le nouveau cours : le besoin de mécanismes de réglementation entre la demande institutionnelle de services et l'offre privée. Le thème de l'externalisation devient central et qualifie des tierces parties à fournir non seulement des services, mais également à effectuer des fonctions qui, à l'origine, étaient en charge de l'entité publique. Le phénomène saisit pleinement le « déplacement du centre de gravité des fonctions publico-étatiques

de la production directe de biens et de services à la promotion des capacités d'action de la société civile et du marché ».

Les mécanismes de réglementation de la demande de services sociaux se réfèrent à l'ensemble de règles régissant le contenu, les modalités et les formes par lesquelles les administrations locales achètent les services sociaux aux entités privées.

Le décret du Président du Conseil des Ministres¹ du 30 mars 2001 affirme que les régions doivent jouer un rôle régulateur important, également acquis par des règlements communaux spécifiques relatifs à l'achat de services sociaux par des entités du Troisième Secteur. Ce décret confie aux régions l'adoption de lignes directrices spécifiques pour réglementer les relations entre les communes et les entités du Troisième Secteur dans l'attribution des services et définit certains éléments que les collectivités locales doivent évaluer pour sélectionner les organismes à but non lucratif. Le rapport explicatif du projet de décret correspondant montre la logique de ces dispositions, visant à promouvoir et valoriser la participation du secteur à but non lucratif « en vue du principe de subsidiarité horizontale, (...) parce qu'il est mieux en mesure de répondre aux besoins sociaux des citoyens, en raison de son fort enracinement territorial, et peut donc collaborer positivement au développement de prestations flexibles et personnalisées ». Toujours en référence à la réglementation, l'alinéa 4 de l'art. 1 de la loi n° 328/2000 prévoit que les collectivités locales, les régions et l'État, dans le cadre de leurs compétences respectives, reconnaissent et facilitent le rôle des organismes à but non lucratif d'utilité sociale, des organismes de coopération, des organisations bénévoles, des associations et des organismes de promotion sociale et des fondations. Il convient également de rappeler l'alinéa 5 du même article, qui prévoit que « la gestion et l'offre de services soient effectuées par des entités publiques ainsi que, en tant qu'acteurs dans la conception et la réalisation concertée des interventions, des organismes à but non lucratif d'utilité sociale, des organismes de coopération, des organisations bénévoles, ... ».

Il est ensuite précisé (art. 5, « Rôle du Troisième Secteur ») que pour l'attribution des services, les entités publiques doivent privilégier le recours à des formes d'attribution ou de négociation qui garantissent l'expression ultime du projet des acteurs du Troisième Secteur, en utilisant des analyses et des vérifications tenant compte de la qualité et des caractéristiques des prestations offertes et de la qualification du personnel. L'art. 5 prévoit également que pour favoriser le principe de subsidiarité, les collectivités locales, les régions et l'État devront promouvoir des actions de soutien et de qualification des acteurs du Troisième Secteur, par exemple par le biais de politiques de formation et d'intervention pour accéder facilement au financement et aux fonds de l'Union européenne.

En matière d'attribution des services, c'est notamment et à nouveau le décret du Président du Conseil des Ministres du 30 mars 2001 qui aborde le sujet, en précisant :

- le refus explicite de formes d'adjudication au rabais le plus fort dans l'attribution des services ;
- la préférence pour des formes d'adjudication restreintes et négociées.

C'est à la réglementation générale concernant les services publics locaux qu'il faut faire référence en matière de : qualification, concurrence et attribution des services.

¹« Note d'orientation et de coordination sur les systèmes d'attribution des services à la personne prévues par l'art. 5 de la loi n° 328 du 8 novembre 2000 » (Loi-cadre pour la réalisation du système intégré d'interventions et de services sociaux)

La première étape consiste en la qualification du service, c'est-à-dire s'il a ou non un intérêt économique. La loi n° 448 du 28 décembre 2001, modifiant l'art. 113 du TUEL (Texte unique des lois sur la réglementation des collectivités locales), a inséré l'art. 113bis qui a introduit la distinction entre les services « de pertinence industrielle » et les services « sans pertinence industrielle », en soumettant les premiers au régime de concurrence à travers l'exécution de marchés avec des procédures d'appel d'offres et en prévoyant pour les seconds l'attribution directe. Ensuite, le décret-loi n° 269 du 30 septembre 2003 (converti en la loi n° 350 du 24 décembre 2003) a remplacé la distinction entre services publics de pertinence industrielle/sans pertinence industrielle avec celle de services publics « d'intérêt économique » et « sans intérêt économique ». Avec l'approbation de l'art. 23 bis du décret-loi 112/2008 (qui a prévu en même temps l'abrogation de l'art. 113 du T.U.E.L. dans les « parties incompatibles ») s'est présentée une nouvelle réglementation organique du secteur des services publics locaux d'intérêt économique.

Les nouvelles dispositions visent à assurer l'application de la législation communautaire et à favoriser le respect des principes de concurrence et de libre prestation de services par tous les opérateurs économiques concernés par la gestion de services d'intérêt général sur le plan local.

Cette réglementation a ensuite été introduite dans le règlement d'application correspondant du décret présidentiel n° 168 du 7 septembre 2010, « Règlement en matière de services publics locaux d'intérêt économique, conformément à l'article 23-bis, alinéa 10, du décret-loi n° 112 du 25 juin 2008, converti, avec des amendements, par la loi n° 133 du 6 août 2008 ». Le règlement réaffirme l'obligation de recourir aux procédures d'appel d'offres pour l'attribution des services publics locaux, en précisant certains aspects de la procédure d'adjudication qui ne sont pas précisés dans l'alinéa 2 de l'art. 23 bis.

L'attribution de la gestion des services publics locaux d'intérêt économique peut donc avoir lieu, uniquement à titre ordinaire, par procédure d'adjudication ou d'attribution ou encore, par dérogation, par l'attribution directe en faveur de sociétés à capitaux entièrement publics, détenue par la collectivité locale, répondant aux conditions requises par le droit communautaire pour la gestion soi-disant *in house*².

Les instruments adoptés pour sélectionner les entités privées souhaitant devenir les fournisseurs des services requis par l'administration locale sont : **l'adjudication publique, la convention, l'autorisation, la concession et l'accréditation**. Cette dernière représente un mode de sélection particulier qui prévoit l'évaluation en amont des candidatures. Chaque instrument est brièvement présenté ci-dessous.

L'accréditation

Grâce à cet instrument juridique, l'administration reconnaît à l'entité privée l'aptitude à proposer et réaliser ses activités avec des ressources publiques, après en avoir vérifié la conformité avec les intérêts de la communauté.

L'accréditation permet donc d'assurer la qualité d'un service en définissant des paramètres spécifiques qui doivent être respectées par les entreprises qui comptent fournir des services sociaux.

² Le terme « *in house* » (ou « *in house providing* ») indique le cas où l'adjudicateur public, par dérogation au principe d'ordre général d'appel d'offres, au lieu d'externaliser certaines prestations, les effectuent en interne, en attribuant le marché ou le service en question à une autre entité juridique de droit public à travers le système de l'attribution direction, appelé « *in house providing* », soit sans appel d'offres.

Il s'agit d'un instrument dynamique car l'entité accréditée doit assurer une amélioration continue de la qualité des services fournis, en s'insérant pleinement dans le système intégré des services sociaux publics et en se plaçant dans une relation très étroite avec le territoire et les entités publiques et privées qui y opèrent.

Adjudication publique

Les adjudications publiques font partie des méthodes les plus utilisées par l'administration publique pour sélectionner les fournisseurs. Ils sont régis par le décret législatif n° 163 du 12 avril 2006, dit « code des adjudications », qui énonce que : « les adjudications publiques sont des contrats à titre onéreux, stipulés par écrit entre un organisme adjudicateur ou une entité adjudicatrice et un ou plusieurs opérateurs économiques, ayant pour objet la prestation de services ». Dans les marchés publics, le choix de l'entité privée n'est pas discrétionnaire, mais se fait selon des procédures d'appel d'offres (c'est-à-dire des procédures que l'administration doit suivre pour arriver à la conclusion d'un contrat en vue d'exercer correctement son autonomie de négociation pour obtenir la prestation la plus avantageuse).

La procédure pour une adjudication publique est assez rigoureuse et complexe et prévoit plusieurs étapes, dont : a) la délibération de contracter qui contient le cahier général des charges et, le cas échéant, le cahier des prescriptions spéciales ; b) le choix du contractant, étape essentielle à travers laquelle sont établis les critères de sélection et d'adjudication du contrat ; c) la conclusion du contrat ; d) l'approbation du contrat.

Parmi les formes de marché public figurent : 1. L'appel d'offres avec concours 2. L'adjudication restreinte 3. Les procédures négociées.

1. L'appel d'offres avec concours est une procédure restreinte à laquelle ne peuvent participer que les entreprises invitées par l'administration adjudicatrice à la suite d'une demande spécifique évaluée positivement. Elle n'est adoptée que lorsque l'objet de la fourniture est technologiquement complexe ou très spécialisée, au point de nécessiter un haut niveau de professionnalisme.

2. L'adjudication restreinte est elle aussi une procédure « restreinte » à laquelle peuvent participer les entreprises invitées par l'administration adjudicatrice. Elle est réglementée par un avis et un cahier des charges. Le marché se déroule en deux phases distinctes : demandes de participation (après l'avis) de la part de l'organisme adjudicateur qui approuve la liste des entreprises à inviter au marché par une « lettre d'invitation » spécifique ; et présentation des offres économiques et, le cas échéant, techniques. L'adjudication peut se faire soit selon le prix le plus bas, soit selon l'offre la plus avantageuse (pour les services sociaux). L'examen des offres économiques se déroule en séance publique.

3. Les procédures négociées sont une forme particulière de négociation qui peut prévoir ou non la publication de l'avis.

La convention

La convention est également un instrument assez répandu, utilisé notamment pour réglementer les relations entre le public et le privé sans but lucratif. La convention règlemente un accord où :

l'organisme public agit en tant que programmateur et investisseur des interventions ;

l'entité privée organise et s'occupe de la fourniture effective des services en suivant les paramètres et les critères prédéterminés avec une séparation entre responsabilité financière, de gestion et d'organisation.

Du point de vue juridique, il est très similaire au contrat de droit privé régi par les articles 1321 et suivants du Code civil, qui contient des clauses essentielles telles que l'identification des entités entre lesquelles l'accord est conclu, l'objet de la convention, le lieu, les délais d'exécution et les modalités des prestations, les modalités et les délais de paiement, le montant, la date de souscription et la durée, l'extension et le renouvellement. C'est une forme de sélection moins rigide que l'adjudication publique, qui assure tout de même le choix des fournisseurs avec les meilleures qualités. La convention est généralement utilisée (du moins pour les coopératives) si le montant est inférieur au seuil³.

La principale référence réglementaire en matière de conventions avec les coopératives sociales est l'art. 5 de la loi 381/1991, qui admet la possibilité de conclure des conventions directes avec les coopératives sociales de type b), « même par dérogation à la réglementation en matière de contrats avec l'administration publique ».

L'autorisation

L'art. 11 de la loi 328/2000 stipule que l'exercice de services et de structures à cycle résidentiel ou semi-résidentiel, soit par des entités publiques, soit par des entités privées, doit être soumis à la délivrance de l'autorisation par la commune après avoir vérifié la présence des conditions requises par la loi régionale. La loi 328/2000 prévoit également que, pour pouvoir verser les tarifs à la charge des fonds publics, ces structures doivent être accréditées.

L'autorisation est nécessaire lorsqu'on souhaite exercer une activité d'aide, même sans entreprendre de relations juridiques ou financières avec l'organisme public. Les conditions structurelles et organisationnelles requises sont celles de base pour exercer l'activité en question, étant donné que le but de l'autorisation est de vérifier que l'activité exercée par les entités privées n'entre pas en conflit avec les droits ou les intérêts protégés.

La concession

La concession est le moyen par lequel l'administration publique attribue à un tiers la gestion d'un service public et les responsabilités qui en découlent. Dans le contrat d'adjudication, l'administration publique confie la gestion d'un service à une entité privée, qui exerce l'activité pour le compte de cette administration. Une relation trilatérale entre l'administration publique, le concessionnaire et les utilisateurs est donc créée. Contrairement au marché, la concession permet à l'entité privée de s'impliquer, en assumant le risque de gestion.

Se reporter au rapport sur l'article 13 de ce cycle de contrôle pour les informations concernant les dépenses des communes pour les services sociaux, le nombre de bénéficiaires et l'utilisation de la Nomenclature interrégionale des services sociaux.

³ Si le montant est inférieur à 200 000 euros, il est possible d'utiliser la convention, tandis que s'il est supérieur à 200 000 euros, il faut recourir à l'appel d'offres avec concours ou à l'adjudication restreinte.

Les données disponibles résultent du dernier Recensement de l'Istat sur le secteur à but non lucratif/troisième secteur présenté en juillet 2013 (la situation décrite est celle au 31 décembre 2011), complété par la suite par d'autres analyses spécifiques (micro et macro).

Ce Recensement s'est fixé comme objectif prioritaire celui de soutenir et accompagner la politique et les institutions, et donc de :

- connaître la situation du secteur dans le cadre des politiques sociales en Italie ;
- valoriser la contribution fournie à la richesse du pays ;
- mesurer le poids économique des activités bénévoles ;
- prendre des mesures de soutien et de promotion pour ce secteur.

Le recensement 2013 de l'Istat (sur les données recueillies au 31.12.2011) a été réalisé à un moment historique caractérisé par une crise qui a frappé le secteur social, environnemental et économique, où il est devenu encore plus important de photographier et donc connaître l'évolution, les caractéristiques, les domaines et les destinataires des interventions pour réaliser des politiques et des interventions territoriales partagées avec les acteurs du secteur privé social, en revitalisant le rôle attribué par l'art. 5 – *Troisième secteur - de la loi 328 de 2000 « Réalisation du système intégré d'interventions et de services sociaux »*, qui a d'abord marqué la transition entre le concept d'utilisateur en tant que porteur d'un besoin spécialisé à celui de personne dans son intégralité, également constituée par ses ressources et son milieu familial et territorial. Le passage donc d'une acception traditionnelle d'aide, en tant que lieu de réalisation d'interventions purement réparatrices des difficultés, à une acception de protection sociale active, lieu d'élimination des causes de difficultés et surtout lieu de prévention et de promotion de l'insertion des personnes dans la société et dans sa communauté grâce à la valorisation de ses capacités.

D'après les résultats des données structurelles du Recensement, il ressort que l'Italie comptait 301 191 organisations à but non lucratif actives, avec une hausse de 28% par rapport au Recensement de 2001. Le chiffre relatif à l'augmentation des institutions avec des employés (+9,5%) était plus bas mais toujours positif, avec une croissance du personnel salarié de 39,4% par rapport à 2001.

Le secteur à but non lucratif a augmenté en particulier dans le Nord et le centre de l'Italie, avec des résultats plus élevés en termes de présence et d'activité en Lombardie, en Vénétie, dans le Piémont, en Émilie-Romagne et en Toscane.

Au moins la moitié des institutions à but non lucratif se trouvait dans le Nord du pays (pour un total de 157 197 unités), avec une répartition presque égale de la partie restante entre le centre (64 677 unités, soit 21,5%) et le Sud (79 317 unités, soit 26,3%).

La Lombardie et la Vénétie se confirmaient comme les régions avec la plus grande présence d'institutions, avec des parts respectives de 15,3% et 9,6%, suivies par le Piémont (8,6%), l'Émilie-Romagne (8,3%), la Toscane et le Latium (7,9%).

Les zones qui avaient un plus grand déploiement d'institutions à but non lucratif ont également enregistré **un plus grand bassin de ressources utilisées**. En effet, le Nord-est et le Nord-ouest ont enregistré le ratio le plus élevé de bénévoles (soit respectivement 1 146 et 892 pour 10 000 habitants) et de salariés (141 et 156 pour 10 000 habitants) par rapport à la population résidente. En approfondissant les données territoriales, la présence la plus importante de salariés par rapport à la population résidente a été constatée dans la Province autonome de Trente (avec 193 employés pour

10 000 habitants), en Lombardie (171), dans la Vallée d'Aoste (167), dans le Latium (150) et en Émilie-Romagne (148). **Près de la moitié des salariés** employés dans les institutions italiennes à but non lucratif (45,9%) était **concentrée dans trois régions : Lombardie, Latium et Émilie-Romagne.**

Le secteur comptait sur la contribution de 4,7 millions de bénévoles, 681 000 salariés, 270 000 travailleurs extérieurs et 5 000 travailleurs intérimaires.

Quatre institutions à but non lucratif sur cinq avaient recours à des activités exécutées par des bénévoles, tandis que 13,9% des institutions comptabilisées travaillaient avec du personnel salarié et 11,9% employaient des travailleurs extérieurs (travailleurs avec contrat de collaboration).

Par rapport à 2001, le nombre d'institutions avec des travailleurs extérieurs a doublé (35 977 institutions à but non lucratif en 2011 contre 17 394 en 2001), avec une hausse du nombre de collaborateurs de 169,4%. Le nombre d'institutions qui employaient des travailleurs intérimaires a augmenté de façon significative (1 796 institutions à but non lucratif en 2011 contre 781 dix ans plus tôt), avec une hausse de 48,1%. L'augmentation des institutions avec des employés était plus faible mais toujours positive (+9,5 pour cent), avec une croissance du personnel salarié de 39,4% par rapport à 2001.

Enfin, les institutions qui employaient des bénévoles ont augmenté de 10,6% par rapport à 2001, avec une hausse de 43,5% du nombre de bénévoles.

Avec 27,5% de travailleurs rémunérés, la catégorie professionnelle la plus représentée dans les institutions italiennes à but non lucratif était celle des professions techniques (professions médicales, paramédicales et/ou de sages-femmes, physiothérapeutes, éducateurs, assistants sociaux, moniteurs de sport et/ou de techniques artistiques ; médiateurs interculturels ; agents techniques de musées et/ou bibliothèques, agents techniques agronomes, forestiers, de laboratoire). Elles étaient suivies par les professions qualifiées dans les activités commerciales et les services, avec une part de 24,1% (auxiliaires de vie, animateurs sociaux, assistants d'aide sociale, de soins à domicile et similaires, employés de ludothèque et de garde d'enfants).

Les professions intellectuelles, scientifiques et hautement spécialisées représentaient 17,9% du total et les non-qualifiées 13,8% (collaborateurs scolaires, brancardiers, agents de nettoyage, éboueurs, etc.), tandis que les professions exécutives dans l'administratif représentaient 11,4%. Les dirigeants et les entrepreneurs représentaient 3,5% de l'ensemble des travailleurs rémunérés travaillant dans le secteur à but non lucratif. Une catégorie professionnelle présente de manière résiduelle dans les ressources rémunérées était celle des artisans, des ouvriers qualifiés, des agriculteurs et des conducteurs de véhicules (1,9%).

La composition par sexe des catégories professionnelles présentait des éléments intéressants : la proportion d'hommes primait parmi les dirigeants et les entrepreneurs (6,8%), dans les professions techniques (31,5%), dans les professions non qualifiées (15,5%) et chez les artisans, les ouvriers qualifiés, les agriculteurs et les conducteurs de véhicules. En revanche, la proportion de femmes était plus élevée que la part nationale correspondante uniquement dans les professions qualifiées des activités commerciales et des services (29,6%).

PROSPETTO 1. Numero di istituzioni non profit attive e di risorse umane impiegate. Valori assoluti e variazioni percentuali. Censimenti 2011 e 2001

	2011	2001	Var. % 11/01
Istituzioni non profit	301.191	235.232	28,0
Unità locali delle istituzioni non profit	347.602	253.344	37,2
Istituzioni con volontari	243.482	220.084	10,6
Volontari*	4.758.622	3.315.327	43,5
Istituzioni con addetti	41.744	38.121	9,5
Addetti (dipendenti)	680.811	488.523	39,4
Istituzioni con lavoratori esterni	35.977	17.394	106,8
Lavoratori esterni	270.769	100.525	169,4
Istituzioni con lavoratori temporanei	1.796	781	130,0
Lavoratori temporanei	5.544	3.743	48,1

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

Source, Istat, Recensement des institutions à but non lucratif. Premiers résultats, juillet 2013.

Légende :

Tableau 1. Nombre d'institutions sans but lucratif actives et ressources utilisées. Valeurs absolues et variations en pourcentages.

Recensements 2011 et 2001

Institutions sans but lucratif

Unités locales d'institutions sans but lucratif

Institutions avec des bénévoles

Bénévoles

Institutions employant des travailleurs

Salariés

Institutions employant des travailleurs extérieurs

Institutions employant des travailleurs intérimaires

Intérimaires

Le secteur de la culture et du sport absorbait 65% du total des institutions à but non lucratif, suivi par les secteurs de l'aide sociale (avec 25 000 institutions), des relations syndicales et de représentation (16 000 institutions) et de l'éducation et de la recherche (15 000 institutions). **Le poids de la composante à but non lucratif dans l'aide sociale était également significative en termes d'emploi avec 544 employés tous les 100 dans les entreprises. Près de la moitié des salariés employés dans les institutions à but non lucratif (46,9%) était concentrée en Lombardie, dans le Latium et en Émilie-Romagne.**

Le secteur de la culture, du sport et des loisirs s'est confirmé comme la vocation naturelle du secteur italien à but non lucratif avec plus de 195 000 institutions, soit 65% du total national. Il était suivi, en nombre d'institutions, par le secteur de l'aide sociale (incluant également les activités de protection civile) avec 25 000 institutions (soit 8,3% du total). Le secteur des relations syndicales et de la représentation d'intérêts, avec 16 000 institutions, représentait 5,4% du total, une valeur proche de celle constatée pour l'éducation et la recherche, égale à 5,2% (15 000 institutions). Les autres secteurs comprenaient : la religion (2,3%), la philanthropie et la promotion du bénévolat (1,6%), la coopération et la solidarité internationale (1,2%) et d'autres activités (0,5%).

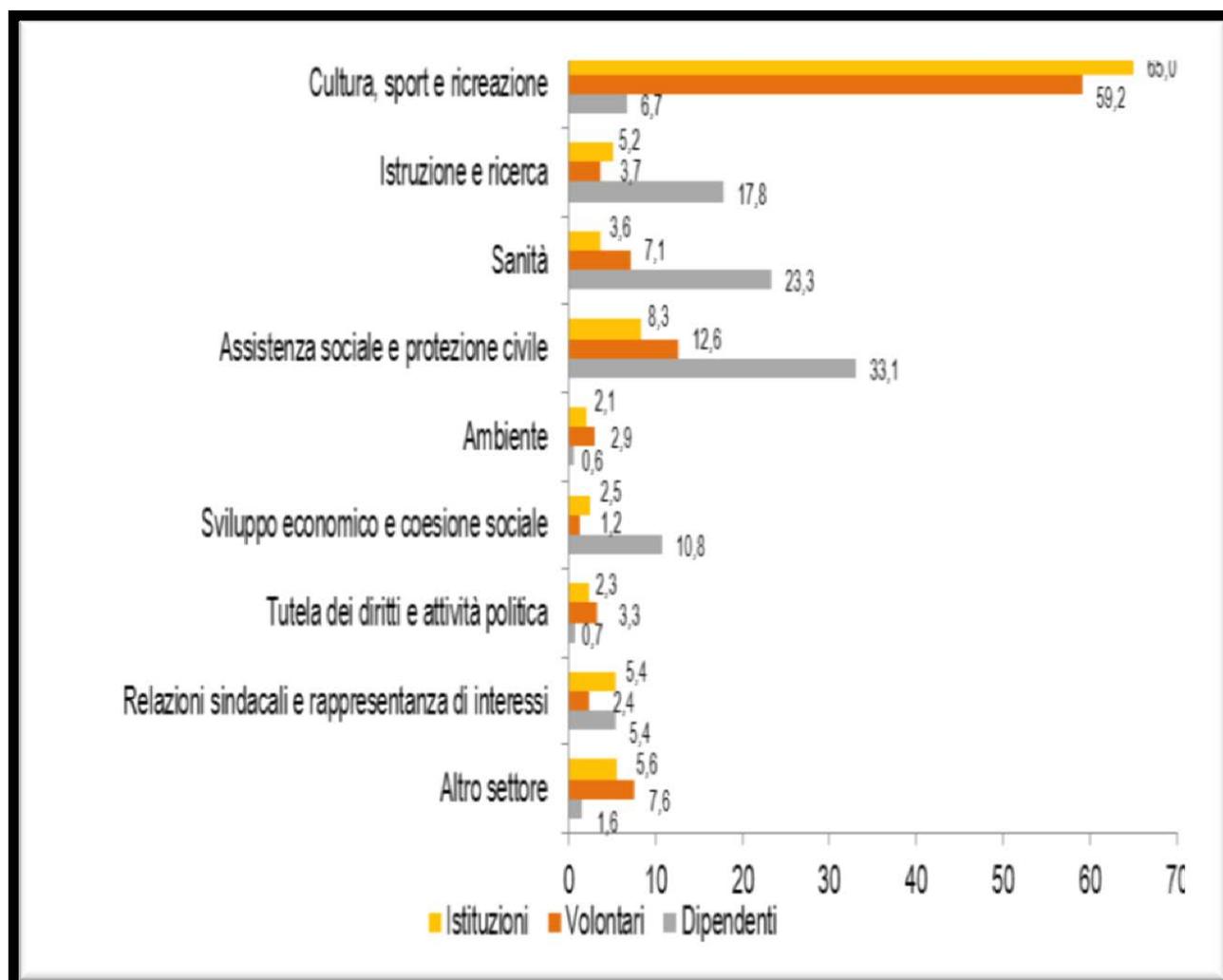
Le secteur d'intervention était en partie lié à la structure institutionnelle et organisationnelle. **Les associations reconnues** - et donc les plus structurées - étaient, en effet, relativement plus répandues, par rapport à la valeur nationale (22,7%), dans les secteurs de la **santé (37%)**, de **l'environnement (29,4%)** et de la **coopération et de la solidarité internationale (28,8%)**, tandis

que les associations non reconnues caractérisaient davantage les secteurs des relations syndicales et de la représentation d'intérêts (avec 82,7% du total, par rapport une distribution globale de 66,7%), de la culture , du sport et des loisirs (73,3%) et de la protection des droits et de l'activité politique (71,7%).

Les coopératives sociales italiennes travaillaient principalement dans les secteurs du **développement économique et de la cohésion sociale**, pour l'insertion professionnelle des personnes défavorisées (où l'on constatait une présence de 49% par rapport à un chiffre national de 3,7%), de l'aide sociale et de la protection civile (17,8%) et de la santé (10,9%).

Les fondations étaient relativement plus actives dans les secteurs de **l'éducation et de la recherche** (11% dans le secteur, par rapport à une distribution globale de 2,1%) et de la philanthropie et de la promotion du bénévolat (9,9%).

Graphique 2 - Travailleurs salariés par secteur d'activité économique et tranche d'âge - Recensement 2011
- Valeurs en pourcentage



Source : ISTAT - Recensement des institutions à but non lucratif. Premiers résultats, juillet 2013

Légende :

Culture, sport et loisirs

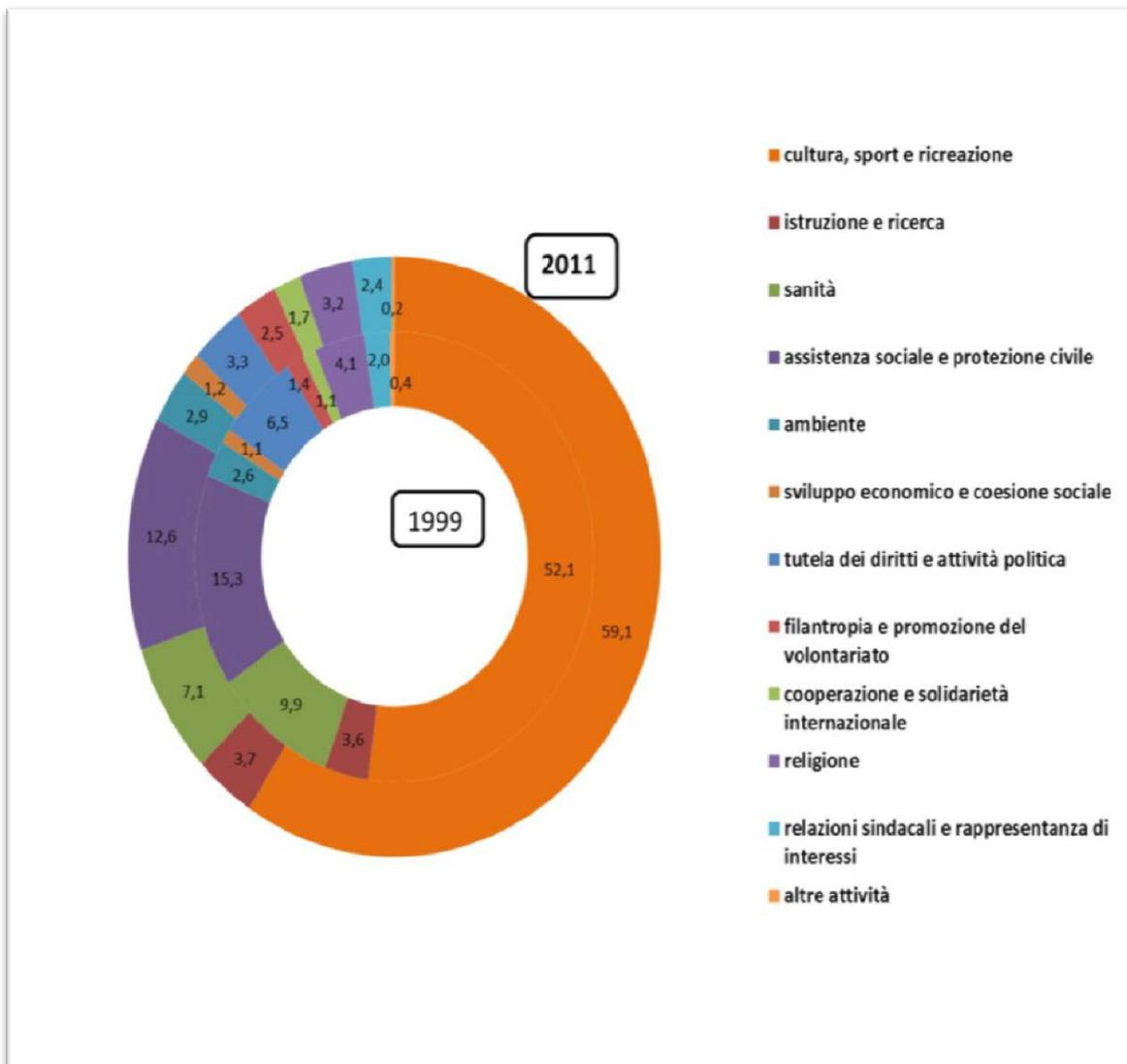
Education et recherche

Santé

Aide sociale et protection civile

Environnement
 Développement économique et cohésion sociale
 Protection des droits et activité politique
 Relations syndicales et représentations d'intérêts
 Autres secteurs
 Institutions Bénévoles Salariés

I volontari: quali le loro attività? Ieri e oggi



Fonte, Censimento non profit, Istat (Presentazione "Giornate di Bertinoro" – 2013).

Légende :

Les bénévoles : quelles sont leur activités ? Hier et aujourd'hui

Culture, sport et loisirs

Education et recherche

Santé

Aide sociale et protection civile

Environnement

Développement économique et cohésion sociale

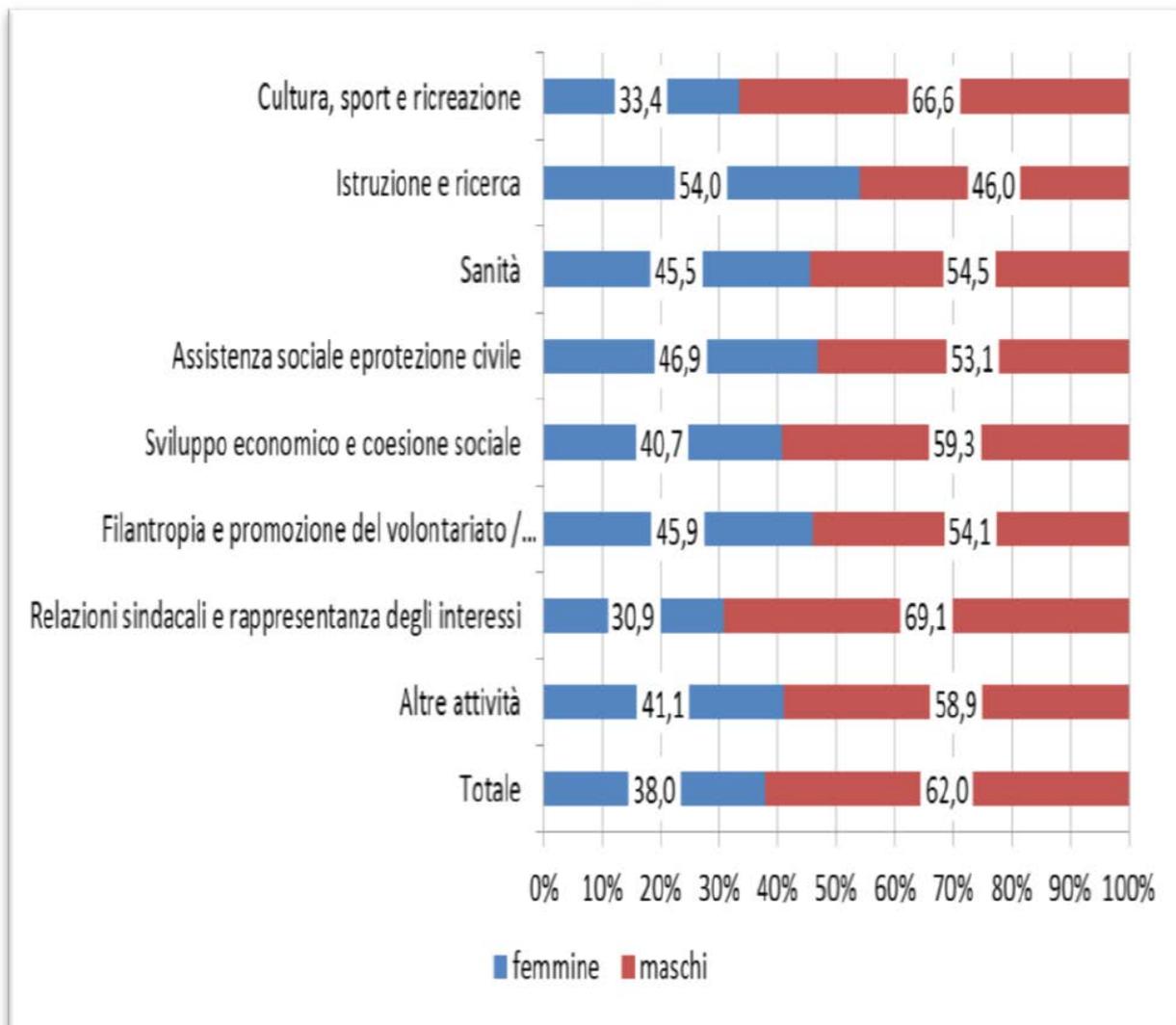
Protection des droits et activité politique

Philanthropie et promotion du bénévolat

Coopération et solidarité international
 Religion
 Relations syndicales et représentations d'intérêts
 Autres activités

Source : Recensement des institutions sans but lucratif, Istat (2013)

Le caratteristiche dei volontari: la componente femminile



Fonte, Censimento non profit, Istat (Presentazione "Giornate di Bertinoro" – 2013).

Légende :

Les caractéristiques des bénévoles : la composante féminine

Culture, sport et loisirs
 Education et recherche
 Santé
 Aide sociale et protection civile
 Développement économique et cohésion sociale
 Philanthropie et promotion du bénévolat
 Relations syndicales et représentations d'intérêts
 Autres activités
 Total
 Femmine = Femmes
 Maschi = Hommes

Source : Recensement des institutions sans but lucratif, Istat (2013)

Le total des recettes budgétaires des institutions à but non lucratif était de 64 milliards d'euros, tandis que le total des dépenses (frais de personnel, achat de biens et services, subventionnement des aides et octroi à des tiers, etc.) s'élevait à 57 milliards d'euros.

Les régions avec le plus grand volume de recettes et de dépenses étaient la Lombardie (plus de 17 milliards d'euros de recettes et plus de 15 milliards d'euros de dépenses) et le Latium (près de 15 milliards de recettes et près de 12 milliards de dépenses). Dans l'ensemble, les valeurs des deux régions représentaient près de 50% du total.

La principale source de financement était privée (pour 86,1% des institutions), tandis que 13,9% des institutions avaient des recettes de source essentiellement publique. Sur le plan régional, en Sardaigne (26,2%) et dans la Province autonome de Trente (26,3%), on a enregistré le plus grand nombre d'institutions qui faisaient le plus recours au financement public ; en Vénétie (10,9%) et en Émilie-Romagne (9,6%) se trouvaient les institutions les plus orientées vers des sources de financement privées.

Les secteurs qui utilisaient le plus des sources de financement public étaient la santé (36,1%), l'aide sociale et la protection civile (32,8%), le développement économique et la cohésion sociale (29,9%).

Les secteurs les plus soutenus par des recettes privées étaient la religion (95,5%), les relations syndicales et la représentation d'intérêts (95,3%), la coopération et la solidarité internationale et la culture, le sport et les loisirs (90,1% pour les deux).

Les données du premier recensement sur le travail bénévole issu de la convention stipulée entre l'Istat, le CSVnet⁴ et la Fondation Bénévolat et Participation datent du 23 juillet 2014 et font partie du recensement sur le travail bénévole, mené dans le cadre de l'enquête multifonction : « *Aspects de la vie quotidienne* » de 2013, qui a **accueilli un module d'approfondissement pour mettre en œuvre le Manuel de l'OIT sur l'évaluation de la valeur économique et sociale du travail bénévole. Il s'agit du premier recensement sur le travail bénévole harmonisé aux normes internationales.**

Dans le rapport qui en résulte, il est fait référence au sens large du bénévolat, qui n'est pas seulement lié à la participation à une organisation du troisième secteur, mais aussi à des comités, des mouvements, des groupes informels et autres.

Environ un Italien sur huit exerçait des activités gratuites au bénéfice d'autrui ou de la communauté. En Italie, le nombre de bénévoles a été estimé à 6,63 millions de personnes (taux de bénévolat total de 12,6%).

4,14 millions de citoyens exerçaient leur activité dans un groupe ou une organisation (taux de bénévolat organisé de 7,9%) et trois millions œuvraient de manière non organisée (taux de bénévolat individuel de 5,8%).

Le travail bénévole était plus répandu dans le Nord du pays. Dans le Nord-est, on a enregistré le taux de bénévolat total le plus élevé (16%), tandis que le Sud se distinguait par des niveaux de participation sensiblement plus faibles (8,6%). Les hommes étaient plus actifs que les femmes (13,3% contre 11,9%) en raison d'une présence masculine plus importante dans le bénévolat organisé.

⁴ Coordination nationale des Centres de service pour le bénévolat

Les bénévoles appartenait principalement à la tranche d'âge 55-65 ans (15,9%).

En revanche, la contribution des jeunes et des personnes âgées en termes de présence active est restée inférieure à la moyenne nationale.

Le pourcentage de personnes qui exerçaient des activités bénévoles augmentait avec le niveau d'enseignement.

22,1% de ceux qui ont obtenu un diplôme universitaire a eu des expériences de bénévolat contre 6,1% de ceux qui n'avaient que le certificat d'études primaires.

Du point de vue de la situation professionnelle, les plus actifs étaient les travailleurs (14,8%) et les étudiants (12,9%).

De plus, la participation était maximale parmi les membres des familles aisées (23,4%) et minimale parmi les membres de familles dont les ressources sont tout à fait insuffisantes (9,7%).

L'engagement moyen d'un bénévole était de 19 heures en quatre semaines.

La plus grande contribution horaire dans les activités d'aide non organisées venait des femmes et des personnes âgées.

La valeur moyenne des heures consacrées à des activités bénévoles était dépassée chez les personnes ayant une excellente situation financière, chez les diplômés universitaires et chez les personnes ayant entre 55 et 74 ans.

Les activités effectuées par les bénévoles dans le cadre des organisations étaient plus diversifiées et qualifiées que celles effectuées individuellement.

Près d'un bénévole sur six travaillait dans plusieurs organisations (16,2%).

Le volontariat organisé était une pratique consolidée dans le temps : 76,9% des bénévoles se consacrait à la même activité depuis trois ans ou plus et 37,7% depuis plus de dix ans.

En revanche, 48,9% de ceux qui œuvraient dans une activité individuelle de bénévolat le faisait depuis moins de deux ans.

23,2% des volontaires étaient actifs dans des groupes/organisations ayant des fins religieuses, 17,4% dans des activités récréatives et culturelles, 16,4% dans le secteur de la santé, 14,2% dans l'aide sociale et la protection civile, 8,9% dans les activités sportives, 3,4% dans les activités liées à l'environnement et 3,1% dans l'éducation et la recherche.

62,1% des bénévoles qui œuvraient dans une organisation ont exercé leur activité parce qu'ils croyaient « en la cause défendue par le groupe ».

49,6% de ceux qui exerçaient des activités bénévoles ont déclaré se sentir mieux avec eux-mêmes.

Les organisations du troisième secteur et de bénévolat ne disposent d'aucune catégorie qui peut être définie comme « aide d'État » car, selon les règles de référence spécifiques, les différentes entités du troisième secteur peuvent participer – grâce à des procédures d'appel d'offres publiques réglementées par des administrations centrales ou des collectivités territoriales - à des avis spécifiques et/ou à des appels à contribution, par exemple pour la présentation de projets innovants et expérimentaux de bénévolat ou pour l'achat de biens d'équipement et d'ambulances, ainsi que de biens à donner à des établissements de santé publics, s'adressant spécifiquement aux organisations de bénévolat et aux organisations à but non lucratif d'utilité sociale.

Le Comité européen des droits sociaux a demandé des informations supplémentaires sur le SIONP - Système d'information sur les organisations à but non lucratif. À cet égard, il est à noter ce qui suit.

À partir de 2008, l'ISFOL⁵ a réalisé pour le Ministère du Travail et des Politiques sociales le prototype d'un système d'information incluant les associations du troisième secteur inscrites dans les registres/ordres/listes officiels gérés et tenus par des administrations publiques nationales et territoriales. Il est structuré de façon à assurer le respect des différentes compétences institutionnelles et la qualité statistique de l'information. Il s'agit d'« archives institutionnelles » à jour offrant une représentation du secteur à but non lucratif en Italie à différents niveaux - national, régional, préfectoral, provincial et municipal - et pour différents types d'acteurs. Le système repose sur l'intégration de données d'archives administratives préexistantes provenant de sources d'information différenciées par origine, type, population traitée et but.

Le SIONP recueille, ordonne et systématise : les données personnelles des registres des organisations à but non lucratif, les enquêtes sectorielles et thématiques menées par l'ISFOL, la documentation réglementaire et de recherche sur les organisations à but non lucratif et les documents élaborés par le projet. Fin 2014, environ **300** archives administratives liées à la période 2007-2014 faisaient partie du SIONP :

- **les registres régionaux et provinciaux** établis en vertu des lois 266/1991, 383/2000, 381/1991 et du décret du Président de la République 361/2000 ;
- **les registres préfectoraux concernant les fondations avec des personnalités juridiques d'importance nationale** (décret du Président de la République 361/2000) ;
- **les registres nationaux concernant les organisations non gouvernementales** (loi 49/1987), les listes nationales des **organismes qui, au cours des différentes années - à partir de 2008 - avaient demandé l'accès au « 5 pour mille »** (forme de financement participatif) et **le registre national des associations de promotion sociale** (loi 383/2000) ;
- **d'autres registres d'ordre national, de source à la fois publique et privée, dont :** le registre des associations en faveur des immigrés et la liste du soutien à distance, les deux du Ministère du Travail et des Politiques sociales ; la liste des instituts culturels du Ministère des Biens et Activités culturelles ; les archives des associations sportives du CONI (Comité national olympique italien) ; la liste des communautés d'accueil de la coordination nationale des communautés d'accueil ; les instituts d'hospitalisation et de soins à caractère scientifique du Ministère de la Santé ; la liste anti-racket et anti-usure du Ministère de l'Intérieur ; la liste des communautés thérapeutiques du Département des politiques anti-drogue de la Présidence du Conseil des Ministres ; les listes de la Conférence épiscopale italienne et de la Caritas ; le registre des organisations de commerce équitable de l'AGICES (Assemblée générale italienne du commerce équitable) ; la liste des sociétés de secours mutuels de la FIMIV (Fédération italienne de la mutualité italienne) ; la liste des fondations universitaires du Ministère de l'Éducation, de

⁵ Institut pour le développement professionnel des travailleurs

l'Université et de la Recherche, la liste des fondations d'entreprise de Sodalitas et des fondations bancaires de l'ACRI (Association caisses d'épargne italiennes).

Entre 2011 et 2014, le Ministère du Travail et des Politiques sociales a inséré le SIONP dans le Plan statistique national et dans le Plan sur la responsabilité sociale d'entreprise et du territoire et a également prévu de faire converger le Système dans le Portail institutionnel du Ministère. L'ISFOL a, en parallèle, effectué une série d'enquêtes complémentaires visant à mettre à jour et en œuvre les informations des registres.

La nécessité de poursuivre dans cette voie a également été renforcée par les objectifs thématiques (9 et 11) fixés par la nouvelle Programmation du FSE 2014-2020 et, en particulier, par le PON Inclusion. En particulier, l'obj. 11 conseille aux États membres de créer, renforcer et améliorer les systèmes d'information, y compris dans l'économie sociale, à réaliser dans la période de mise en œuvre de la Stratégie Europe 2020. À ces fins, ISFOL concevra des actions nationales du système pour le développement systématique du SIONP dans toutes les régions italiennes pour en « faire un bien commun ».

§.2

Le Comité européen des droits a demandé des informations sur la participation des citoyens, ou groupes de citoyens, porteurs d'exigences spécifiques, à l'organisation du système d'interventions et de services sociaux en leur faveur.

Dans les précédents rapports sur cet article, il a été fait plusieurs fois allusion à la création de Plans de Zone pour les services sociaux, prévus par l'article 19 de la loi n° 328/2000. Le Plan de zone peut être défini comme le « *plan d'aménagement* » des services sanitaires et sociaux. Plus simplement, il s'agit d'un document de programmation territoriale de trois ans avec lequel, dans chaque zone territoriale, les communes et les Ulss⁶ mettent au point les politiques socio-sanitaires adressées à la population. Le Plan, qui vise à construire un système intégré d'interventions et de services grâce à la collaboration de plusieurs acteurs, définit les objectifs, les actions ciblées et les ressources affectées, en harmonie avec le Plan régional des services à la personne et à la communauté. Selon cette loi-cadre sur les services sociaux, le Plan doit contenir des objectifs d'intervention dans des domaines typiquement sociaux et dans ceux où une forte synergie entre les services sociaux et de santé est nécessaire : mineurs, jeunes et familles, personnes âgées, toxicomanie, santé mentale, handicaps, immigration, pauvreté et marginalisation.

Sa réalisation implique des acteurs publics et privés. Les acteurs publics concernés sont les communes et les Ulss, d'abord avec un rôle de promotion, de gouvernance et de direction du processus de réalisation du Plan. Le groupe de pilotage, composé de l'Exécutif des maires et de la Direction des services de l'Ulss, promeut la programmation participative, en activant des groupes de travail territoriaux et des groupes d'analyse et d'approfondissement pour les différentes zones. Une fois rédigé, le Plan est soumis à l'approbation de la Conférence des maires, puis à la signature de toutes les communes. À travers la programmation, la région indique les objectifs prioritaires au niveau local, en y allouant des ressources spécifiques, et évalue la cohérence du Plan avec les

⁶ Unités de santé locales

politiques régionales. La province joue un rôle de coordination politique et technique sur le territoire. Enfin, même l'univers de l'école et le système judiciaire sont impliqués, par rapport à des domaines spécifiques.

On compte parmi les acteurs « privés » les associations de bénévolat, les coopératives sociales, les représentants des citoyens, les organisations syndicales et les entreprises. En particulier, les associations sont essentielles, lors de la programmation, pour identifier les besoins non satisfaits par les actions publiques, pour faire ressortir les difficultés latentes et se concentrer sur les zones les plus fragiles. En termes de mise en œuvre, elles deviennent une ressource précieuse pour la gestion de certains projets et une voix importante lors de l'évaluation des résultats.

À titre d'exemple, il convient de présenter les modèles de participation de la collectivité à l'organisation des services socio-sanitaires adoptés par trois régions italiennes (Lombardie, Émilie-Romagne et Toscane).

La région Lombardie, en conformité avec sa philosophie reposant sur la « liberté de choix » du citoyen, considère les citoyens et les familles, individuellement ou en association, comme les principaux interlocuteurs des processus d'intégration socio-sanitaire. Le rôle de la famille en tant qu'« objectif central du Plan socio-sanitaire régional » est particulièrement souligné car le *principe de subsidiarité* qui caractérise la nouvelle protection sociale met la famille au centre du système d'aide sociale et de santé, en lui accordant une double fonction sociale en tant que *capteur* privilégié des besoins et *producteur* solidaire de ressources. Réaliser une politique pour la famille signifie favoriser la croissance de son rôle et de sa valeur en tant que ressource primaire, bien commun et entité sociale ayant des droits, et pas seulement en tant qu'aide de celle-ci dans des moments de faiblesse et de difficultés » [voir PSSR 2002-2004]. La participation indirecte par des représentants du troisième secteur, des organisations syndicales et des ordres professionnels est également prévue aux différents groupes thématiques organisés par la Direction générale Famille et Solidarité sociale de la région.

La région Émilie-Romagne tend en revanche à privilégier des formes de participation indirecte dont les principaux interlocuteurs sont les associations de promotion sociale, de bénévolat, de plaidoyer et syndicales, aussi bien en ce qui concerne l'expérience des Comités consultatifs mixtes (CCM) au niveau des unités sanitaires (hospitalières et AUSL) et leur coordination au niveau régional (CCRQ), qu'en ce qui concerne les deux principales expériences de programmation des Plans de Zone et des Plans pour la Santé.

Le même parcours est choisi par la région Toscane qui ne prévoit pas la participation d'acteurs privés parmi les entités constitutives des Sociétés de la Santé, mais opte plutôt pour le troisième secteur et, ici aussi, en particulier pour les associations de protection et de plaidoyer comme les formes de représentation et de participation indirecte de citoyens.

RAPPORT DU GOUVERNEMENT ITALIEN SUR L'ART. 23 DE LA CHARTE SOCIALE EUROPÉENNE – Droit des personnes âgées à une protection sociale – ANNÉE 2016.

LA PROTECTION JURIDIQUE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LE DROIT ITALIEN.

1. Les personnes âgées dépendantes dans le droit civil.

Avant d'aborder les institutions juridiques qui protègent les personnes âgées qui ne peuvent pas répondre de façon autonome à leurs propres besoins, il s'avère nécessaire d'exposer deux concepts fondamentaux utilisés dans le droit civil, mais aussi dans le droit pénal.

En particulier, lorsqu'on parle de mesures de protection des personnes âgées, même « juridiquement dépendantes », il est nécessaire de se référer à la notion de capacité d'agir.

Si, d'une part, toute personne acquiert à la naissance la capacité juridique ou la capacité d'être titulaire de toutes les situations juridiques subjectives liées à la protection de ses propres intérêts, de l'autre, pour exercer ces droits, il est nécessaire de disposer de la capacité d'agir qui doit être entendue comme la capacité à mettre en œuvre soi-même des actes volontaires qui auront une influence dans sa propre sphère juridique.

La capacité d'agir s'acquiert à l'âge de la majorité, c'est-à-dire à son dix-huitième anniversaire (art. 2, alinéa 1 du Code civil).

La personne physique n'est pas toujours en mesure de gérer personnellement les situations juridiques qu'elle détient, pour cause de maladie, de déclin des facultés intellectuelles et/ou liées à la volonté (il suffit de penser aux personnes âgées). Pour remédier à ces circonstances, le législateur national a prévu une série d'institutions, régies par le titre XII du livre I du Code civil, qui règlementent les mesures de protection des personnes dépourvues, en totalité ou en partie, d'autonomie. Parmi ces institutions, la **sauvegarde de justice**, mise en place par la loi n° 6/2004, revêt une importance particulière.

L'art. 404 du Code civil prévoit que « toute personne qui, en raison d'une infirmité ou d'un handicap physique ou mental, se trouve dans l'impossibilité, même partielle ou provisoire, de subvenir à ses propres intérêts, peut être assistée par un mandataire spécial, nommé par le juge des tutelles du lieu où elle réside ou elle a son domicile ».

Comme il ressort de la disposition en question, il est possible de recourir à la nomination d'un mandataire spécial lorsqu'un individu est atteint d'une infirmité ou d'un handicap partiel, même provisoire, affectant également certains traits de la personnalité (il suffit par exemple de penser à

une personne qui, bien que dotée d'une capacité de gérer ses propres affaires supérieure à la moyenne, s'adonne aux jeux de hasard).

La fonction du mandataire spécial s'applique largement à la pratique judiciaire en raison de sa polyvalence et de son aptitude à faire face à la multiplicité de situations concrètes. Par rapport à celle-ci, les institutions de l'**interdiction** et l'**incapacité** (régies par le titre XII, livre I du Code civil, chapitre II) ont revêtu un caractère résiduel et sont utilisées lorsque la mesure de protection représentée par la sauvegarde de justice se révèle inapte à assurer une protection adéquate aux intérêts de la personne inapte (en ce sens, Cour constitutionnelle n° 440/2005 ; Cassation n° 4866 du 1^{er} mars 2010 ; Cassation n° 17421 du 24 juillet).

L'interdiction entraîne la nomination d'un tuteur, qui remplace à tous égards la personne interdite, contrairement au mandataire spécial qui assiste mais ne remplace pas la personne nécessitant une assistance pour accomplir ses propres actes juridiques. Le mandataire spécial ne se substitue pas à la personne en difficulté pour gérer ses propres intérêts, mais se présente comme un ami, en valorisant le rôle central de la personne qui doit toujours être protégée avec le plus grand respect, sans annuler son identité et les ressources qui y sont présentes. Pour déterminer les actes exigeant la représentation ou l'aide du mandataire spécial, le juge doit poursuivre l'objectif de la « moindre limitation de la capacité d'agir de l'intéressé (art. 1 de la loi n° 6/2004 qui codifie le principe de la protection maximale de l'autogestion de la personne assistée).

Contrairement à ceux de l'interdiction et de l'incapacité, qui sont prédéterminés par la loi, les effets de la sauvegarde de justice sont identifiés au cas par cas par le juge des tutelles, qui peut également les modifier en cours de route. En particulier, en plus de choisir le mandataire spécial de préférence au sein des membres de sa famille et, dans tous les cas, parmi les personnes indiquées dans l'article 408, alinéa 1 du Code civil, le juge des tutelles doit également énumérer leurs tâches ou identifier les actes que le mandataire peut accomplir au nom et pour le compte de l'assisté, avec la possibilité de les annuler si le bénéficiaire devait les mettre personnellement en œuvre. De même, les actes pour lesquels le mandataire doit en revanche donner son accord sont identifiés, en se limitant ainsi à prêter assistance au bénéficiaire (art. 412, alinéa 2 du Code civil). Pour tous les autres actes, la personne soumise à la sauvegarde de justice continue de profiter de sa pleine capacité d'agir.

2. Un bref rappel sur le système pénal.

Parmi les délits les plus commis contre les personnes âgées, on compte le délit d'**abus de personnes incapables**, prévu par l'**art. 643 du Code pénal**, selon lequel « toute personne qui, pour se procurer un bénéfice pour soi-même ou pour autrui, abuse des besoins, des passions ou de

l'inexpérience d'une personne mineure, ou abuse de l'infirmité ou de la déficience mentale d'un individu, même s'il n'est pas interdit ou incapable, l'incite à commettre un acte entraînant un quelconque effet juridique dommageable pour lui ou autrui, sera punie d'une peine allant de deux à six ans d'emprisonnement et d'une amende de 206 à 2 065 euros ».

Selon la doctrine dominante, le fondement de cette règle s'inscrirait dans la nécessité de protéger le patrimoine de la victime, ainsi que la liberté de disposer d'elle-même.

Il convient également de rappeler les dispositions pénales pour protéger les familles. En particulier, l'**art. 571 du Code pénal, abus des moyens de correction ou de discipline**, stipulant que « toute personne qui abuse des moyens de correction ou de discipline au détriment d'une personne soumise à son autorité ou lui étant confiée pour des raisons d'éducation, d'instruction, de soins, de surveillance ou de garde, ou pour exercer une profession ou un art, sera punie, si cet acte entraîne un risque de maladie physique ou mentale, d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à six mois. Si l'acte entraîne une blessure, les peines prévues par les articles 582 et 583 sont appliquées, réduites à un tiers ; s'il aboutit à la mort, la peine d'emprisonnement de trois à huit ans est appliquée ».

Sans oublier l'**art. 572 du Code pénal, maltraitance contre des membres de sa famille ou des concubins**, selon lequel « toute personne qui, en dehors des cas visés à l'article précédent, maltraite une personne de sa famille ou avec laquelle elle cohabite, ou une personne soumise à son autorité ou lui étant confiée pour des raisons d'éducation, d'instruction, de soins, de surveillance ou de garde, ou pour exercer une profession ou un art, sera punie d'une peine d'emprisonnement allant de deux à six ans. La peine augmente si les faits sont commis au détriment de mineurs de moins de quatorze ans. Si les faits conduisent à des blessures graves, la peine d'emprisonnement de quatre à neuf ans est appliquée ; s'ils conduisent à des blessures très graves, l'emprisonnement va de sept à quinze ans. Enfin, s'ils entraînent la mort, l'emprisonnement va de douze à vingt-quatre ans ».

3. Interventions d'aide sociale d'ordre national.

Il convient de réaffirmer la centralité de la loi n° 449 du 27 décembre 1997 (Mesures pour la stabilisation des finances publiques) qui a institué le **Fonds national pour les Politiques sociales** (FNPS) (plus tard redéfini par la loi 320/2000), qui est la source nationale de financement spécifique des interventions et des services sociaux aux personnes et aux familles. Les ressources du FNPS, attribuées par le décret du Ministère du Travail et des Politiques sociales de concert avec le Ministère de l'Économie et des Finances et en accord avec la Conférence unifiée, sont réparties entre le Ministère du Travail et les régions.

Pour 2015, ces ressources ont été affectées par le décret du Ministère du Travail et des Politiques sociales, publié sur le Journal officiel n° 165/2015. Par rapport à l'année précédente, les ressources mises à la disposition des régions ont connu une légère augmentation en passant, pour le Fonds des politiques sociales, d'environ 258 millions d'euros à 278 (le montant total du Fonds s'élève à 313 millions en tenant également compte de la part du ressort du Ministère du Travail).

Avec la loi n° 296 du 27 décembre 2006 (art. 1, al. 1264) le **Fonds national pour le manque d'autonomie** a été créé dans le but de fournir un soutien aux personnes gravement handicapées et aux personnes âgées dépendantes, afin qu'elles puissent rester avec dignité à leur domicile, en évitant le risque d'institutionnalisation, et pour assurer, sur tout le territoire national, la mise en œuvre des niveaux essentiels des prestations d'assistance. Ces ressources s'ajoutent aux ressources déjà destinées aux prestations et aux services pour les personnes dépendantes par les régions et par les collectivités locales et visent à couvrir les coûts d'ordre social de l'assistance socio-sanitaire.

Le Fonds a bénéficié de 100 millions d'euros pour l'année 2007, de 300 millions pour 2008, de 400 millions pour 2009, de 400 millions pour 2010, de 100 millions pour 2011 (axés sur les interventions en faveur de la SLA) et de 275 millions pour l'année 2013. Dans la loi de stabilité de 2014, les ressources lui étant allouées s'élevaient à 350 millions d'euros, réparties entre les régions par le décret interministériel, et après un accord conclu entre les ministères et les régions, avec les associations de personnes handicapées, 40% des ressources ont été alloués pour 2014 à des interventions en faveur des handicaps extrêmement graves, y compris la SLA. À partir de 2015, la principale nouveauté est que le fonds est identifié comme étant structurel pour les années à venir, ce qui monte la dotation à 400 millions d'euros, qui est donc revenue à son record historique de 2009.

Les ressources sont attribuées aux régions en fonction de la population âgée dépendante et des indicateurs socio-économiques. Depuis 2014, on a identifié une part de 10 millions d'euros attribuée au Ministère du Travail et des Politiques sociales pour la promotion d'interventions innovantes en matière de vie autonome.

Ce sont des initiatives expérimentales proposées par les régions et les provinces autonomes pour adopter un modèle d'intervention uniforme sur tout le territoire national, pour la promotion de la vie autonome et l'intégration sociale des personnes handicapées. Déjà en 2013, les premières lignes directrices pour la présentation de projets expérimentaux en matière de vie autonome et d'intégration sociale des personnes handicapées avaient été publiées, afin d'orienter le travail des institutions, en collaboration avec les associations représentant les personnes handicapées, vers des modèles d'intervention partagés en la matière. Au total, environ 200 zones territoriales ont été impliquées.

Parmi les mesures en faveur des personnes âgées à faible revenu, on compte la **Carte d'Achats**, introduite par le décret-loi n° 112/2008, dont peuvent bénéficier les personnes âgées de 65 ans ou plus ayant un revenu total inférieur à 6 788,61 € par an ou s'élevant à moins de 9 051,48 € par an si elles ont 70 ans ou plus et si elles répondent à des critères précis.

La Carte d'Achats a une valeur de 40 euros par mois et est rechargée tous les deux mois de 80 euros sur la base des fonds disponibles au fur et à mesure. Il s'agit d'une carte de paiement électronique qui peut être utilisée pour les dépenses alimentaires dans les magasins participants et pour le paiement d'abonnements domestiques (gaz et électricité) dans les bureaux de poste. Les frais engagés avec cette Carte ne sont pas débités à son titulaire, mais ils sont débités et payés directement par l'État. La carte n'est pas autorisée pour le retrait d'espèces. Les titulaires de la Carte d'Achats peuvent obtenir une réduction de 5% dans les magasins et les pharmacies participant à l'initiative. La réduction est accordée uniquement pour les achats effectués exclusivement avec la Carte d'Achats et n'est pas applicable à l'achat de médicaments ou au paiement du ticket modérateur.

Si elles sont équipées en ce sens, les pharmacies assurent aux bénéficiaires de la Carte d'Achats qui effectuent un achat d'un montant quelconque avec cette Carte, la mesure gratuite de la tension artérielle et/ou du poids corporel. La réduction est cumulable avec d'autres initiatives promotionnelles ou réductions appliquées aux clients en général, ainsi qu'avec celles du même genre assurées aux titulaires de cartes de fidélité émises par ces mêmes magasins (par exemple, dans les supermarchés).

Les projets Carte d'Achats prévoient la possibilité que les collectivités locales puissent décider, au profit de leurs résidents, le crédit sur la carte de sommes supplémentaires et, en outre, offre la possibilité à certaines entreprises de prévoir des réductions particulières sur la fourniture de biens d'utilité publique. De plus, il est également possible que des entités privées puissent effectuer des versements à titre spontané et solidaire sur le Fonds.

4. Pensions.

En ce qui concerne les **pensions de retraite, d'invalidité et de survivants** et l'institution de l'**allocation sociale**, se reporter au XVI^{ème} Rapport sur l'art. 12 de la Charte sociale européenne (droit à la sécurité sociale).

5. Service sociaux assurés par les régions et les collectivités locales.

Compte tenu de ce qui précède sur le plan de la législation nationale, il est à noter que les services sociaux, comprenant notamment les mesures pour protéger les personnes âgées, font partie des domaines relevant de la compétence des régions et des collectivités locales, conformément au principe de subsidiarité visé dans les articles 5 et 118 de la Constitution.

De nombreuses régions et communes ont adopté des mesures de protection qui s'ajoutent à celles d'ordre national, dont certaines sont indiquées ci-dessous à titre d'exemple, compte tenu de l'impossibilité d'offrir une vue globale de toutes les interventions territoriales en la matière.

L'allocation de soins est une aide financière introduite par la commune de Milan pour soigner et aider les personnes qui ont besoin d'une assistance permanente car elles sont dépendantes, comme par exemple les personnes âgées et les personnes handicapées fragiles et avec un faible réseau familial.

Les objectifs de cette forme d'aide sont : promouvoir l'assistance à domicile, réduire les admissions dans les structures résidentielles, laisser les personnes dans leur contexte familial et social.

L'allocation de soins est versée tous les trois mois : le montant varie en fonction du type de projet de soins que le demandeur ou sa famille a déjà activé lors de la demande.

Les destinataires de l'allocation de soins sont : les personnes âgées qui avaient au moins 65 ans lors de la demande et les personnes handicapées de 18 à 64 ans.

Les demandeurs doivent résider dans la commune, doivent être dépendants (la commission médicale compétente doit avoir vérifié l'état d'invalidité civile et le droit de percevoir l'indemnité d'accompagnement) et leur ménage doit avoir une valeur ISEE inférieure ou égale à 13 000 €

Les maisons de repos et les résidences de soins et d'assistance (RSA) sont des établissements pour les personnes âgées.

Les maisons de repos s'occupent des personnes âgées autonomes : ce sont des résidences réservées à des personnes qui se portent bien, mais qui, pour diverses raisons, décident de ne plus vouloir vivre seules. Le modèle habituel des maisons de repos est que chaque personne ou couple dans la maison a une chambre du style appartement. Des services supplémentaires sont fournis dans l'établissement, comme les repas, le ramassage, les loisirs et une certaine forme d'assistance médicale.

En revanche, les RSA accueillent les personnes partiellement ou entièrement dépendantes. Il ne s'agit pas d'établissements hospitaliers, mais elles ont tout de même un aspect médical. Elles

accueillent, pendant une période allant de quelques semaines à plusieurs années, des personnes dépendantes qui ne peuvent pas être aidées à domicile et qui ont besoin de soins médicaux spéciaux de plusieurs spécialistes et d'une assistance médicale structurée. Une résidence de ce type assure l'assistance médicale et infirmière, d'éventuels soins de rééducation (par exemple, la physiothérapie), une aide pour effectuer les activités quotidiennes et des activités d'interaction sociale.

Certaines communes offrent également le service de **complément des frais de séjour**, qui est une aide financière municipale couvrant partiellement ou totalement les frais de séjour dans des établissements résidentiels communautaires ou socio-sanitaires. Il est accordé différemment en fonction de la situation générale et de la capacité économique du ménage et il est versé directement à l'organisme de gestion. L'aide est destinée à assurer un parcours d'accueil et d'assistance adéquat aux personnes âgées dépendantes ou gravement handicapées qui ne peuvent pas être aidées à domicile.

Les destinataires de l'aide pour le complément des frais de services résidentiels sont :

- les personnes handicapées et les personnes âgées sans soutien familial adéquat et/ou avec un niveau d'altération fonctionnelle qui ne leur permet pas de rester chez elles ;
- les personnes handicapées et les adultes en situation de marginalisation très grave, sans logement ni réseau familial de référence.

L'aide s'adresse aux personnes qui ne parviennent pas à supporter en toute autonomie les frais de séjour et qui ont besoin d'un placement résidentiel à cause d'une situation de risque certifiée par un service public ou ordonnée par l'autorité judiciaire.

Le **centre de jour intégré** (mis en place dans les communes de Crema et Torre dei Picenardi) est un service semi-résidentiel qui offre des prestations socio-sanitaires pour améliorer le niveau de vie des personnes âgées. Le centre est dédié aux personnes âgées qui vivent chez elles, qui sont partiellement autonomes et qui ont besoin d'une assistance dépassant la capacité de l'intervention à domicile, mais qui n'ont pas encore besoin d'être admises dans une RSA ou une maison de repos. Le centre est donc un intermédiaire entre l'assistance à domicile et les établissements résidentiels. En plus d'améliorer le niveau de vie des personnes âgées, le centre cherche à éviter, ou du moins à retarder, l'admission dans un établissement résidentiel en offrant des prestations d'aide sociale, de santé et de rééducation typiques des établissements résidentiels. En outre, il aide le ménage en prenant en charge les situations qui sont devenues trop difficiles à cause de l'intensité et de la

continuité des interventions nécessaires. Le centre cherche à offrir une aide réelle et des moments de protection et de soulagement aux familles des personnes âgées.

Service de livraison à domicile des médicaments : il récupère la documentation médicale spécifique chez le médecin généraliste qui doit être présentée aux pharmacies signalées pour acheter les médicaments et les livrer au domicile du patient.

Le service s'adresse aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux professionnels, aux ouvriers et à quiconque ait des difficultés à se déplacer et de temps. Les médicaments seront livrés aux intéressés à leur domicile, le premier jour utile parmi ceux prévus par ce service.

De nombreux commerces offrent un service de **livraison à domicile des courses**, destiné aux personnes qui ne sont pas en mesure de faire elles-mêmes leurs courses hebdomadaires et qui n'ont pas de réseau d'assistance pouvant les aider dans cette activité. Le service permet aux personnes âgées de rester chez elles.

La Région Lombardie (Délibération du Conseil régional n° 10/4249 du 30/10/2015) a prévu un **programme opérationnel de mesures d'aide destinées aux personnes gravement handicapées et aux personnes âgées dépendantes**, c'est-à-dire aux personnes qui ont besoin d'une aide permanente, qui vivent souvent dans une situation de fragilité et qui ont un faible réseau familial. Elles se traduisent par des interventions d'ordre social pour acheter des prestations, des services complémentaires ou s'ajoutant à l'aide à domicile.

Les mesures d'aide prévues sont les suivantes :

- coupon social mensuel pour un aidant familial ;
- coupon social mensuel pour l'achat de prestations d'assistant familial avec un contrat de travail régulier ;
- coupon social mensuel pour des projets de vie indépendante ;
- aides sociales pour des périodes de soulagement ;
- chèques-services/coupons sociaux pour l'aide à domicile ;
- renforcement du service d'aide à domicile (SAD).

Les objectifs de cette forme d'aide sont :

- promouvoir l'aide à domicile ;
- réduire les admissions dans les établissements résidentiels ;
- laisser les personnes dans leur contexte familial et social.

Un autre service social est le **service infirmier** en consultation externe et à domicile. Ce dernier est notamment destiné aux personnes dépendantes résidant dans la commune et qui ne peuvent pas accéder seules aux consultations en milieu hospitalier.

Le **service de transport social** consiste à accompagner les personnes dépendantes ou dépourvues du soutien familial nécessaire de leur domicile aux établissements de soins, de rééducation, d'interaction sociale et de formation dont ils ont besoin. Le service s'adresse :

- aux plus de 65 ans ;
- aux personnes qui n'ont pas de moyen de transport personnel ;
- aux personnes qui ont un certificat d'invalidité ;
- aux personnes handicapées ;
- aux personnes en difficultés sociales.

Le service est effectué en collaboration avec différentes associations qui interviennent sur le territoire et qui se rendent disponibles en utilisant, si nécessaire, des moyens adaptés et conformes :

Certaines communes ont activé le service d'**Alarme sociale** qui permet de téléphoner de manière automatique et immédiate aux services publics de secours en cas de malaise.

Ce service sert à assurer la sécurité et le bien-être des personnes âgées ou des personnes handicapées. Il est utile pour ceux qui vivent seuls ou qui veulent continuer à vivre chez eux en toute sécurité, même avec des problèmes liés à l'âge, à la santé ou à une autonomie personnelle limitée.

Du personnel spécialisé installe au domicile du bénéficiaire un appareil téléphonique particulier équipé d'un dispositif connecté à l'appareil téléphonique du domicile. En cas d'urgence, en appuyant sur le bouton, l'appareil se met automatiquement en contact avec le central téléphonique qui décide des modalités d'intervention.

ARTICLE 30

Droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Cadre réglementaire de référence

- Constitution de la République italienne ;
- Loi 449/1997 Fonds national pour les Politiques sociales ;
- Loi 296/2006 Fonds national pour le manque d'autonomie ;
- Loi 147/2013 Extension de la Carte d'Achats aux ressortissants étrangers ;
- Loi 183/2014 Allocation de Chômage (ASDI) ;
- Loi 190/2014 Financement structurel Fonds Carte d'Achats – institution du « bonus-bébé » ;
- Loi 208/2015 Fonds pour la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale ;
- Décret législatif n° 22 du 4 mars 2015
- Décret-loi 112/2008 « Carte d'Achats » ;
- Décret-loi 78/2010 Registre de l'Assistance ;
- Décret-loi 201/2011 réforme ISEE (indicateur de situation économique équivalente) ;
- Décret-loi 5/2012 Mise à l'essai de l'Aide à l'Inclusion active (SIA) ;
- Lignes directrices pour la préparation et la mise en œuvre des projets de prise en charge de l'Aide à l'Inclusion active (SIA) ;
- Grandes lignes nationales en matière de politiques en faveur des personnes sans abri.

Ressources mobilisées

Il est d'abord à noter que le gouvernement italien a prévu une stabilisation progressive et une augmentation des ressources publiques consacrées au renforcement des services sociaux et à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, tel qu'indiqué plus loin. En outre, la Commission européenne a approuvé en décembre 2014 le Programme opérationnel national (PON) Inclusion présenté par le Ministère du Travail et des Politiques sociales et cofinancé par le FSE. Il s'agit, pour l'Italie, du premier PON entièrement consacré à l'inclusion sociale.

Le **Fonds national pour les Politiques sociales** (FNPS), comme cela a déjà été expliqué dans le rapport précédent, est un fonds destiné aux régions pour le développement du réseau intégré d'interventions et de services sociaux, tel que prévu par la loi 328/2000. Une part du Fonds est également attribuée au Ministère du Travail et des Politiques sociales pour les interventions d'ordre national. Entre 2008 et 2010, les transferts du Ministère aux régions ont été réduits, mais avec la loi de stabilité de 2015, il a été décidé d'établir une enveloppe budgétaire annuelle et structurelle de 300 millions à partir de 2015. À partir de 2014, une autre condition a été introduite pour l'octroi du financement. En effet, les régions doivent envoyer la programmation des interventions qu'elles comptent mettre en œuvre.

Pour 2013, les ressources allouées au **Fonds national pour le manque d'autonomie** (FNA) ont été de 275 millions. Dans la Loi de stabilité de 2014, les ressources qui lui ont été allouées s'élevaient à 350 millions d'euros ; 40% des ressources pour 2014 ont été destinées à des interventions en faveur des handicaps extrêmement graves. La loi n° 190 du 23 décembre 2014 (Loi de stabilité 2015)

prévoit que, pour 2015, l'enveloppe du Fonds soit augmentée de 400 millions d'euros. Le Fonds a été créé en 2006 avec la loi n° 296 du 27 décembre 2006 (art. 1, al. 1264), dans le but de fournir un soutien aux personnes gravement handicapées et aux personnes âgées dépendantes, afin qu'elles puissent rester avec dignité à leur domicile, en évitant le risque d'institutionnalisation, et pour assurer, sur tout le territoire national, la mise en œuvre des niveaux essentiels des prestations d'assistance. Ces ressources sont en sus des ressources déjà allouées aux prestations et aux services pour les personnes dépendantes par les régions et par les collectivités locales et visent à couvrir les coûts d'ordre social de l'assistance socio-sanitaire.

En référence à la **Carte d'Achats de 2008**, créée par l'art. 81 du décret-loi 112/2008 et décrite dans le précédent rapport, accordée aux personnes âgées de 65 ans ou plus et aux enfants de moins de trois ans, la Loi de stabilité 2014 a prévu un budget de 250 millions d'euros pour 2014. Toujours à propos de cette mesure, la Loi de stabilité 2015 (loi 190/2014) a prévu un financement pleinement opérationnel de 250 millions d'euros annuels à partir de 2015 sur le **Fonds Carte d'Achats**. Il a également été établi qu'une partie du Fonds, d'un montant de 50 millions d'euros, soit consacré au démarrage de la mise à l'essai d'une mesure universelle de lutte contre la pauvreté absolue, l'**Aide à l'Inclusion active (SIA)**, dans les 12 plus grandes villes italiennes.

Pour la mise à l'essai de l'**Aide à l'Inclusion active (SIA)** dans les régions du Sud, des ressources s'élevant à 167 millions d'euros ont été allouées (art. 3, alinéa 2, du décret-loi 76/2013) et, plus tard, pour l'extension sur tout le territoire national, d'autres ressources ont été allouées d'un montant de 120 millions d'euros (art. 1, alinéa 216, de la Loi de stabilité 2014). La Loi de stabilité 2014 a également prévu la possibilité - en présence de ressources disponibles et par rapport au nombre réel de bénéficiaires - d'utiliser les ressources restantes des 250 millions alloués comme enveloppe pour la Carte d'Achats ordinaire pour l'extension de la mise à l'essai de la SIA.

Les ressources allouées en 2016 s'élèvent à environ 750 millions d'euros et permettront d'aider environ 200 000 familles, 500 000 mineurs, pour un total de près d'un million de personnes. La demande pour bénéficier de la SIA pourra être présentée à partir du 2 septembre 2016, en utilisant le formulaire spécifique (qui devra ensuite être déposé à la commune de résidence) élaboré par l'INPS et publié sur les sites du Ministère du Travail et de l'INPS. Aux 750 millions destinés à l'aide financière des familles qui répondent aux conditions d'éligibilité pour en bénéficier s'ajoutent maintenant les 486 943 523,00 euros qui constituent l'enveloppe budgétaire globale de l'avis public adressé aux communes, coordonnées entre elles sur le plan territorial, pour financer des interventions visant à renforcer le réseau de services pour la prise en charge et l'activation des familles bénéficiant de la SIA, telles que définies dans les « Lignes directrices pour la préparation et la mise en œuvre des projets de prise en charge de l'Aide à l'Inclusion active ».

Les propositions de projets devront être liées à l'exécution de fonctions telles que :

- les services de secrétariat social,
- le service social professionnel pour l'évaluation multidimensionnelle des besoins du ménage et la prise en charge,
- les interventions pour l'inclusion active,
- la promotion d'accords de collaboration avec les administrations compétentes sur le territoire en matière de services de l'emploi, de protection de la santé et de l'éducation, ainsi

qu'avec des acteurs privés actifs dans le cadre des interventions de lutte contre la pauvreté et des organismes à but non lucratif.

L'avis identifie également trois domaines principaux pour les actions éligibles au financement :

- Action A, dédiée au renforcement des services sociaux (services de secrétariat social et pour la prise en charge, services d'information aux utilisateurs) ;
- Action B, concernant les interventions socio-éducatives et d'activation professionnelle (stages, bourses de travail, orientation, conseil et information pour accéder au marché du travail, formation professionnelle) ;
- Action C, visant à promouvoir des accords de collaboration en réseau, incluant toutes les activités destinées aux opérateurs des contextes territoriaux, des services de l'emploi, des services de santé, pour l'éducation et la formation, ainsi que des actions de mise en réseau liées à la Sia (accès, prise en charge, planification).

Les ressources allouées pour le financement des projets, qui font partie du Fonds social européen 2014-2020 du Pon Inclusion, se réfèrent à des interventions à mettre en œuvre dans la période 2016-2019, séparées en trois types de régions (plus développées, moins développées, en transition) en référence aux axes 1 et 2 du Pon Inclusion.

En outre, en référence au **Programme opérationnel national Inclusion** approuvé en 2014, environ 800 millions de ressources ont été allouées aux régions les moins développées ou en transition et environ 270 millions d'euros sont attribués aux régions les plus développées. Les ressources du PON Inclusion sont principalement destinées à soutenir l'Aide à l'Inclusion active, notamment par le développement de mesures d'activation et de services de prise en charge adressés aux bénéficiaires de la Carte.

Le décret législatif n° 22 du 4 mars 2015 a établi, tel que prévu par la loi 183/2014 (Jobs Act), à partir du 1^{er} mai 2015, à titre expérimental pour l'année 2015, l'Allocation de chômage (ASDI), dont la fonction est de fournir une protection d'aide au revenu aux travailleurs bénéficiant de la Nouvelle Prestation d'Assurance sociale pour l'Emploi (NASpI). L'article 16, alinéa 7 dudit décret a prévu la création d'un fonds spécial à l'état prévisionnel du Ministère du Travail et des Politiques sociales, dont l'enveloppe budgétaire était de 200 millions d'euros pour 2015.

Dans le cadre des politiques de cohésion de l'Union européenne pour la période de programmation 2014-2020, un nouveau fonds a été créé- le « **Fonds européen d'aide aux plus démunis (FEAD)** » - pour promouvoir des interventions en faveur des personnes en situation de privation matérielle grave. Le nouveau cycle de programmation des politiques de cohésion partage en effet avec la Stratégie Europe 2020 un objectif de lutte contre la pauvreté qui est soutenu non seulement par des fonds structurels, mais également par ce fonds spécifique destiné à fournir une aide alimentaire et matérielle aux personnes en situation d'extrême pauvreté. Le FEAD remplace le précédent Programme d'aide alimentaire aux plus démunis (PEHD), initialement lié à l'utilisation des excédents alimentaires agricoles dans le cadre de la Politique agricole commune. L'Italie a également adhéré à une part dite volontaire, plus que doublant de cette manière les ressources disponibles. Par conséquent, 789 932 100,00 euros au total seront consacrés au Programme FEAD. Pour les choix opérés, l'Italie est le pays d'Europe avec la plus grosse enveloppe budgétaire.

Pour la mise en œuvre des interventions visant à réduire l'**extrême marginalisation**, prévues par les **Programmes opérationnels nationaux** cofinancés par les fonds communautaires (PON Inclusion, PON Villes métropolitaines, PON FEAD), ainsi que pour les Programmes opérationnels régionaux dans le cadre de l'Objectif thématique 9 (Promouvoir l'inclusion sociale et combattre la pauvreté et toute discrimination) à valoir sur le Fonds européen de développement régional (FEDER) et sur le Fonds social européen (FSE), des ressources d'environ 100 millions d'euros ont été allouées.

La pauvreté en Italie entre 2012 et 2014

L'ISTAT (Institut national italien de la statistique) a divulgué les estimations de la pauvreté relative et absolue pour les familles résidant en Italie, reposant sur les données de l'Enquête du Budget pour les familles italiennes. **La pauvreté absolue** est calculée par l'ISTAT sur la base d'un seuil de pauvreté correspondant aux dépenses mensuelles minimum nécessaires pour acquérir le panier de biens et de services qui, dans le contexte italien, est considéré comme essentiel pour un niveau de vie minimum acceptable. **La pauvreté relative** est calculée sur la base des dépenses mensuelles moyennes par personne et est obtenue en divisant le total des dépenses pour la consommation des ménages par le nombre total de membres. En 2014, ces dépenses se sont élevées à 1 041,91 euros par mois. **L'incidence de la pauvreté** est obtenue à partir du rapport entre le nombre de familles ayant des dépenses mensuelles de consommation égales ou inférieures au seuil de pauvreté et le total des familles résidentes. **L'intensité de la pauvreté** mesure à quel point, en pourcentage, les dépenses moyennes des familles considérées comme pauvres sont inférieures au seuil de pauvreté. Enfin, l'indicateur synthétique du **risque de pauvreté et d'exclusion sociale**, défini dans le cadre du système des indicateurs de la Stratégie Europe 2020, montre l'état de privation des personnes dans une dimension essentielle pour leur bien-être : emploi, privation matérielle et risque de pauvreté.

Les résultats concernant la période 2012-2014 indiquent, sur le plan national, une situation de stabilité importante de la pauvreté. En particulier, en 2012, l'incidence de la pauvreté relative était de 10,8%, tandis que la pauvreté absolue était de 5,6%. En 2014, il y eu une tendance similaire dans les deux mesures par rapport à 2012 ; en effet, les valeurs s'élevaient respectivement à 10,3% et 5,7%. En outre, l'intensité de la pauvreté absolue et relative était restée essentiellement la même de 2013 à 2014 (respectivement + 0,3% et -0,3%). La situation des familles avec à la tête une personne à la recherche d'un emploi s'était également améliorée dans les deux mesures, de même que la situation des couples avec enfants en ce qui concerne la pauvreté absolue, tandis que l'inverse se produisait pour la pauvreté relative. Enfin, les deux mesures de pauvreté ont diminué plus le niveau d'enseignement augmentait et ont chuté en pourcentage entre 2013 et 2014, sauf pour le niveau secondaire supérieur et au-delà. En ce qui concerne les familles avec un ouvrier et celles avec un travailleur indépendant, l'incidence de la pauvreté absolue de 2013 à 2014 a diminué, tandis que la pauvreté relative a augmenté.

Enfin, les résultats concernant les trois indicateurs, qui fournissent l'indicateur synthétique de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale ont indiqué une amélioration générale de la situation italienne, même s'ils sont toujours restés supérieurs à la moyenne européenne. Proportionnellement, l'indice

synthétique du risque de pauvreté ou d'exclusion sociale a montré une amélioration en Italie entre 2012 et 2014.

Dans le Sud et les îles, dans la période comprise entre 2012 et 2014, on a observé un niveau d'incidence de la pauvreté relative à la baisse, tandis que la pauvreté absolue a augmenté avant de diminuer presque à des niveaux de 2012 (voir les tableaux 1 et 3). Enfin, l'intensité de la pauvreté absolue pour les familles du Sud, entre 2013 et 2014, est restée constante, tandis que l'intensité de la pauvreté relative a diminué (voir les tableaux 2 et 4). Dans le Nord, l'incidence des deux mesures de pauvreté a diminué, tandis que l'intensité des deux mesures de pauvreté a augmenté (voir les tableaux 2 et 4). Les résultats montrent que, par rapport aux zones, il y avait une tendance essentiellement stable en ce qui concerne l'incidence de la pauvreté absolue et relative. D'autre part, l'intensité de la pauvreté dans le Nord a augmenté pour les deux types de pauvreté, en indiquant une aggravation de la situation pour les plus vulnérables par rapport à ce qui se passait dans le Sud.

Le taux de pauvreté relative

En 2013, 2 645 000 familles étaient en situation de pauvreté relative, soit 10,4% des familles résidentes, soit environ 7 822 000 personnes (environ 13%). En 2014, la situation est restée stable ; la pauvreté relative se situait à 2 654 000 familles, soit environ 10,3%, c'est-à-dire 7 815 000 personnes, soit 12,9%. Même le changement de l'intensité de la pauvreté relative est resté stable pendant les deux années, indiquant un niveau général de la situation économique relative qui n'a pas changé dans tous ses paramètres. Sur le plan géographique, dans le Nord, le centre et le Sud, pendant la période 2012-2014, la pauvreté a légèrement diminué. Dans le centre et le Sud, l'intensité de cette mesure a également diminué, alors que dans le Nord elle a augmenté, indiquant une aggravation de la situation pour les plus vulnérables dans cette dernière zone (voir les tableaux 1 et 2). En outre, en 2013 la majorité des familles pauvres qui vivaient dans des circonstances critiques était concentrée dans le Sud, en Campanie, en Calabre, en Basilicate et en Sicile (voir le tableau 1). En ce qui concerne les **femmes**, la pauvreté relative a essentiellement diminué dans la période 2013-2014, tandis que pour les hommes, elle a augmenté. En outre, la pauvreté relative pour les individus de moins de 18 ans a augmenté, tandis que celle pour ceux de plus de 18 ans et de moins de 34 ans a diminué. Enfin, la pauvreté relative a enregistré une augmentation minimale pour les migrants, de 27,5% en 2013 à 28,6% en 2014.

Tableau 1

	2012	2013	2014	Variation 2013-2014
Incidence de la pauvreté relative				
Incidence de la pauvreté relative chez les femmes	na	12,9%	12,5 %	-0,4%
Incidence de la pauvreté relative chez les hommes	na	13,1%	13,4 %	0,3%

Incidence de la pauvreté relative chez les <18 ans	na	17,5%	19,0%	1,5%
Incidence de la pauvreté relative chez les <18 ans et <34 ans	na	15,7%	14,7%	-1,0%
Incidence de la pauvreté relative chez les familles de migrants	na	27,5%	28,6%	1,1%
Incidence de la pauvreté relative dans le Nord	5,2%	4,6%	4,9%	-0,3%
Incidence de la pauvreté relative dans le centre	7,1%	6,6%	6,3%	-0,8%
Incidence de la pauvreté relative dans le Sud	21,5%	21,4%	21,1%	-0,4%
Incidence de la pauvreté relative chez les familles avec un ouvrier	na	15%	15,5%	0,5%
Incidence de la pauvreté relative chez les familles avec un travailleur indépendant	na	7,8%	8,1%	0,3%
Incidence de la pauvreté relative chez les familles avec un ouvrier dans le centre	na	11,7%	13,9%	2,2%
Incidence de la pauvreté relative en Campanie	na	21,4%	19,4%	-2,0%
Incidence de la pauvreté relative en Basilicate	na	24,3%	25,5%	1,2%
Incidence de la pauvreté relative en Calabre	na	26,6%	26,9%	0,3%
Incidence de la pauvreté relative en Sicile	na	24,1%	25,2%	1,1%
Incidence de la pauvreté relative totale	10,8%	10,4%	10,3%	-0,5%

la variation de l'incidence totale et de celle par zone géographique est calculée pour la période 2012-2014

Tableau 2

Intensité de la pauvreté relative	2012	2013	2014	Variation 2013-2014
Intensité de la pauvreté relative totale	na	22,4%	22,1%	-0,3%
Intensité de la pauvreté relative dans le Nord	na	18,3%	21,5%	3,2%
Intensité de la pauvreté relative dans le centre	na	20,2%	19,8%	-0,4%

Intensité de la pauvreté relative dans le Sud	na	24,1%	22,8%	-1,3%
--	----	-------	-------	-------

Le taux de pauvreté absolue

En 2014, 1 470 000 familles étaient en situation de pauvreté absolue (5,7% des familles résidentes), pour un total de 4 102 000 personnes (6,8% de la population résidente). Sur le plan géographique, entre 2012 et 2014, une légère augmentation de la pauvreté absolue (incidence) a été observée dans le Sud et le centre, tandis que dans le Nord, la pauvreté a diminué de façon constante au fil du temps (voir le tableau 3). Comme cela a déjà été indiqué pour l'indicateur de pauvreté relative, l'intensité de la pauvreté absolue entre 2013 et 2014 a augmenté dans le Nord, en passant de 17,2% à 19,3%, alors qu'elle a diminué dans le centre, en passant de 19,3% à 16,3%. En ce qui concerne les **femmes**, entre 2013 et 2014, la pauvreté absolue a diminué beaucoup plus que celle des hommes. En outre, les résultats concernant les **enfants** et les **jeunes** ont montré que la pauvreté absolue est restée constante pour ceux qui avaient moins de 18 ans et qu'elle a diminué pour ceux qui avaient entre 18 et 34 ans (voir les tableaux 3 et 4). Enfin, la pauvreté absolue pour les familles de migrants a enregistré une légère baisse, en passant de 23,8% en 2013 à 23,4% en 2014. En particulier, dans le Sud, il y a eu une forte diminution de l'incidence de la pauvreté absolue : de 34,7% à 27,1%. Ce chiffre a compensé l'augmentation enregistrée dans le Nord, en passant de 22,3% à 24%.

Tableau 3

Incidence de la pauvreté absolue	2012	2013	2014	Variation 2013-2014
Incidence de la pauvreté absolue chez les femmes	na	7,4%	6,6%	-0,8%
Incidence de la pauvreté absolue chez les hommes	na	7,3%	7,0%	-0,3%
Incidence de la pauvreté absolue chez les <18 ans	na	9,9%	10,0%	0,1%
Incidence de la pauvreté absolue chez les <18 ans et <34 ans	na	8,7%	8,1%	-0,6%
Incidence de la pauvreté absolue chez les familles de migrants	na	23,8%	23,4%	-0,4%
Incidence de la pauvreté absolue dans le Nord	4,8%	4,4%	4,2%	-0,6%
Incidence de la pauvreté absolue dans le centre	4,6%	4,9%	4,8%	0,2%
Incidence de la pauvreté absolue dans le Sud	7,6%	10,1%	8,6%	1,0%
Incidence de la pauvreté absolue chez les familles avec un ouvrier	na	9,9%	9,7%	-0,2%
Incidence de la pauvreté absolue chez les familles avec un travailleur indépendant	na	4,8%	4,3%	-0,5%
Incidence de la pauvreté absolue totale	5,6%	6,3%	5,7%	0,1%

Tableau 4

Intensité de la pauvreté absolue	2012	2013	2014	Variation 2013-2014
Intensité de la pauvreté absolue totale	na	18,8%	19,1%	0,3%
Intensité de la pauvreté absolue dans le	na	17,2%	19,3%	2,1%

Nord				
Intensité de la pauvreté absolue dans le centre	na	19,3%	16,3%	-3,0%
Intensité de la pauvreté absolue dans le Sud	na	20%	20%	0,0%

Risque de pauvreté ou d'exclusion sociale

L'indicateur synthétique de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale montre le pourcentage de personnes touchées par au moins l'une des trois dimensions suivantes : risque de pauvreté, privation matérielle grave et faible intensité de travail.

En ce qui concerne le risque de pauvreté après les transferts sociaux, pour l'Italie, la tendance entre 2012 et 2013 a diminué de 19,4% à 19,1% et la variation négative la plus importante concernait l'indice pour les femmes (-0,7%). En particulier, en 2013, l'incidence pour les actifs, les inactifs et les personnes au chômage était supérieure à la moyenne européenne (voir tableau 5). En ce qui concerne le taux de risque de pauvreté avant et après les transferts sociaux en 2013, l'analyse a montré une incidence plus élevée de la pauvreté après les transferts par rapport à la moyenne européenne, alors que l'inverse a eu lieu avant les transferts, avec un facteur de correction inférieur par rapport à la moyenne européenne (8,9%). La tendance de l'indice de privation matérielle grave pendant la période 2012-2014 a diminué régulièrement, même s'il est toujours resté supérieur à la moyenne européenne (voir tableau 6). Enfin, la tendance concernant l'indice des familles à faible intensité de travail (personnes de moins de 60 ans qui vivaient dans des familles où les adultes, au cours de l'année précédente, avaient travaillé moins de 20% de leur potentiel) est restée constante à 11% au cours de la période de référence et était supérieure à la moyenne européenne au cours des années considérées (voir tableau 6).

Enfin, l'indicateur synthétique de risque de pauvreté ou d'exclusion sociale, qui montre le pourcentage de personnes touchées par au moins l'une des trois dimensions décrites ci-dessus, a baissé de 1,6 points de pourcentage entre 2012 (29,9%) et 2014 (28,3%), indiquant qu'en 2013, le point de flexion de la pauvreté pourrait avoir été atteint. En outre, la répartition par familles avec enfants à charge, entre 2010 et 2013, suggère une légère augmentation du pourcentage de familles touchées par le risque de pauvreté ou d'exclusion sociale.

Donc, entre 2012 et 2014, les résultats suggèrent une légère amélioration de la situation des familles à risque d'exclusion sociale en Italie dans deux différents indicateurs, sauf pour la partie travail, même si la comparaison avec les pays de l'Union européenne montre une situation de plus grande criticité en Italie.

Tableau 5

Risque de pauvreté	2012	2013	Variation	Pourcentage	Pourcentage
--------------------	------	------	-----------	-------------	-------------

			2012-2013	moyen UE 18 2012	moyen UE 18 2013
Taux de risque de pauvreté après les transferts sociaux	19,4%	19,1%	-0,3%	16,8%	16,6%
Taux de risque de pauvreté pour les actifs	na	10,6%	na	na	8,7%
Taux de risque de pauvreté pour les inactifs	na	23,6%	na	na	22,7%
Taux de risque de pauvreté pour les personnes au chômage	na	46,8%	na	na	46,8%
Taux de risque de pauvreté pour les femmes	20,7%	20,1%	-0,6%	17,4%	17,2%
Taux de risque de pauvreté pour les hommes	18,1%	18,1%	0,0%	16,2%	16,1%

Tableau 6

Indices d'exclusion sociale	2012	2013	2014	Variation 2012-2014	Pourcentage moyen UE 27 2012	Pourcentage moyen UE 27 2013	Pourcentage moyen UE 27 2014
Indice de privation matérielle sévère	14,5%	12,3%	11,6%	-15%	9,9	9,6	8,9
Indice pour les familles à faible intensité de travail	11%	11%	11%	0,0%	9%	9%	9,5%

Les personnes sans domicile fixe

En 2014, la deuxième enquête sur la situation des personnes vivant dans l'extrême pauvreté a été effectuée, à la suite d'un accord entre l'Istat, le Ministère du Travail et des Politiques sociales, la Fédération italienne des organismes pour les personnes sans abri (fio.PSD) et la Caritas Italiana.

On a estimé à 50 724¹ les personnes sans abri qui, en novembre et décembre 2014, ont utilisé au moins un service de repas ou d'hébergement de nuit dans les 158 communes italiennes où l'enquête a été menée. Ce total correspondait à 2,43 pour mille de la population régulièrement inscrite dans les communes concernées par l'enquête, une valeur en hausse par rapport à trois ans auparavant, quand il était de 2,31 pour mille (47 648 personnes).

Cependant, l'ensemble observé par l'enquête inclut également les individus qui ne sont pas inscrits à l'état-civil ou qui résident dans des communes autres que celles où ils gravitaient. Près des deux tiers des personnes sans abri (68,7%) ont affirmé être inscrites à l'état-civil d'une commune italienne, une valeur qui baissait à 48,1% chez les ressortissants étrangers et qui atteignait 97,2% chez les Italiens.

La part de personnes sans abri qui a été enregistrée dans les régions du Nord-ouest (38%) est tout à fait comparable à celle estimée en 2011, tout comme celle du centre (23,7%) et des îles (9,2%) ; en revanche, dans le Nord-est, on a observé une diminution (de 19,7% à 18%) qui s'est opposée à l'augmentation dans le Sud (de 8,7% à 11,1%) (Tableau 1).

1

Cette estimation exclut, outre les sans-abris qui, au cours du mois de l'enquête, n'ont jamais mangé dans une cantine et n'ont jamais dormi dans un centre d'accueil, les mineurs, les Roms et toutes les personnes qui, bien que n'ayant pas un foyer, sont accueillis, plus ou moins provisoirement, dans des logements privés (par exemple, ceux qui sont accueillis par des amis, de la famille ou personnes similaires). L'estimation est faite sous forme de sondage et est soumise à l'erreur que l'on commet en observant uniquement une partie et non pas la totalité de la population : l'intervalle de confiance dans lequel se trouve le nombre estimé de personnes sans abri varie, avec une probabilité de 95%, entre 48 966 et 52 482 personnes.

PROSPETTO 1. PERSONE SENZA DIMORA PER ALCUNE CARATTERISTICHE.

Anni 2011-2014, valori assoluti e composizione percentuale

	Valori assoluti		Composizione percentuale	
	2011	2014	2011	2014
Ripartizione geografica				
Nord-ovest	18.456	19.287	38,8	38,0
Nord-est	9.362	9.149	19,7	18,0
Centro	10.878	11.998	22,8	23,7
Sud	4.133	5.629	8,7	11,1
Isole	4.819	4.661	10,1	9,2
Sesso				
Maschile	41.411	43.467	86,9	85,7
Femminile	6.238	7.257	13,1	14,3
Cittadinanza				
Straniera	28.323	29.533	59,4	58,2
Italiana	19.325	21.259	40,6	41,9
Classe di età				
18-34	15.612	13.012	32,8	25,7
35-44	11.957	12.208	25,1	24,1
45-54	10.499	13.204	22,0	26,0
55-64	7.043	9.307	14,8	18,4
65 e oltre	2.538	2.994	5,3	5,9
Titolo di studio				
Nessuno	4.120	4.789	8,7	9,4
Licenza elementare	7.837	8.305	16,5	16,4
Licenza media inferiore	18.409	20.088	38,6	39,6
Diploma di scuola media superiore e oltre	15.833	16.585	33,2	32,7
Nessuna informazione	1.449	957	3,0	1,9
Con chi vive				
Da solo	34.755	38.807	72,9	76,5
Con figli e/o coniuge/partner	3.811	3.035	8,0	6,0
Con altri familiari e/o amici	8.791	8.730	18,5	17,2
Nessuna informazione	291	152	0,6	0,3
Durata della condizione di senza dimora				
Meno di 1 mese	6.806	3.730	14,3	7,4
Tra 1 e 3 mesi	6.748	5.058	14,2	10,0
Tra 3 e 6 mesi	5.669	5.318	11,9	10,5
Tra 6 mesi e 1 anno	7.620	7.593	16,0	15,0
Tra 1 e 2 anni	6.897	7.487	14,5	14,8
Tra 2 e 4 anni	5.413	9.967	11,4	19,7
Oltre 4 anni	7.615	10.833	16,0	21,4
Nessuna informazione	881	738	1,9	1,5
Totale	47.648	50.724	100,0	100,0

Légende :

Tableau 1 – Personnes sans domicile fixe par certaines caractéristiques. Année 2011 -2014, valeurs absolues et pourcentages.

REPARTITION GEOGRAPHIQUE

Nord-ouest

Nord-est

Centre

Sud

Iles

SEXE

Hommes

Femmes

NATIONALITE'
 Etrangère
 Italienne
 TRANCHE D'AGE
 TITRE D'ETUDE
 Aucun
 Diplôme élémentaire
 Diplôme d'enseignement moyen
 Diplôme de fins d'étude secondaire et plus
 Aucune information
 ILS VIVENT
 Seuls
 Avec un enfant et/ou le conjoint/compagnon
 Avec des parents/amis
 Aucune information
 DUREE DE L'ETAT DE SANS ABRI
 Moins de 1 mois
 De 1 à 3 mois
 De 3 à 6 mois
 De 6 mois à 1 an
 De 1 à 2 ans
 De 2 à 4 ans
 Plus de 4 ans
 Aucune Information
 Total

Par rapport à 2011, les principales caractéristiques des personnes sans abri ont également été confirmées : il s'agissait principalement d'hommes (85,7%), d'étrangers (58,2%), de moins de 54 ans (75,8%) – même si, suite à la baisse des moins de 34 ans étrangers, l'âge moyen a légèrement augmenté (de 42,1 à 44,0) – ou avec un faible niveau d'enseignement (un tiers seulement avait au moins le diplôme de l'école secondaire supérieure).

Le pourcentage de personnes vivant seules a augmenté par rapport au passé (de 72,9% à 76,5%), au détriment de celles vivant avec un conjoint ou un enfant (de 8% à 6%) ; un peu plus de la moitié (51%) a déclaré ne jamais s'être marié.

Même la durée de l'état de sans-abri a augmenté par rapport à 2011 : les personnes qui étaient sans abri depuis moins de trois mois ont diminué de 28,5% à 17,4% (celles qui l'étaient depuis moins de un mois étaient réduites de moitié), tandis que la part de celles qui l'étaient depuis plus de deux ans a augmenté (de 27,4% à 41,1%), tout comme celles qui l'étaient depuis plus de quatre ans (de 16% à 21,4%).

À l'instar de ce qui a déjà été observé avec l'enquête précédente, la majorité des personnes sans abri ayant utilisé les services (56%) vivait dans le nord du pays (38% dans le Nord-ouest et 18% dans le Nord-est), plus d'un cinquième (23,7%) dans le centre et seulement 20,3% dans le Sud (11,1% dans le Sud et 9,2% dans les îles). Une fois de plus, le résultat était fortement lié à l'offre de services sur le territoire et à la concentration de la population dans les grandes villes.

Plus d'un tiers des services (35,2%) se trouvait dans le Nord-ouest, un quart (24,1%) dans le Nord-est et 19,1% dans le centre. La partie restante se trouvait dans le Sud et les îles, avec des parts respectives de 15,1% et 6,5%.

Milan et Rome accueillait 38,9% de sans-abris : 23,7% dans le chef-lieu de la Lombardie, une part en légère baisse (de 27,5% en 2011 à 23,7% en 2014), et 15,2% dans la capitale. Palerme était la troisième ville où vivait le plus grand nombre de sans-abris (5,7%, en baisse par rapport aux 8%

en 2011), suivie de Florence (3,9%), Turin (3,4%), Naples (3,1%, en hausse par rapport à 2011 avec 1,9%) et Bologne (2%).

En 2014, il y avait 768 services de repas et d'hébergement nocturne pour les sans-abris dans les 158 communes italiennes où l'enquête a été menée. Par rapport à 2011, le chiffre a baissé de 4,2% : les services de repas sont passés de 328 à 315 et les hébergements nocturnes de 474 à 453. Cependant, si l'on considère les prestations (déjeuners, dîners, lits) fournies chaque mois, on pouvait observer une augmentation de 15,4% (de 749 676 à 864 772), notamment pour les repas où l'augmentation était d'environ 22% (de 402 006 à 489 255). Il en résulte que, dans l'ensemble, les services actifs en 2014 fournissaient, en moyenne, plus de prestations que celles qui étaient actives en 2011 : de 1 226 à 1 553 repas pour les cantines et de 733 à 829 lits pour les hébergements nocturnes.

28% des sans-abris ont déclaré travailler, une valeur stable par rapport à 2011 et sans grandes différences entre les étrangers (28,6%) et les Italiens (27,2%). En revanche, ceux qui ont déclaré avoir un emploi stable étaient en baisse, de 3,8% en 2011 à 2,3% en 2014, et il a été confirmé qu'en parlant d'emploi, il était fait référence principalement à des emplois temporaires, peu sûrs ou occasionnels et peu qualifiés, dans les services (ménage, porteur, transporteur, employé au chargement/déchargement des marchandises ou à la collecte de déchets, jardinier, laveur de vitres, plongeur, etc.), dans le bâtiment (ouvrier, maçon, ouvrier du bâtiment, etc. .) et dans les différents secteurs productifs (ouvrier agricole, charpentier, forgeron, boulanger, etc.). La part de ceux qui n'avaient jamais exercé d'activité professionnelle a également augmenté de manière significative, de 6,7% à 8,7%, en particulier chez les étrangers (de 7,7% à 10,4%). Parmi les personnes qui travaillaient, la part de ceux qui exerçaient une activité pendant plus de 20 jours par mois a baissé (de 32,2% à 30,5%) ; le résultat était uniquement attribuable à la composante italienne, pour laquelle on est passé de 38,6% à 34,2%, où la part de ceux qui travaillaient pendant moins de 10 jours par mois a augmenté (de 33,8% à 38,8%). Enfin, la part de ceux qui ont gagné plus de 500 euros par mois a baissé (de 27,7% à 22,6%), ainsi que le pourcentage de ceux qui ont gagné moins de 100 euros (de 24,1% à 14,8%). Le montant gagné en moyenne était donc stable par rapport à 2011 et s'élevait à un peu plus de 300 euros par mois : 311 euros pour les étrangers et 319 euros pour les Italiens.

Par rapport à 2011, la part des sans-abris qui ont déclaré avoir utilisé les services des équipes d'éducateurs de rue dans les 12 mois précédant l'enquête a augmenté (de 27,6% à 36,4%), en particulier chez les étrangers (de 27,6% à 39,8%). Le contact avec les centres d'écoute ou structures similaires a également augmenté (de 35,7% à 42,7%), ainsi que celui avec des services de distribution de médicaments (de 33,5% à 40,2%). Enfin, mais seulement pour les étrangers, la fréquentation des centres d'accueil de jour a également augmenté (de 31,5% à 35,5%).

Les sans-abris qui se sont adressés à des services sociaux ont augmenté (de 39,8% à 47,1%), tandis que chez les étrangers, le recours à des services de l'emploi a diminué (de 45,2% à 39,4%). Le recours à des services de distribution de colis alimentaire a également baissé (de 40,8% à 34,7%) et, pour les Italiens, aux services d'hébergement nocturne (de 77,1% à 69,6%). Apparemment, la réduction du *turn-over* entre les utilisateurs des services d'hébergement nocturne a surtout concerné la composante italienne qui, à la suite de cette dynamique, a montré des taux d'utilisation beaucoup plus similaires à la composante étrangère par rapport au passé (on passe d'une différence de 10

points de pourcentage à 3 petits points, en atteignant 66,9% pour les étrangers et 69,6% pour les Italiens).

60% des sans-abris avaient réussi à dormir au moins une fois (au cours du mois précédant l'enquête) dans un centre d'accueil de nuit et environ la moitié avait utilisé un service d'accueil de jour et de nuit (ce pourcentage a même doublé par rapport à 2011, en particulier pour les étrangers, pour lesquels on est passé de 20,1% à 51,5%).

Les personnes qui étaient forcées à dormir dans des « lieux » de fortune, comme des voitures, des caravanes ou des wagons de train, ont diminué (de 22,8% à 15,3%), en particulier chez les étrangers (de 22,9% à 12,6%) où le poids en pourcentage de ceux qui ont dormi dehors a également baissé (de 44,2% à 40,9%).

Les femmes représentaient 14,3% des sans-abris, une valeur statistiquement identique à celle estimée en 2011.

Un peu moins de la moitié étaient italiennes (46,1%), l'âge moyen était de 45,4 ans et elles étaient en état de sans-abri en moyenne depuis 2,7 ans (sans différence significative par rapport à 2011). Plus d'un quart (28%) a affirmé travailler, en moyenne, pendant 15 jours par mois, en gagnant environ 329 euros (les estimations n'ont pas changé par rapport à 2011).

Par rapport à 2011, les femmes sans abri vivaient le plus souvent seules (le pourcentage est passé de 56,4% à 62,9%) et moins souvent avec leur conjoint/compagnon ou leurs enfants (de 31,4% à 22,7%). En effet, les femmes sans abri qui avaient vécu comme seul événement la séparation de leur conjoint ou de leurs enfants ont augmenté (de 19,1% à 24,7%).

Les politiques et les stratégies de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Dans le but d'adopter une intervention publique de réduction universelle, structurée et permanente de lutte contre la pauvreté à la place de la multitude d'interventions tampon, coûteuses et peu efficaces, il a été décidé d'adopter une optique qui voit à côté de la présence d'une forte gestion publique, l'apport valorisé des différents acteurs du territoire, chaque étant porteur d'expériences spécifiques et d'une capacité contributive particulière. Le choix est de passer d'une approche seulement réparatrice et d'une assistance matérielle à un modèle d'intervention caractérisé par l'innovation et capable de promouvoir la croissance, le développement et le bien-être humain et social. À cette fin, dans le but de définir une mesure de lutte contre la pauvreté absolue en tant que niveau essentiel à reconnaître sur tout le territoire national, le gouvernement italien avait prévu en 2012 le lancement d'initiatives expérimentales qui allaient au-delà du simple octroi de transferts d'argent ou de biens matériels de première nécessité. En particulier, l'article 60 du décret-loi n° 5 de 2012, dont l'objectif était la lutte contre la pauvreté infantile à partir des familles avec des personnes ayant perdu leur emploi et n'ayant plus d'aide au revenu, a ordonné le lancement dans les 12 villes italiennes avec plus de 250 000 habitants (Milan, Turin, Venise, Vérone, Gênes, Bologne, Florence, Rome, Naples, Bari, Catane et Palerme) la mise à l'essai du programme d'**Aide à l'Inclusion active (SIA)** qui a débuté en 2014 et a pris fin au cours de 2015 (pour 11 des 12 villes). Le programme avait pour objectif la lutte contre la pauvreté infantile. Chaque famille a obtenu jusqu'à environ 400 euros mensuels selon le nombre de composants. Le soutien monétaire a été associé à un projet d'activation

et d'inclusion sociale élaboré par les communes. L'aide était destinée aux familles avec enfants mineurs dans des conditions économiques d'extrême précarité où personne ne travaillait ou travaillait à faible « intensité ».

Le tableau ci-dessous, extrait du Rapport annuel de l'INPS, montre les montants accordés et les familles bénéficiant de l'aide pour l'année 2014.

IMPORTO EROGATO E NUCLEI BENEFICIARI SOSTEGNO INCLUSIONE ATTIVA (SIA) CON ALMENO UN ACCREDITO NELL'ANNO* • ANNO 2014

Città	Importo Erogato	Nuclei Beneficiari	%
Milano	2.071.574	769	11,7
Napoli	3.847.766	1.360	20,7
Torino	2.213.778	952	14,5
Palermo	3.569.766	1.511	23,0
Genova	860.452	378	5,8
Bologna	567.372	221	3,4
Firenze	288.198	112	1,7
Bari	1.127.800	408	6,2
Catania	1.456.448	609	9,3
Venezia	290.288	101	1,5
Verona	383.816	144	2,2
Totale	16.677.258	6.565	100,0

Source : INPS

Légende :

Montants accordés et familles bénéficiant de l'Aide à l'Inclusion active (SIA) avec au moins une accréditation pendant l'année. Année 2014

Villes	Montants accordés	Familles bénéficiant
Milan		
Naples		
Turin		
Palerme		
Gênes		
Bologne		
Florence		
Bari		
Catane		
Venise		
Vérone		
Total		

La mesure fait l'objet d'une évaluation par le Ministère du Travail et des Politiques sociales afin de déterminer l'efficacité de l'intégration de l'aide économique avec des services en faveur de l'inclusion active pour aider à surmonter la situation de détresse. L'évaluation de la mise à l'essai repose sur l'adoption d'approches de type contradictoire qui permettent de mesurer l'efficacité de

l'intervention en comparant les résultats obtenus (données factuelles) avec la situation qui aurait eu lieu en l'absence de la mise à l'essai (données contradictoires), en utilisant à cet effet les informations relatives aux groupes témoins.

Dans toutes les étapes de mise en œuvre du **SIA** dans les douze villes, il a été procédé à différentes réunions avec les responsables des communes en obtenant des résultats documentés sur l'évolution de l'activité de suivi de la mise à l'essai. En outre, le comité technique du Groupe Pauvreté a été constitué et prévoit, outre les communes mentionnées, la participation des représentants des régions concernées par l'extension de la mise à l'essai, avec lesquels ont été partagées les simplifications et les modifications qui seront introduites avec le décret qui déploiera le SIA sur tout le territoire national au cours de 2016.

En outre, le Ministère du Travail et des Politiques sociales a lancé une table ronde avec le partenariat économique et social, ainsi qu'avec le partenariat institutionnel, au cours de 2015, pour l'adoption d'un **Plan national pour la lutte contre la pauvreté et l'exclusion**. Afin d'assurer la mise en œuvre du **Plan**, la Loi de stabilité 2016 (approuvée en décembre 2015) a prévu la création au sein du Ministère du Travail et des Politiques sociales d'un fonds appelé « **Fonds pour la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale** ». Le plan identifie une progression graduelle dans la réalisation de niveaux essentiels des prestations d'assistance à assurer sur l'ensemble du territoire national pour lutter contre la pauvreté. Les fonds alloués pour financer ce Plan seront destinés, entre autres, à l'introduction d'une seule mesure nationale de lutte contre la pauvreté. Grâce à la comparaison fructueuse avec le partenariat économique et social, les instruments les plus appropriés pour la programmation et le suivi des politiques territoriales (Sit) sont en train d'être évalués.

En ce qui concerne les réformes du marché du travail mises en place par le Jobs Act, il convient de signaler une nouveauté importante, introduite pour la première fois dans le droit italien : une allocation de chômage ne relevant pas de la sécurité sociale - la Nouvelle prestation d'Assurance sociale pour l'Emploi (NASpI) - adressée aux plus démunis qui ont épuisé l'allocation de chômage ordinaire sans avoir trouvé un nouvel emploi. Par conséquent, le décret législatif n° 22 du 4 mars 2015 a établi, à partir du 1^{er} mai 2015, à titre expérimental pour l'année 2015, l'**Allocation de chômage** (ASDI), dont la fonction est de fournir une protection d'aide au revenu aux travailleurs bénéficiant de la NASpI, qui ont bénéficié de cette dernière pendant toute sa durée avant le 31 décembre 2015, et qui sont sans emploi et se trouvent dans une situation économique de détresse.

Au cours de la première année d'application, les interventions sont prioritairement réservées aux travailleurs appartenant à des familles avec mineurs et, par conséquent, aux travailleurs proches de l'âge de la retraite. Le versement de l'ASDI est subordonné à l'adhésion à un projet personnalisé établi par les services de l'emploi compétents, contenant des engagements spécifiques en termes de recherche active d'emploi, de disponibilité à participer à des initiatives d'orientation et de formation et d'acceptation d'offres d'emploi appropriées. La participation aux initiatives d'activation proposées sera obligatoire, sous peine de perte de la prestation. La mesure fera l'objet d'un suivi et d'une évaluation selon un projet de recherche spécifique. Pour l'évaluation, des questionnaires pourront être fournis aux bénéficiaires.

En outre, il est à noter que la Loi de stabilité 2014 a prévu, comme cela a déjà été établi pour la nouvelle Carte d'Achats, l'extension de la possibilité d'accès à l'« ancienne » **Carte d'Achats de 2008** aux citoyens de l'UE ou aux membres de familles de citoyens italiens ou de l'UE qui n'ont pas

la nationalité d'un État membre et qui sont titulaires du droit de séjour ou du droit de séjour permanent, ou aux citoyens étrangers en possession d'un permis de séjour CE à long terme. Le tableau ci-dessous indique les montants accordés et le nombre de bénéficiaires pour l'année 2014.

**IMPORTO EROGATO E BENEFICIARI CARTA ACQUISTI
CON ALMENO UN ACCREDITO NELL'ANNO* • ANNO 2014**

Regione	Importo Erogato	Beneficiari	%
Piemonte	9.217.230	26.069	4,2
Valle D'Aosta	175.520	515	0,1
Liguria	3.215.440	8.440	1,4
Lombardia	15.748.968	45.564	7,4
Trentino-Alto Adige	975.040	3.058	0,5
Veneto	7.559.051	21.506	3,5
Friuli-Venezia Giulia	2.053.360	5.754	0,9
Emilia-Romagna	6.792.814	20.282	3,3
Toscana	6.057.840	17.141	2,8
Umbria	1.435.280	4.195	0,7
Marche	2.581.680	7.529	1,2
Lazio	19.329.547	50.704	8,2
Abruzzo	3.740.720	10.043	1,6
Molise	1.021.520	2.640	0,4
Campania	52.431.152	137.033	22,3
Puglia	21.950.381	58.043	9,4
Basilicata	1.907.600	5.100	0,8
Calabria	15.289.149	40.645	6,6
Sicilia	51.546.554	133.710	21,7
Sardegna	6.684.962	17.424	2,8
Totale	229.713.808	615.395	100,0

* Ogni bimestre i requisiti vengono verificati; di conseguenza, un beneficiario può ricevere gli accrediti anche soltanto su alcuni bimestri e non lungo tutto il corso dell'anno. Il valore dell'importo erogato non è comparabile con il numero di beneficiari con almeno un accredito.

Source : INPS – Rapport annuel 2014.

Légende :

Montants accordés et bénéficiaires de la Carte d'Achats avec au moins une accréditation pendant l'année. Année 2014.

Région Montants accordés Bénéficiaires

Piémont

Vallée d'Aoste

Ligurie

Lombardie

Trentin – Haut Adige

Vénétie
Frioul-Vénétie Julienne
Emilie-Romagne
Toscane
Ombrie
Marches
Latium
Abruzzes
Molise
Campanie
Pouilles
Basilicate
Calabre
Sicile
Sardaigne
Total

Enfin, il est à signaler qu'en faveur des familles avec enfants mineurs et dans le but d'encourager la natalité et de contribuer aux dépenses pour son soutien, pour chaque enfant né ou adopté entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 décembre 2017, la Loi de stabilité 2015 a accordé une allocation de 960 euros par an, appelée « **bonus bébé** », versée chaque mois à partir du mois de naissance ou d'adoption. L'allocation est versée jusqu'à ce que l'enfant ait trois ans ou jusqu'à la troisième année à partir du moment où il est arrivé dans la famille après l'adoption, pour les enfants des citoyens italiens ou d'un État membre de l'Union européenne ou des ressortissants de pays tiers avec permis de séjour UE pour les résidents de longue durée, résidant en Italie et à condition que la famille d'origine du parent qui demande l'allocation soit dans une situation économique correspondant à une valeur de l'indicateur de situation économique équivalente (ISEE) ne dépassant pas 25 000 euros par an. Si la famille d'origine du parent qui demande l'allocation est dans une situation économique correspondant à une valeur de l'ISEE ne dépassant pas 7 000 € par an, le montant de l'allocation est doublé.

En outre, de **Grandes lignes nationales en matière de politiques en faveur des personnes sans abri** ont été définies. Les Grandes lignes pour la lutte contre la marginalisation grave des adultes en Italie ont été ratifiées le 5 novembre 2015 au cours de la réunion de la Conférence unifiée (État-régions-villes et collectivités locales), ainsi que le schéma d'accord qui engage les régions et l'État à programmer, préparer et élaborer les actions pour lutter contre la pauvreté sur la base des services et des actions prévues par les grandes lignes. Les grandes lignes constituent la principale référence pour la mise en œuvre des interventions visant à réduire l'extrême marginalisation, prévues dans les Programmes opérationnels nationaux cofinancés par les fonds communautaires (PON Inclusion, PON Villes métropolitaines, PON FEAD), ainsi que pour les Programmes opérationnels régionaux dans le cadre de l'Objectif thématique 9 (Promouvoir l'inclusion sociale et combattre la pauvreté et toute discrimination) à valoir sur le Fonds européen de développement régional (FEDER) et sur le Fonds social européen (FSE).

Le 25 mars 2015 est entré en vigueur le décret interministériel n° 206/2014 du Ministre du Travail et des Politiques sociales en accord avec le Ministre de l'Économie et des Finances, mettant en œuvre le **Registre de l'Assistance**, la base de données qui permettra de construire une sorte de « dossier

social » du citoyen, en recueillant les informations sur toutes les prestations sociales qui lui sont accordées – fournies par l'INPS, les communes, les régions, ainsi que celles fournies par la voie fiscale. Le Registre de l'Assistance est composé, entre autres, de la base de données des évaluations multidimensionnelles dont les informations sont organisées en trois sections correspondant à différentes catégories d'usagers : a) enfance, adolescence et famille ; b) handicap et manque d'autonomie ; c) pauvreté, exclusion sociale et autres formes de détresse, définies à travers trois différents modules, respectivement SINBA, SINA et SIP. La création du Registre vise à fournir un instrument plus approprié pour s'acquitter au mieux de la gestion des interventions nécessitant la prise en charge, la programmation et l'évaluation.

Enfin, il est à noter que le 1^{er} janvier 2015, le nouvel ISEE, l'indicateur en vigueur depuis 1998 utilisé pour évaluer la situation économique des ménages pour réglementer l'accès aux prestations (en espèces et en services) sociales et socio-sanitaires fournies par les différents niveaux de gouvernement, est devenu opérationnel. En général, l'ISEE est utilisé pour l'application de tarifs différenciés en fonction de la situation économique ou pour la fixation de seuils au-delà desquels l'accès à la prestation n'est pas autorisé.

La réforme a été introduite par l'art. 5 du décret « Salva Italia » (décret-loi n° 201/2011) et avait pour objectif la création d'un indicateur encore plus juste dans la répartition du coût des prestations sociales et socio-sanitaires entre les citoyens italiens, et l'introduction de meilleurs critères d'évaluation du revenu et du patrimoine, ainsi que des contrôles plus attentifs.

Le Comité européen des droits sociaux a demandé une mise à jour sur les suites de la Réclamation collective n° 58/2009 (COHRE c. Italie) enregistrée le 29 mai 2009, dénonçant la violation de certains articles, seuls ou conjointement avec l'art. E de la Charte révisée, dont l'article 30. En ce qui concerne cet article, les requérants ont motivé la réclamation en raison des politiques de ségrégation et d'exclusion sociale contre les Roms et les Sintis, ainsi que du refus de leur accorder un statut juridique et une protection sociale.

La réponse sur les suites de la réclamation en question envoyée en 2014 est donc reportée ci-dessous.

« Informations sur le suivi qui a été donné aux décisions du CEDS relatives aux réclamations collectives

- *Réclamation collective n. 27/2004 : Centre européen des Droits des Roms (ERRC) c. Italie*
- *Réclamation collective n. 58/2009 : Centre pour les droits au logement et les expulsions (COHRE) c. Italie*

La réclamation n. **27/2004**, enregistrée le 28 juin 2004, porte sur l'article 31 (droit au logement) seul ou en combinaison avec l'article E (non-discrimination) de la Charte sociale européenne révisée. Les criticités soulevées sont les suivantes :

- *Campements Roms insuffisants et inadéquats ;*
- *Evictions forcées des zones de stationnement et des campements ;*
- *Manque d'un logement fixe et digne.*

La réclamation n. **58/2009**, enregistrée le 29 mai 2009, dénonce la violation des articles suivants, seuls ou en combinaison avec l'article E de la Charte sociale européenne révisée :

- Articles **16** (*droit de la famille à une protection sociale, juridique et économique*) et **31** (*droit au logement*) au motif que les récentes mesures de sureté - dites «urgentes» - ainsi que les discours racistes et xénophobes ont donné lieu à une série d'opérations illégales telles que les évictions forcées et les expulsions des Roms et Sintis de leurs logements, qui les a réduites à l'état de « sans-abri ».
On doit ajouter que l'Italie n'a pas mis en place les Conclusions de la réclamation collective n. 27/2004 ;
- Article **19** (*droit des travailleurs migrants et de leurs familles à la protection et à l'assistance*) – notamment les alinéas 1, 4c et 8 – au motif que l'Italie, en plus de ne pas fournir assistance ou protection pour le logement ou contre la propagande raciste et xénophobe, ne garantit pas les outils appropriés (es. *avoir recours au tribunal*) en cas d'expulsion ;
- Article **30** (*droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale*) au motif des politiques de ségrégation et d'émargination sociale à l'encontre des Roms et Sintis ainsi que du refus à leur concéder un état légal et la protection sociale.

Dans ce contexte, l'absence d'une « Stratégie Nationale », visant à surmonter efficacement les difficultés existantes à l'encontre des Roms et à les protéger contre la pauvreté et l'exclusion sociale, a été constatée.

Réponse :

Les deux réclamations concernent les conditions de vie des populations Roms et Sintis.

Par conséquent, vous trouverez les informations sur les mesures adoptées par le Gouvernement italien pour se conformer aux décisions du CEDS sur les réclamations en parole.

A titre liminaire et afin de mieux comprendre la situation italienne, il faut rappeler que les communautés Roms, Sintis et Camminanti (RSC) présentes sur le territoire national se caractérisent par l'hétérogénéité des groupes, la variété linguistique-dialectal et les différentes cultures. Au cours des années, plusieurs essais visant à favoriser l'intégration, l'inclusion et la reconnaissance des RSC en tant que minorité (nationale ou linguistique) se sont succédé, en confirmant la complexité de leur condition.

Afin de mieux comprendre ce *status quo*, il faut rappeler qu'en se référant à la « communauté RSC » on désigne en fait : les citoyens italiens ; les étrangers provenant d'autre Pays de l'U.E. ; les étrangers extra-européens ; les étrangers qui ont obtenu le droit d'asile et de protection subsidiaire ; les apatrides nés en Italie d'apatrides *de facto*.

En particulier, il convient de noter que, à l'heure actuelle, la minorité RSC n'est pas concentrée dans une zone spécifique du pays, mais elle est répandue dans le territoire national. Le vieux concept qui associait à ces communautés la connotation exclusive de « nomades » est presque dépassé ; en effet, en plus de ne pas encadrer correctement la situation actuelle, désormais le terme « nomadisme » est désuet soit d'un point de vue linguistique soit culturel.

On estime un nombre de RSC qui s'élevé à environ 120.000/180.000 personnes, dont une moitié est italienne et l'autre, bien qu'étrangère, est essentiellement sédentaire.

A la lumière des obligations internationales, régionales, communautaires et nationales de plus en plus importantes et contraignantes, le respect des droits fondamentaux (article 2 de la Constitution italienne) et l'application du principe d'égalité formelle et substantielle (article 3, alinéas 1 et 2 de la Constitution italienne) ont favorisé la mise en place de mesures appropriées et spécifiques visant, en particulier, à favoriser l'inclusion des communautés RSC dont les conditions de vie sont caractérisées par un désavantage évident.

En considération de tout cela, il a été jugé nécessaire de surmonter l'approche d'assistance et/ou d'urgence et d'adopter des mesures appropriées et spécifiques pour que l'égalité, la dignité social (article 3 de la Constitution italienne)² ainsi que le respect des droits fondamentaux et des devoirs inéluctables (article 2 de la Constitution italienne)³ soient pleinement affirmés.

Compte tenu de tout ce qu'on a illustré avant, nous avons l'honneur de communiquer que le Gouvernement Italien a accompli la nouvelle **Stratégie Nationale d'inclusion des Roms, Sintis et Camminanti 2012-2020**. La Stratégie, approuvée par le Conseil des Ministres le 24 février 2012, vise, d'un côté, à répondre aux instances soit nationales que communautaires, de l'autre à exécuter la Communication de la Commission Européenne n. 173/2011.

Le Comité Gouvernemental de la Charte Sociale avait été informé de l'adoption de cette stratégie en l'occasion de la 126^{ème} Sessions du Comité (octobre 2012) où le représentant italien avait été appelé à faire rapport sur les cas de non-conformité portant sur les conditions inadéquates de logement des Roms (à tous fins utiles, prière de voire en annexe la réponse en version française – *Annexe I*).

Il est bien connu que la Commission de l'Union Européenne, avec la Communication du 4 avril 2011, n. 173 – « **Cadre de l'UE pour les stratégies nationales d'intégration des Roms pour la période allant jusqu'à 2020** » -, avait exhorté les Etats-membres à élaborer des stratégies nationales d'intégration des Roms ou à adopter des mesures d'intervention dans le cadre des politiques générales d'inclusion social visant à améliorer les conditions de vie de cette population.

En 2012, l'Italie a décidé de suivre cette question complexe avec une approche interministérielle. Elle a pleinement pris acte, d'une part, de la nécessité de fournir aux institutions européennes les réponses qui manquaient et, d'autre part, d'indiquer une stratégie pouvant guider, dans les années à venir, une activité concrète d'inclusion des RSC, en surmontant définitivement l'approche "d'urgence" qui, au cours de ces dernières années, a caractérisé l'action, notamment dans les grandes zones urbaines.

Dans le document contenant la Stratégie, *l'évidence de la présence des RSC en Italie, avec une attention toute particulière à la démographie, aux statistiques, à l'hétérogénéité, aux criticités liées à l'état juridique des personnes appartenant à ces minorités qui n'empêchent la pleine inclusion/intégration sociale*, est bien définie.

² Art. 3 Constitution : « Tous les citoyens ont une même dignité sociale et sont égaux devant la loi, sans distinction de sexe, de race, de langue, de religion, d'opinions politiques, de conditions personnelles et sociales. Il appartient à la République d'éliminer les obstacles d'ordre économique et social qui, en limitant de fait la liberté et l'égalité des citoyens, entravent le plein épanouissement de la personne humaine et la participation effective de tous les travailleurs à l'organisation politique, économique et sociale du Pays ».

³ Art. 2 Constitution. : « La République reconnaît et garantit les droits inviolables de l'homme, comme individu et comme membre de formations sociales où s'exerce sa personnalité, et exige l'accomplissement des devoirs de solidarité politique, économique et sociale auxquels il ne peut être dérogé ».

A cet égard, on renvoie à la première partie de la Stratégie (voir, en particulier, paragraphe 1.5, pages 14 et suivantes) annexée en version anglaises (*Annexe 2*) pour un cadre plus complet.

Le but principal de la Stratégie Nationale, qui a transposé intégralement le contenu de la susmentionnée Communication de la Commission Européenne, est celui de : **encourager l'égalité de traitement et l'inclusion économique et sociale des communautés RSC; garantir une amélioration durable et soutenable de leur condition de vie ; rendre effective et permanente la responsabilisation, la participation à leur développement social, l'exercice et la pleine jouissance du droit de nationalité garanti par la Constitution italienne et par les Conventions internationales.**

Par conséquent, l'effective inclusion sociale de la communauté RSC aussi que la pleine jouissance des droits fondamentaux, comme ratifiés par le susmentionné article 2, première partie, de la Constitution italienne, ont été envisagés.

Dans le paragraphe 2.2, aux pages 26 et suivantes du document annexé, les finalités et les objectifs généraux de la Stratégie sont représentés d'une manière plus structurée.

Il convient de signaler que l'UNAR (Bureau National Anti-discrimination Raciales) - en qualité de **Point de Contact National** - a été chargé par le Gouvernement italien d'élaborer et de coordonner la Stratégie d'inclusion de la population RSC.

Après avoir été officiellement désigné le 18 Novembre 2011, l'UNAR agit en étroite synergie avec l'administration centrale, les autorités régionales et locales et, bien entendu, avec la société civile exprimant les requêtes des RSC présents sur le territoire national.

Une confrontation serrée sur les méthodologies, les priorités et les ressources a donc immédiatement commencée.

Compte tenu du rôle central que la Stratégie nationale joue dans le contexte des politiques d'intégration de la population RSC et la grande importance que la Commission Européenne attache à la mise en œuvre de la Stratégie pour l'amélioration des conditions de vie des RSC, des secteurs prioritaires, tels que l'emploi, l'éducation, la santé et le logement, ont été identifiés.

Tout d'abord, le Point de Contact National - en qualité de « poste de régie » (*task force RSC*)⁴ - a entamé son activité en se fondant sur les expériences du passé et en menant à terme certaines initiatives déjà en cours, grâce à la valorisation des résultats, surtout en matière de logement. Ces initiatives ont été intégrées aux contributions qui avaient été déjà partiellement fournies et qui seront progressivement mises en œuvre dans les autres trois domaines (éducation, travail, santé).

A l'appui de la gouvernance de la Stratégie, de nombreuses Table rondes nationales thématiques dans les domaines susmentionnés (*éducation, travail, assistance sanitaire, politique du logement*), suivies par des tables rondes régionales pour l'inclusion des Rom, ont été instituées. Elles sont chargées de sensibiliser les autorités communales et provinciales sur ces thèmes, compte tenu que l'accomplissement des politiques sociales d'inclusion des RSC revient aux autorités locales.

A cet égard, il faut signaler qu'au mois de février 2015, une *Table ronde pour l'inclusion et l'intégration sociale des populations RSC du Latium* a été créé.

⁴ Elle se compose de représentants du Ministère du Travail et des Politiques Sociales, de la Présidence du Conseil des Ministres, des Ministères de l'Intérieur, de la Justice, de l'Education, Université et Recherche, de la Santé, de la Conférence Permanente des Présidents des Régions, de l'UPI (Union des Provinces Italiennes) et de l'ANCI (Associations des Communes Italiennes).

Cette initiative est considérée comme une rupture significative avec les politiques jusqu'ici existantes qui avaient marqué un temps très sombre pour la communauté Rom dans la capitale, caractérisé par l'urgence, les évictions, la ségrégation dans des maxi-campements et la marginalisation des personnes appartenant à l'ethnie Rom.

Comme indiqué dans le document d'institution, promulgué par la Région Latium, la Table ronde régionale pour l'inclusion et l'intégration sociale des populations RSC vise à « promouvoir des politiques et d'interventions régionales en faveur de l'inclusion sociale de ces populations et à accomplir des tâches spécifiques, telles que :

- *renforcer la promotion et la coordination des politiques régionales concernant l'inclusion sociale des RSC par une plus grande implication des autorités locales, des institutions publiques et des organisations du tiers secteur à l'échelle régionale ;*
- *collaborer, au niveau régional, pour la mise en place de la « Stratégie nationale d'inclusion des RSC » ;*
- *collaborer, dans la programmation des Fonds structurels européens 2014-2020, afin de préparer et de mettre en œuvre des programmes d'intervention visant à encourager l'inclusion sociale de ces communautés. »*

En outre, afin de représenter correctement la situation actuelle de la communauté RSC, la **municipalité de Rome** a décidé d'abandonner, soit dans la communication institutionnelle soit dans les actes d'administration, la référence à la caractéristique du nomadisme, terme linguistiquement et culturellement dépassé, en le remplaçant avec le plus correct « Rom, Sinti et Camminanti ».

Pour informations plus spécifiques sur la stratégie d'action qui vise à améliorer l'intégration sociale des populations RSC, prière de voir le paragraphe 2.3.2., pages 33 et suivantes, du document.

Questions concernant le phénomène discriminatoire et la propagande raciste et xénophobe à l'encontre des Roms et des Sintis.

Afin de la démolition progressive des préjugés et des stéréotypes attribués aux communautés RSC et historiquement enracinées dans un pourcentage significatif de la population italienne et européenne, une stratégie spécifique, massive et intégrée d'information, communication et médiation de nature bidirectionnelle (communauté RSC/population) et multidirectionnelle, a été prévue.

Une campagne massive d'information et de sensibilisation, ayant son point de contact national dans l'UNAR, a été lancée. Elle est axée sur le démantèlement des préjugés contre les RSC et les valeurs qui caractérisent leur culture, leurs traditions et leurs compétences économiques et professionnelles ainsi que sur les effets positifs découlant de l'amélioration de leur insertion professionnelle, à travers la mise en place d'actions de sensibilisation à l'encontre du personnel des Centres pour l'emploi, des partenaires sociaux, des journalistes et des secteurs de la population les plus intéressés aux problèmes de l'inclusion sociale et de l'insertion professionnelle des RSC.

Pour ces raisons et en accord avec la Stratégie, il a été décidé de réaliser un certain nombre d'activités importantes promues par le Conseil de l'Europe et déjà mis en œuvre en Italie juste par l'UNAR, à partir de 2010.

Relativement au secteur de l'information et de la communication, il est fait référence à la Campagne « DOSTA ! » (Assez ! en langue romani), lancée par le Conseil de l'Europe et mirant à abattre les préjugés et les stéréotypes vis-à-vis de la population rom dans les pays européens.

Il convient de noter que l'Italie a été le premier pays de l'Europe occidentale qu'en 2010 a participé à la campagne (coordonné et financé par l'UNAR) : elle a été une étape décisive pour rapprocher les citoyens de différentes cultures qui vivent ensemble dans la même société et qui en respectent les règles et les valeurs.

La campagne, lancée et partagée avec les principaux réseaux d'associations de Roms et Sintis en Italie, vise à favoriser une meilleure connaissance de cette ethnie en vue d'améliorer les conditions de vie des RSC dans les années à venir.

Il faut remarquer qu'avant l'approbation de la Stratégie nationale par la Commission européenne, l'UNAR, au nom du Gouvernement italien, avait déjà développé une série d'initiatives en matière d'inclusion et de lutte contre la discrimination. Parmi les initiatives les plus importantes on signale, en plus de la susmentionnée campagne DOSTA !, la commémoration et la diffusion de la connaissance du « Porrajmos » concurrentement avec la « Journée de la Mémoire » (27 janvier) et à l'occasion de la « Semaine contre la violence et la discrimination ». Cette-ci se réalise chaque année (actuellement on est à sa cinquième édition) et se déroule dans les écoles de tous les niveaux et, plus généralement, dans tous les contextes qui promeuvent des initiatives contre le racisme.

Pourtant, dans le cadre d'une autre initiative habituelle – la « Semaine d'action contre le racisme », déjà à sa dixième édition – des actions spécifiquement destinées à lutter contre le racisme à l'encontre des « gitans » ont été planifiées.

A toutes fins utiles, on renvoi à la Stratégie, au paragraphe dénommé Action 3..., pages 45 et suivantes, contenant informations supplémentaires sur :

- Campagnes d'informations et de sensibilisation ;
- Outils d'information et communication destinés aux opérateurs publics et privés ;
- Promotion du réseau des médiateurs linguistiques-culturels Roms et Sintis, caractérisés par 3 différentes interventions, dont 2 sont mises en place respectivement par le Ministère de l'Intérieur et le Département pour l'Égalité des Chances, ainsi que le troisième est réalisé par le Ministère de la Justice – Département de la justice des mineurs.

En plus des initiatives ci-dessus indiquées, un Protocole d'entente entre l'UNAR et l'Observatoire pour la Protection contre les Actes de Discrimination (O.S.C.A.D.), institué auprès du Département pour la Sûreté Publique, Direction Centrale de la Police Criminelle du Ministère de l'Intérieur, a été stipulé en avril 2012. Il se compose de représentants de la Police, des Carabiniers et des bureaux départementaux compétents. Parmi les engagements pris avec le Protocol il y a la mise en place d'initiatives de formation et de mise à jour à l'encontre de la Police.

L'exigence de renforcer l'action de contraste aux discriminations est une des priorités partagées entre les deux institutions qui, de cette manière, ont l'intention de promouvoir une plus grande sensibilisation des opérateurs de la Police, en leur fournissant les outils de connaissances nécessaires pour une action efficace. L'UNAR a fourni sa compétence en mettant à la disposition son propre personnel qualifié. Dans ce contexte, des outils juridiques et sociologiques qui visent à lutter d'une manière adéquate contre les phénomènes de discrimination auxquels les opérateurs doivent faire face, ont été illustrés. De cette manière, on a voulu renforcer la synergie entre les deux institutions en vue de faciliter la réalisation d'un but commun ; c'est-à-dire celui de faciliter la dénonciation des cas de discrimination et de former des opérateurs capables de dialoguer avec les victimes d'une façon sensibles et professionnelle. L'activité de sensibilisation, adressée initialement

aux dirigeants de la Police et successivement insérée dans les stages, a contribué à déclencher un processus «en cascade» qui a impliqué les opérateurs territoriaux. Ceux-ci représentent le premier « front office » pour les victimes de discrimination, visant à leur fournir les connaissances et les outils de base et en mesure de leur donner une première réponse correcte et efficace.

Suite aux interventions d'information et de sensibilisation déroulées au cours des années 2012-2013, de cours de formation ont été mises en place. Ils portaient sur les thèmes du droit antidiscriminatoire ainsi que, d'un point de vue sociologique, sur le préjugé, le stéréotype et la discrimination ethnique- raciale avec une attention particulière à la discrimination à l'encontre des RSC.

Une autre importante mesure adoptée par le Gouvernement italien s'inscrivant dans la lutte contre la propagande trompeuse dans la politique et concernant le phénomène discriminatoire et xénophobe à l'encontre des immigrés, en général, et de la population Rom et Sinti, en particulier, a été la promulgation de la *Charte de Rome*, en Juin 2008, par l'Ordre National des Journalistes et la Fédération Nationale de la Presse Italienne. La Charte, conçue sur la base du critère éthique fondamental visant au « respect de la vérité essentielle des faits observés », invite les journalistes à « adopter des termes juridiquement appropriés », à « empêcher la propagation d'informations inexactes, sommaires ou déformées » ainsi que « des comportements superficiels et incorrectes, qui peuvent susciter des alarmes injustifiées ».

Les promoteurs de la Charte de Rome, y compris l'UNAR, s'engagent à inclure les questions relatives à l'immigration parmi les sujets abordés dans la formation des journalistes, à promouvoir des campagnes de sensibilisation et de promotion du dialogue interculturel, même en signalant des contenus discriminatoires dans les médias nationaux et locaux, ainsi qu'à instituer, en accord avec les universités, les instituts de recherches et d'autres organismes, un Observatoire indépendant soumettant l'information sur ce phénomène à une surveillance périodique.

Participation de la Communauté RSC aux décisions prises au niveau national et local

Elément central et crucial pour l'efficacité de la Stratégie et pour sa capacité à influencer à la fois le niveau institutionnel et la vie politique et sociale, est celui du développement d'un modèle efficace de participation des communautés RSC aux décisions prises au niveau national et local, à se réaliser par:

- *l'implication, la coordination et le renforcement d'institutions et d'associations les plus importantes dans le soutien aux politiques et aux services en faveur des communautés RSC ;*
- *la mise en place de modèles et stratégies globaux visant à promouvoir la participation politique, économique, institutionnelle et d'association des communautés RSC,*
- *la participation directe et répandue des communautés RSC à travers l'expérimentation d'un modèle de participation à appliquer à toutes les phases de la Stratégie, ainsi que d'un système de surveillance de toutes les mesures (actions, axes, objectifs) de la Stratégie.*

Prière de voir le paragraphe concernant l'Action 4, pages 48 et suivantes de la Stratégie, pour des informations supplémentaires.

Mesures spécifiques pour améliorer les conditions de logement des populations RSC. Solutions pour le logement.

Comme on l'a dit, la Stratégie vise essentiellement à guider l'action du gouvernement d'ici à 2020, en allant au-delà de la nature urgente des actions de ces dernières années et en visant à harmoniser une série d'actions et de mesures déjà présentes, selon une approche intégrée de l'inclusion qui est organisée en quatre axes d'intervention (logement, éducation, travail et santé), dont chacun prévoit trois objectifs spécifiques pour garantir l'accès, et en renforçant la complémentarité entre les ressources européennes et nationales.

En particulier, pour ce qui concerne la question épineuse et controversée du logement, on vise prioritairement à surmonter les campements, ***en promouvant de solutions de logement qui tiennent compte de l'unité de la famille et d'une stratégie reposant sur la disposition équilibrée des implantations***⁵. Ces solutions ont été individuées afin de répondre aux dénonciations du Conseil de l'Europe/CEDS soulevées en raison des évictions forcées et des expulsions, à son avis illégales, des Roms et Sintis.

Les trois objectifs proposés sont :

- Favoriser les politiques intégrées de coopération institutionnelle pour l'offre de logement adressée aux RSC ;
- Promouvoir des solutions de logement répondant aux besoins et aux exigences spécifiques des familles RSC ;
- Favoriser l'information sur les ressources économiques et les dispositifs administratifs mis à la disposition des administrations publiques pour les politiques de logement et sur les opportunités immobilières pour les familles RSC.

A cet égard et pour toute information complémentaire, on renvoie au contenu de la Stratégie relativement aux interventions mises en place en faveur des minorités RSC afin de trouver de solutions convenables de logement. En particulier, prière de voir le paragraphe 2.4.6. – pages de 83 à 90 (*Housing solutions and access to housing*).

Pour compléter ce qui précède, il est à noter qu'une surveillance nationale lancée par le Ministère de l'Intérieur avec les préfetures a mis en évidence de nombreuses initiatives réalisées par les collectivités locales, qui ont attribué directement aux ménages roms des logements sociaux appartenant à ces collectivités ou qui ont impliqué des interventions pour la rénovation de zones de stationnement ou pour la réalisation de nouvelles zones et pour le soutien de projets d'"auto-récupération" ou d'"auto-construction" de bâtiments.

En règle générale, il s'agit d'expériences et d'interventions mises en œuvre par les administrations locales et visant à remplacer l'approche "d'urgence" par une approche à moyen-long terme, en utilisant des politiques et des stratégies intégrées.

En voici certaines qui ont été réalisées par plusieurs communes italiennes, avec des fonds qui y ont été spécifiquement alloués, et qui méritent une attention particulière.

PISE. Grâce aux fonds de l'Union européenne, la rénovation d'un grand bâtiment appartenant à l'Église de Santo Stefano, hors des murs de Pise, est prévue afin d'obtenir six logements. Ces interventions seront effectuées avec le soutien et la collaboration de certains Roms de nationalité roumaine, sous la supervision de techniciens en mesure de coordonner et de vérifier les travaux

⁵ L'arrêt du Conseil de l'Etat n. 6050 du 16 Novembre 2011 a déclaré illégitime le Décret du Président du Conseil des Ministres du 21 Mai 2008, concernant l'état d'urgence des implantations des communautés nomades dans le territoire des Régions Campanie, Lombardie et Latium, qui avait pour objet la désignation des Commissaires délégués et des actes d'exécution des pouvoirs d'urgence de la protection civile.

correspondants en mettant en place - ne serait-ce que partiellement - des activités d'auto-récupération.

MILAN. De 2010 à aujourd'hui, dans la zone de Milan, plusieurs projets visant à favoriser l'intégration ont été lancés ou réalisés, comme ceux indiqués ci-dessous.

Ville de Rho. Projet "Ingetho : parcours d'insertion sociale des familles roms", qui a favorisé, après la suppression des crédits présents sur le territoire, l'intégration des ménages, en termes de logement, dans des appartements situés dans différentes zones du territoire de Rho et/ou limitrophe. Des actions ont été menées vis-à-vis des mineurs signalés au tribunal et bénéficiant de mesures de protection. Des parcours de formation et d'insertion professionnelle des adultes ont été mis en œuvre dans des entreprises du territoire.

Ville de Pioltello. "École et intégration" : projet s'adressant aux familles roms ayant des mineurs inscrits dans les écoles du territoire à tous les niveaux et dont l'objectif est de parvenir à une autonomie en termes d'économie et de logement.

Ville de Corbetta : projet "Reconversion écologique et réinsertion sociale de la population nomade installée dans la Ville de Corbetta", qui a permis de mettre en œuvre des actions d'accompagnement au logement et au soutien scolaire.

Il convient également de signaler que la Ville de Milan a présenté un projet intitulé "Projet Roms, Sinti et Camminanti 2013-2014" qui, en marge des actions sociales, soutiendra des parcours d'inclusion sociale et de cohabitation, des parcours d'inclusion en termes de logement ou d'aide au retour dans les pays d'origine et des parcours d'insertion scolaire et professionnelle.

GÈNES. La Ville de Gênes est en train de réaliser un projet d'inclusion en termes de logement pour les ménages demeurant dans le campement autorisé de Molassana et répondant aux conditions pour accéder à l'avis ERP-projet KUKA, financé avec des fonds ministériels.

Cette Ville participe également au projet national pour l'inclusion et l'intégration des enfants roms, sinti et camminanti du Ministère du Travail et des Politiques sociales.

Enfin, dans le cadre du réseau des villes européennes EUROCITIES, la Ville de Gênes participe au travail d'une *Task Force* spécifique à Rome visant à partager et à diffuser de bonnes pratiques et à développer des collaborations et une capacité d'élaboration de projets afin de favoriser les processus d'inclusion des Roms.

FLORENCE. Dans le contexte spécifique de la province de Florence, le premier projet innovant pour venir à bout des "campements de nomades" a été la réalisation du village dénommé "Villaggio del Guarlone". Ce projet s'inscrit dans le cadre du programme d'interventions établies par l'administration communale de Florence par rapport à la situation grave dans laquelle se trouvaient, au début des années 90, les trois campements de nomades situés sur le territoire communal. Le petit groupe de six maisons en briques pour les familles macédoniennes - actuellement habité par 33 personnes - est le premier projet de village rom réalisé en Toscane en 1998 pour aller au-delà de l'idée de "campement" comme seule solution de logement pour les populations roms.

Parallèlement au lancement du projet pilote régional, la Ville de Florence a lancé au cours de ces dernières années une intervention de fermeture progressive des deux campements de nomades (le campement "officiel" du Poderaccio et le campement "reconnu" mais non autorisé officiellement de la zone Masini) en attendant la fermeture définitive, à travers une répartition des familles dans des logements publics et dans d'autres projets ciblés.

La Ville de Florence et le Quartier n° 5, où se trouvait le campement de nomades de l'Olmattello, ont mis en place, entre 2009 et 2012, une nouvelle étape importante dans le parcours visant à venir à

bout des campements de nomades, qui a conduit en juillet 2012 à la fermeture complète du campement de l'Olmatallo.

Le Quartier 5, en collaboration avec plusieurs associations et organismes de volontariat locaux et grâce à une confrontation et à une participation permanentes des Roms résidents, a lancé un plan de dix ans axé sur des parcours individualisés qui, à travers l'éducation et le travail, conduisent les ménages roms vers l'autonomie, en s'appuyant sur la responsabilité des ménages concernés de partager un système de règles : payer les utilités publiques et le loyer, utiliser correctement le système de santé, favoriser la fréquentation scolaire et la qualité de la scolarisation. Au milieu de l'année 2009, environ 70 résidents se trouvaient encore dans le campement de nomades, alors qu'entre janvier et juillet 2012, les 54 dernières personnes (dont 23 mineurs) ont pu être logées et le campement a ainsi été fermé définitivement.

ROME. Dans le cadre des interventions visant à surmonter "l'urgence nomades" sur le territoire du Latium, notamment en ce qui concerne notamment les profils d'intégration, un protocole d'accord a été établi avec la province de Rieti pour réaliser le projet intitulé "Rieti accoglie". Le projet concerne l'accueil de familles nomades (environ 150 personnes) auxquelles offrir des solutions de logement dans les communes de la province de Rieti, en alternative à l'hébergement dans les villages équipés de Rome, ainsi que des interventions destinées à l'insertion professionnelle, sociale et scolaire des mineurs. Les communes concernées par la coopération signeront des accords spécifiques en application du protocole en question et fourniront des logements, l'assistance sociale et scolaire et organiseront des parcours de formation d'orientation professionnelle, en proposant tous les services dont le territoire dispose - école, santé, démarches administratives - pour un maximum d'intégration et, par conséquent, sans créer de services exclusivement destinés à la communauté rom.

Les familles qui pourront participer au projet - en s'engageant à respecter un code de conduite - seront identifiées parmi les Roms habitant déjà dans les campements de Rome et possédant un titre valable pour séjourner sur le territoire national. La Croix-Rouge italienne (*Croce Rossa Italiana* - CRI) collaborera au projet pour les activités liées à leur transfert et pour les interventions humanitaires et d'assistance. Outre la C.R.I., une équipe composée de médiateurs socioculturels, d'assistants sociaux, d'opérateurs pour l'insertion scolaire et les services pour les mineurs, ainsi que des opérateurs pour l'intégration mis à disposition par les communes, contribueront également à la mise en œuvre du projet. Un projet similaire a été mis en place avec le chef-lieu de la province de Rieti.

Un projet expérimental d'insertion en termes de logement, intitulé "Una città di case", a également été mis en place pour loger les familles nomades dans des maisons en alternative à l'installation dans des villages équipés, de la même manière que dans le projet "Rieti accoglie". En un mot, le projet concerne un parcours qui, au stade expérimental, concernerait près d'une certaine de personnes et qui commencerait par la recherche de logements à Rome et dans la province et par l'identification des ménages roms et sinti choisis parmi ceux qui sont connus et aidés depuis un certain temps par les associations compétentes, en tenant également compte de conditions spécifiques comme par exemple la condition socio-économique pouvant garantir de bonnes perspectives d'autonomie des membres du ménage.

Toujours en ce qui concerne les interventions relatives à l'intégration des roms, un projet pilote transnational a été mis en place pour le rapatriement de roms et de migrants et pour leur insertion professionnelle et en termes de logement dans leurs pays d'origine. Le projet "Back home"

concerne les nomades qui se trouvent dans le Latium et qui sont disposés à retourner dans leur pays d'origine - après avoir suivi une formation professionnelle - ainsi que les représentants de ces pays qui, s'ils participent au projet, doivent fournir des logements sur place et s'engager à assurer une insertion professionnelle et scolaire aux mineurs.

NAPLES. Plusieurs projets ont été réalisés par des collectivités locales, des associations du tiers secteur et de volontariat pour aider les communautés roms et sintis, comme ceux indiqués ci-dessous :

- le groupe de recherche de la Ville de Naples - Département des politiques sociales - créé en accord avec l'association Compare et en partenariat avec l'Open Society Roma Initiatives, dans le but de trouver des moyens et des méthodologies visant à traiter en connaissance de cause et de manière adéquate les questions et les possibilités relatives aux Roms ;
- le bureau Roms et Pactes de citoyenneté chargé de l'accueil, de la prise en charge et de la légalisation de la population rom demeurant à Naples ;
- l'avis pour soutenir l'autonomie relative au logement des immigrés, qui prévoit une aide au logement de 3000 euros, à laquelle peuvent également participer les Roms communautaires recensés par la préfecture.

Les interventions financées par le Programme opérationnel national sur la sécurité 2007/2013 pour l'intégration des communautés roms ont été très importantes, notamment celles qui ont été mises en œuvre : dans la Ville de Naples pour la rénovation d'une ancienne école qui sera destinée à des activités sociales et d'intégration et qui deviendra également un centre d'accueil pour les Roms de Roumanie, avec la réalisation de trois projets pour un montant total de 2 106 674 euros, dans la Ville de Bari pour la réalisation de logements provisoires pour l'intégration et l'inclusion sociale d'une communauté rom, avec un financement de 2 100 000 euros, dans la Ville de Lamezia Terme (C2) pour l'insertion sociale et professionnelle des Roms, avec un financement de 2 933 459,71 euros, dans la Ville de Catanzaro, avec la rénovation-réutilisation du centre social Aranceto, projet pour les quartiers à risque en raison de la présence de groupes de Roms dont le niveau de délinquance est élevé, pour un montant total de 606 882,72 euros.

A la mise en œuvre des actions de système et des objectifs spécifiques d'intervention qui composent la Stratégie d'action, des ressources allouées à travers des fonds nationaux (fonds de l'état et de la Communauté européenne), régionaux et locaux, comme indiqué dans la partie finale du document en question (§ 2.5, pages 90 et suivantes) auquel on renvoi, ont contribué.

A cet égard, il est important de rappeler que la Commission Européenne a invité tous les Etats membres à consacrer une part importante des Fonds structurels/communautaires en faveur de la population rom. Grâce à une communication de 2013 (CE, COM (2013) 454 final du 26.06.2013), la Commission a exhorté les Etats membres à intensifier leurs efforts en matière d'intégration économique et sociale des Roms, les invitant, en particulier, à prendre des mesures urgentes pour faire face à la situation des jeunes, à mettre en place des actions au niveau local et à renforcer la collaboration avec les autres Etats, mais, surtout, à allouer plus de fonds publics, privés, nationaux et européens.

A ce propos, il faut signaler que le Gouvernement italien a accueilli la position dictée par la Commission Européenne, en affectant les nouveaux fonds à la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et en allouant une part des ressources du FSE (Fond Social Européen) aux objectifs de la Stratégie UE 2020 en vue d'un développement intelligent, durable et inclusif, capable de renforcer

la relation étroite entre les politiques économiques et les politiques sociales. La nouvelle position est illustrée dans le document « *Les méthodes et les objectifs pour une utilisation efficace des fonds de l'UE 2014-2020* », présenté en Décembre 2012 par le Ministère de la Cohésion Territoriale, en accord avec le Ministère du Travail et des Politiques Sociales et le Ministère des Politiques Agricoles, Alimentaires et Forestier.

En particulier, le problème des Roms a été inséré et discuté dans la Table ronde *ad hoc* – *Qualité de la vie et inclusion sociale* – qui a été le siège d'une confrontation en vue de l'Accord de partenariat pour la programmation 2014-2020.

Plusieurs sujets institutionnels au niveau soit national que local (Ministères, Régions, Provinces et Communes) ainsi que les partenaires sociaux, les associations des bénéficiaires et du tiers secteur, suite à l'analyse des données, ont partagés des choix stratégiques, en discutant des résultats attendus et en individuant les catégories de bénéficiaires qui nécessitent d'interventions prioritaires.

Le document conclusif de la Table ronde a individué dans la communauté Rom la bénéficiaire d'un objectif général : *Promouvoir l'intégration des communautés à risque d'émargination et contraster la marginalité extrême afin d'augmenter les niveaux d'éducation, les conditions de santé et la participation sociale et l'insertion professionnelle des populations RSC, en relation avec la Stratégie nationale d'intégration des Roms.*

Le document a, donc, comme objectif spécifique celui de : *faciliter l'accès des Roms aux services (Education, Travail, Santé, Logement) et améliorer leur participation sociale et institutionnelle.*

En outre, en Avril 2013, un guide intitulé « *Tackling Roma Needs in the 2014-2020 Structural Funds Programming Period* », réalisé par la *Fundación Secretariado Gitano* dans le cadre du réseau EUROMA, a été publié avec l'intention de soutenir les Etats-membres dans la programmation des politiques et des actions en faveur de l'inclusion des Roms dans la prochaine période de programmation. Le Réseau, auquel l'Italie aussi a participé, a fonctionné de 2007 à 2013 dans le but d'augmenter les fonds structurels des institutions locales pour d'interventions finalisées à l'inclusion sociale de la communauté rom. Plus précisément, le Guide vise à fournir aux États membres un outil opérationnel pour les actions en faveur de l'intégration des Roms dans la prochaine période de programmation, en conformité avec les objectifs stratégiques de la stratégie Europe 2020, les programmes nationaux de réforme, le cadre de l'UE pour la stratégie d'intégration nationale pour les Roms et les stratégies nationales de différents États membres.

Conclusions

Comme il ressort de ce qui précède, les dernières années ont été sans équivoque caractérisées par une compréhension accrue des problèmes des RSC par les institutions nationales et locales et, par conséquent, par l'augmentation exponentielle d'interventions multidimensionnelles pour répondre à leurs besoins.

Cette prise de conscience se manifeste également dans les efforts déployés dans la programmation des Fonds structurels 2014-2020, pour faire en sorte qu'une priorité claire en faveur de l'inclusion des Roms soit incluse et, par conséquent, que l'utilisation des fonds structurels à leur profit augmente.

Comme l'Italie et les autres Etats-membres le témoignent, les Accords de partenariat mentionnent explicitement les Roms comme bénéficiaires et, en conséquence, tous les Etats ont institué de *National Roma Contact Point* avec lesquels ils ont lancé une coordination de la politique et une

participation active à la négociation (l'UNAR, comme tout le monde le sait, agit au nom du Gouvernement Italien). »