



05/02/09

RAP/RCha/IT/VIII(2009)

REVISED EUROPEAN SOCIAL CHARTER

8th National Report on the implementation of
the European Social Charter (revised)

submitted by

THE GOVERNMENT OF ITALY

(Articles 3, 11, 12, 13, 14, 23 and 30
for the period 01/01/2005 – 31/12/2007)

Report registered by the Secretariat on 4 February 2009

CYCLE 2009

ARTICLE 3

Droit à la sécurité et à l'hygiène du travail

§.1

Le précédent rapport du gouvernement italien avait expliqué le système normatif en vigueur en matière de santé et de sécurité du travail, un système caractérisé par les nouveautés introduites par le décret législatif n° 626 du 19 septembre 1994.

L'engagement du gouvernement italien s'est concrétisé par l'extension des protections en matière de santé et de sécurité à tous les travailleurs. En effet, en application de la Loi n° 123 du 3 août 2007, « *Mesures au niveau de la protection de la santé et de la sécurité du travail et délégation au Gouvernement pour la révision et la réforme de la législation en la matière* », a été promulgué le «**Texte Unique**» de santé et de sécurité du travail, décret législatif n°81 du 29 avril 2008.

Cette mesure, qui revisite toutes les règles italiennes en matière, confirme et renforce les dispositions et les niveaux de protection déjà garantis par les lois italiennes dans un cadre d'unité systématique. Le décret législatif n° 81/2008 compte, parmi ses principales nouveautés, l'élargissement du champ subjectif d'application des règles de santé et de sécurité au travail qui on peut appliquer non seulement aux travailleurs salariés et aux travailleurs «atypiques» mais aussi aux travailleurs indépendants, dans le respect des indications fournies par la Recommandation n° 2003/134/CE du Conseil de l'Union européenne.

Pour ce qui est des secteurs d'activité, il convient de souligner qu'ils existent des règles particulières pour les secteurs de la pêche et des ports (contenues dans les décrets législatifs n° 271 et n° 272 de 1999) ainsi que pour les activités présentant un risque de radiations ionisantes (contenues dans le décret législatif n°230/1995 et ses modifications et intégrations suivantes). De ce fait, soit qu'on applique les dispositions de portée «générale» ou bien là où on applique celles «particulières», on peut donc dire que les dispositions italiennes de protection de la santé et de la sécurité sur les lieux de travail s'appliquent à tous les secteurs d'activité et à tous les travailleurs.

En effet, le décret législatif n° 81/2008 **étend les protections en matière de santé et de sécurité à tous les travailleurs indépendants** conformément aux prévisions des articles 3 (alinéas 7, 8, 11 et 12), 21 et 26.

Spécifiquement, les alinéas 7 et 8 de l'article 3 susnommé prévoient l'application des dispositions contenues dans le décret législatif aux travailleurs sur projet et aux collaborateurs occasionnels; les alinéas 11 et 21 s'appliquent respectivement aux travailleurs indépendants (visés à l'article 2222 du code civil), aux membres d'une entreprise familiale, aux petits entrepreneurs et aux associés de sociétés simples opérant dans le secteur agricole.

Le Titre IV du décret législatif cité (chantiers temporaires et mobiles) contient d'autres dispositions concernant les travailleurs indépendants.

Pour ce qui est de la requête du Comité des droits sociaux contenue dans les Conclusions 2007 concernant l'accomplissement concrète de l'obligation de l'employeur de garantir le droit à la formation et à l'information de ses travailleurs en matière de sécurité au travail, on représente ce qui suit.

Dans certains cas, les dispositions de la loi indiquent expressément les modalités selon lesquelles ces obligations doivent être satisfaites en spécifiant les caractéristiques des organismes qui doivent agir pour le compte de l'entreprise; ceci vaut par exemple pour la formation du Responsable et des chargés du service de prévention et de protection qui doivent suivre les cours dont à l'article 32 du Décret Législatif n° 81/2008, qui peuvent être donnés uniquement par les sujets établis par l'alinéa 4 de ce même article. Dans d'autres cas, la loi spécifique en détail les obligations de formation et/ou d'information qui sont à la charge de l'employeur qui est tenu à leur accomplissement tout en pouvant choisir comment le réaliser. Dans ce cas, l'entrepreneur reste libre de choisir les institutions (ou les organismes paritaires auxquels concourent les syndicats et les organisations) auxquelles s'adresser, sans préjudice de sa responsabilité exclusive quant à l'efficacité des activités d'information et de formation. Cette efficacité peut faire l'objet d'un éventuel contrôle de la part du juge, et, le cas échéant s'il y a eu inobservation, d'une sanction pénale. Dans tous les cas, afin de pouvoir réaliser les vérifications administratives et/ou judiciaires, l'entreprise doit être à tout moment en mesure de fournir des preuves des activités d'information et de formation, généralement par le biais des attestations correspondantes.

§.2

En réponse aux demandes du Comité des droits sociaux contenues dans les Conclusions 2007 en ce qui concerne la protection des travailleurs contre l'amiante et les agents chimiques, on donne les informations requises.

Amiante: La directive n° 2003/18/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques d'exposition à l'amiante durant leur activité professionnelle a été transposée en Italie par le décret législatif n° 257 du 25 juillet 2006. Maintenant les prévisions correspondantes sont contenues dans le Chapitre III du Titre IX («substances dangereuses») du décret législatif déjà cité, le n° 81 du 9 avril 2008.

Agents chimiques: toutes les valeurs limites d'exposition professionnelle en matière d'agents cancérigènes ou mutagènes et d'agents chimiques, tels qu'ils ont été définis dans le cadre du Titre IX («Substances dangereuses») du décret législatif n° 81 du 9 avril 2008, sont conformes aux valeurs imposées par les directives communautaires de référence.

Parmi les dispositions adoptées pendant la période de référence du présent rapport (2005-2007), il convient de citer le décret législatif n° 195 du 10/04/2006 qui a transposé la Directive 2003/10/CE du Parlement européen et du Conseil au sujet de l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (**bruit**). Ce texte a par ailleurs été intégralement transposé dans le Titre VIII, «*Agents physiques*», Chapitre II, du décret législatif n° 81 du 09/04/2008.

Pour ce qui est des demandes formulées par le Comité des droits sociaux au sujet de l'application de la législation en matière de santé et de sécurité du travail aux travailleurs atypiques et à durée déterminée ainsi que de la possibilité pour ces travailleurs de bénéficier d'informations et de formations, voici des réponses.

Travailleurs à durée déterminée (CDD) et atypiques: aux termes de l'art. 2, alinéa 1, lettre a, du décret législatif n° 81/2008, on applique toutes les protections en matière de santé et de sécurité du travail, et donc aussi celles liées à l'information et la formation, à tous les travailleurs salariés, indépendamment de la durée du rapport professionnel (et donc aussi aux travailleurs à durée déterminée). Cette même conclusion vaut également pour tous ceux qui travaillent dans une entreprise, même s'ils ont des contrats autres que celui de travail salarié, comme les travailleurs avec contrat de projet ou les intérimaires (cf. art. 3, alinéas 7 et 5, du décret législatif n° 81/2008); il en va de même pour les associés de sociétés, même de fait, les volontaires et les autres sujets établis par l'art. 2 déjà cité, alinéa 1, lettre a). La formation et l'information (articles 36 et 37 du «texte unique») sont des obligations que les entreprises sont tenues de satisfaire dès la constitution du rapport professionnel et donc au moment de l'embauche. Ces obligations d'information et de formation sont également imposées en ce qui concerne les travailleurs à domicile (aux termes de la loi n°877 du 18 décembre 1973).

En ce qui concerne en revanche les **travailleurs domestiques**, il faut souligner que, comme le permet la directive n° 89/391 CE, la réglementation sur la santé et la sécurité du travail ne s'applique pas aux travailleurs domestiques.

Par contre, pour ce qui est des **travailleurs à domicile**, l'art. 3, alinéa 9, du décret législatif n° 81/2008 prévoit que la formation et l'information soient obligatoires

(articles 36 et 37 du décret cité), tout comme l'utilisation d'Equipements de Protection Individuelle (EPI) et d'outils de travail conformes aux prévisions contenues dans le Titre III.

§.3

Accidents du travail et maladies professionnelles

D'après ce que reporte le «*Rapport annuel sur le cours des accidents - 2006*» préparé par l'INAIL, à la date du relevé officiel, le 30 avril 2007, un total de 927 998 déclarations d'accidents avait été envoyé: cela fait presque 12 000 de moins qu'en 2005, soit une diminution d'1,3 point de pourcentage. Parmi les accidents enregistrés en 2006, 836 366 se sont vérifiés dans l'Industrie et les Services, 63 019 dans l'Agriculture et 28 613 dans la Fonction Publique.

Selon les données INAIL au 30 avril 2008, la balance des accidents du travail pour l'année 2007 présentait clairement une amélioration par rapport à celle de l'année précédente, que ce soit pour le cours général du phénomène ou surtout pour ce qui est des accidents mortels qui représentent les évènements ayant le plus fort impact social et émotionnel.

A cette date, l'INAIL avait en effet reçu 912 615 déclarations d'accidents étant survenus durant l'année 2007: ce sont en fait environ 15 500 cas de moins qu'en 2006, avec une diminution de 1,7 point de pourcentage supérieure au -1,3% enregistré en 2006. Sur les 912 615 accidents du travail déclarés, 57 155 (6,3% du total) se sont vérifiés dans l'Agriculture, 826 312 (90,5%) dans l'Industrie et les Services et 29 148 (3,2%) dans la Fonction Publique.

Cette analyse embrasse presque tout le monde du travail, y compris non seulement les travailleurs traditionnellement gérés par l'INAIL de l'Industrie et des Services et de l'Agriculture, mais aussi les Fonctionnaires dont la protection relève directement des administrations centrales de l'Etat mais dont l'assurance est malgré tout gérée par l'INAIL sous une forme de gestion spéciale pour le compte de l'Etat.

La diminution des accidents du travail en 2006 s'est avérée plus consistante dans l'Agriculture (-5,2%) et tout de même soutenue dans l'Industrie et les Services (-1,0%) tandis qu'à contre-courant, les Fonctionnaires ont fait enregistrer une augmentation de

0,2%, une hausse qui est dans tous les cas bien plus modérée que celles observées les années précédentes.

Pour 2007 aussi, la plus grosse baisse des accidents est enregistrée dans l'Agriculture (-9,4%), suivie par l'Industrie et les Services (-1,2%) tandis que pour les Fonctionnaires, on enregistre une hausse de 1,5%, dans la lignée des augmentations déjà observées au cours des années précédentes (il s'agit dans tous les cas de quelques centaines de cas).

Les accidents *in itinere* sont eux aussi à la hausse puisqu'ils sont globalement passés d'environ 89 000 cas en 2005 à presque 91 000 en 2006 (+1,8%) puis à 94 500 en 2007 (+2,2%).

A la même date de relevé, le 30 avril 2007, l'INAIL avait reçu les déclarations de 1 302 cas mortels survenus en 2006, dont 1 169 dans l'Industrie et les Services, 121 dans l'Agriculture et 12 dans la Fonction Publique.

Tableau n°1 – Accidents du travail survenus durant les années 2005-2006, par gestion d'assurance

Gestion d'assurance			Variation	
	2005	2006	Absolue	%
Agriculture	66.449	63.019	-3.430	- 5,2
- dont <i>in itinere</i>	1.384	1.293	91	- 6,6
Industrie et Services	844.951	836.366	-8.585	- 1,0
- dont <i>in itinere</i>	83.356	84.876	1.520	1,8
Fonction Publique	28.568	28.613	45	0,2
- dont <i>in itinere</i>	4.425	4.558	133	3,0
Total des accidents	939.968	927.998	-11.970	- 1,3
- dont <i>in itinere</i>	89.165	90.727	1.562	1,8

A la date du relevé, le 30 avril 2008, l'INAIL avait reçu les déclarations de 1 170 accidents mortels survenus en 2007, dont 98 dans l'Agriculture, 1 058 dans l'Industrie et les Services et 14 dans la Fonction Publique.

Par rapport à l'année précédente (1 341 cas déclarés), on enregistrait une chute globale de 171 accidents mortels, le résultat d'une baisse marquée aussi bien dans l'Agriculture (-26 cas) que dans l'Industrie et les Services (-147 cas) tandis que l'on enregistrait une

augmentation de 2 cas (de 12 à 14) pour les Fonctionnaires, conséquence de la croissance des décès survenus *in itinere* étant passés de 4 cas en 2006 à 9 en 2007.

En se basant sur des estimations prévisionnelles réalisées en tenant compte des expériences précédentes et du cours des déclarations d'accident reçues au cours des derniers mois, le nombre définitif d'accidents mortels 2007 devrait s'élever à environ 1 210 cas.

Un autre élément significatif réside dans la forte diminution des accidents mortels survenus durant l'exercice effectif de l'activité professionnelle (de 1 067 à 874 cas) alors que ceux *in itinere* présentent une croissance d'une vingtaine de cas (de 274 à 296) répartis dans les trois gestions.

Tableau n° 2 – Accidents du travail mortels survenus durant les années 2005-2006, par gestion d'assurance et par type d'évènement

Type d'évènement	Agriculture		Industrie et Services		Fonction Publique		Toutes les gestions	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
- à l'occasion du travail	124	115	866	924	9	8	999	1.047
- <i>in itinere</i>	13	6	256	245	6	4	275	255
Total des accidents mortels	137	121	1.122	1.169	15	12	1.274	1.302

NB: La donnée 2006 n'est pas consolidée.

Le pourcentage de femmes ayant un accident du travail est resté stable en 2006 également, avec des valeurs avoisinant 27% du total. Ce sont en fait presque exclusivement les hommes (-1,7%) qui ont contribué à la diminution du phénomène des accidents du travail de 2006 par rapport à l'année précédente (relevée comme il a été dit à hauteur de 1,3% sur l'ensemble des gestions) tandis que l'on doit enregistrer une certaine stabilité (-0,1%) pour les femmes.

Pour les deux sexes, environ 80% des accidents se sont concentrés dans les tranches d'âge centrales (18-34 et 35-49 ans) avec une répartition égale pour ce qui est des hommes et avec une prédominance prononcée dans la tranche des 35-49 ans pour ce qui est des femmes; la part de travailleurs âgés victimes d'accidents (entre 50 et 64 ans) est en revanche plus élevée pour les femmes que pour les hommes qui sont quant à eux plus touchés aux âges extrêmes (jusqu'à 17 ans et à plus de 64 ans).

Que ce soit dans l'Industrie et les Services ou dans la Fonction Publique, ce sont les tranches d'âge jeunes (jusqu'à 34 ans) qui bénéficient d'une diminution des accidents tandis que pour les travailleurs plus âgés, on enregistre des augmentations communes mais de dimensions insignifiantes.

Dans l'Agriculture, face à une diminution globale de 5,2%, on enregistre au contraire une augmentation pour les deux sexes dans la tranche d'âge jeune (jusqu'à 17 ans) et une augmentation de 7,6% pour les travailleuses âgées (plus de 65 ans).

En revanche, pour ce qui est des cas mortels, la présence féminine est nettement plus faible (8% des cas en 2006) que celle masculine étant donné que les femmes sont généralement employées à des postes et dans des secteurs d'activité généralement moins risqués.

En ce qui concerne la composition par sexe du phénomène, il est confirmé que le pourcentage de femmes ayant des accidents du travail reste globalement stable: en effet, pour 2007 également, leur valeur avoisinait 27,5%. Ce sont en fait presque exclusivement les hommes (-2,5%) qui ont contribué à la diminution du phénomène des accidents du travail de 2007 par rapport à l'année précédente (relevée comme il a été dit à hauteur de 1,7% sur l'ensemble des secteurs) tandis que l'on doit enregistrer une croissance (+0,6%) chez les femmes. Pour les deux sexes, environ 80% des accidents se sont concentrés dans les tranches d'âge centrales (18-34 et 35-49 ans) avec une répartition égale pour ce qui est des hommes et avec une prédominance prononcée dans la tranche des 35-49 ans pour ce qui est des femmes; la part de travailleurs âgés victimes d'accidents (entre 50 et 64 ans) est en revanche plus élevée pour les femmes que pour les hommes qui sont quant à eux plus touchés aux âges extrêmes (jusqu'à 17 ans et à plus de 64 ans).

Dans l'Agriculture, la diminution concerne toutes les tranches d'âge (surtout celles extrêmes) tandis que dans l'Industrie et les Services, la diminution totale de 1,2% s'effectue sans les tranches d'âge 35-49 ans et 50-64 ans qui présentent une légère augmentation. Pour ce qui est de la Fonction Publique, on enregistre une augmentation dans toutes les tranches d'âge pour les fonctionnaires hommes, ce qui n'est pas le cas pour les femmes chez qui la hausse est enregistrée uniquement pour les tranches 18-34 ans et 50-64 ans.

En revanche, pour ce qui est des cas mortels, la présence féminine confirme être nettement plus faible (environ 8% des cas en 2007) que celle masculine (92%) étant donné que les femmes sont de toute évidence surtout employées à des postes et dans des secteurs d'activité généralement moins risqués. Ce sont presque exclusivement les hommes (-169 cas mortels pour les hommes et seulement -2 cas pour les femmes, soit, en termes de pourcentage, respectivement -13,6% et -2%) qui ont contribué à la diminution de 171 cas mortels enregistrée en 2007 par rapport à 2006 sur l'ensemble des gestions (-12,8%). La tranche d'âge la plus fortement frappée par les accidents mortels est celle comprise entre 35 et 49 ans, aussi bien pour les hommes (39,2% des cas en 2007) que pour les femmes (43,3%), suivie par la tranche des 18-34 ans (27,5% pour les hommes et 32% pour les femmes). La tranche des 50-64 ans présente en revanche pour les hommes des valeurs plus élevées que pour les femmes (27,5% contre 23,7%). La diminution des cas mortels pour la composante féminine a enfin concerné exclusivement les tranches

d'âge centrales (9 cas dans la tranche des 18-34 ans et 2 cas dans celle des 35-49 ans) alors que pour celle masculine, on a enregistré une diminution généralisée dans toutes les tranches (surtout pour celle des 18-34 ans avec 58 cas et pour celle des 50-64 ans avec 45 cas).

Un aspect incontestablement intéressant par rapport au cours des accidents, c'est celui qui concerne la forme de contrat du travailleur étant donné que les formes non traditionnelles (dites «atypiques») sont de plus en plus répandues.

Ce sont justement les deux principales formes de travailleurs atypiques, les travailleurs parasubordonnés et les travailleurs intérimaires (ou «travailleurs temporaires») qui ont fait enregistrer en 2006 les plus fortes augmentations en termes d'accidents (+19% environ par rapport à 2005, pour les deux catégories). Cette tendance se confirme également pour 2007: +13,6% pour les travailleurs intérimaires (ou «travailleurs temporaires») et +5,6% par rapport à 2006 pour les travailleurs parasubordonnés. La situation est analogue en ce qui concerne le cours des accidents mortels même s'il convient de signaler qu'il s'agit, statistiquement parlant, de petits nombres et, dans la plupart des cas, d'accidents *in itinere*.

Au sujet de ces nouvelles formes de contrat, il convient de remarquer que, du point de vue de la structure de l'emploi et donc, par réflexion, de son risque d'accident intrinsèque, les parasubordonnés et les intérimaires divergent de façon très consistante.

En ce qui concerne en particulier les intérimaires, il s'agit surtout d'ouvriers chargés de travaux manuels dans les secteurs de l'Industrie manufacturière (notamment de la métallurgie et des machines), des Constructions et des Transports. Les travailleurs parasubordonnés présentent par contre un indice d'accidents sensiblement plus faible que celui moyen général, ce qui est en ligne avec les caractéristiques professionnelles surtout d'employés de ces travailleurs qui œuvrent surtout dans les secteurs des Activités immobilières et des services aux entreprises, du Commerce et des Services en général. Les accidents des parasubordonnés sont très répandus non seulement dans le Nord-Est (37% en 2006 et 36% en 2007) et dans le Nord-Ouest (27% - années 2006 et 2007) mais aussi dans les régions du Centre (25% - années 2006 et 2007).

Les accidents sont également à la hausse chez les apprentis, même s'il s'agit là de nombres relativement modestes. Cette tendance se confirme également pour 2007.

L'analyse territoriale fait ressortir que la réduction des accidents enregistrée entre 2005 et 2006 (-1,3% au niveau national) a concerné pratiquement toutes les régions avec très peu d'exceptions. La décomposition géographique fait apparaître le Sud avec une chute de 2,9%, suivi par le Centre (-1,3%) et le Nord-Ouest (-1,1%). Plus de 60% des accidents se sont concentrés dans le Nord de l'Italie qui est industrialisé: on a en particulier déclaré dans le Nord-Est plus de 305 000 cas en 2006 alors qu'en 2007, on a compté presque 299 000 cas déclarés. En termes absolus, les régions avec le plus grand nombre

d'accidents continuent d'être celles du triangle de Padoue (avec dans l'ordre la Lombardie avec 17% du total national, l'Emilie-Romagne avec 14,4% et la Vénétie avec 12,2%: dans l'ensemble, plus de 400 000 cas, soit 43,6% du total). La situation reste inchangée en 2007.

Dans l'Agriculture, on a assisté au cours des années 2006 et 2007 à une diminution généralisée dans toutes les régions.

Toujours durant ces deux années, on a enregistré une situation analogue avec une réduction des accidents sur tout le territoire national (-1,7% au niveau national). Le Sud confirme sa tendance à la baisse (-3,3%), suivi par le Nord-Est (-2,2%) et le Nord-Ouest (-1,6%). La baisse est plus modérée dans le Centre (-1,1%).

Au niveau national, presque toutes les régions ont contribué à la diminution de 12,8% des cas mortels enregistrée en 2007.

Tableau n° 3 – Accidents du travail survenus durant les années 2005-2006, par Région et par gestion d'assurance

Regioni	Agricoltura		Industria e Servizi		Dip.nti Conto Stato		Tutte le gestioni		
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	Var. %
Piemonte	5.786	5.551	67.870	66.464	2.004	2.008	75.660	74.023	-2,2
Valle d'Aosta	221	186	2.437	2.388	7	14	2.665	2.588	-2,9
Lombardia	5.703	5.334	149.722	149.065	3.559	3.569	158.984	157.968	-0,6
Liguria	1.022	1.001	28.303	28.049	973	919	30.298	29.969	-1,1
<i>Bolzano - Bozen</i>	<i>2.441</i>	<i>2.476</i>	<i>14.837</i>	<i>14.949</i>	<i>95</i>	<i>119</i>	<i>17.373</i>	<i>17.544</i>	<i>1,0</i>
<i>Trento</i>	<i>1.172</i>	<i>1.174</i>	<i>11.465</i>	<i>11.288</i>	<i>196</i>	<i>195</i>	<i>12.833</i>	<i>12.657</i>	<i>-1,4</i>
Trentino Alto Adige	3.613	3.650	26.302	26.237	291	314	30.206	30.201	0,0
Veneto	5.958	5.677	105.737	105.446	2.206	2.300	113.901	113.423	-0,4
Friuli Venezia Giulia	1.110	1.082	26.254	26.414	732	719	28.096	28.215	0,4
Emilia Romagna	9.300	9.033	123.774	121.759	2.428	2.440	135.502	133.232	-1,7
Toscana	5.292	4.881	65.762	65.395	2.129	2.158	73.183	72.434	-1,0
Umbria	2.143	1.960	16.761	16.233	629	637	19.533	18.830	-3,6
Marche	3.638	3.352	29.989	29.422	900	816	34.527	33.590	-2,7
Lazio	2.635	2.465	52.323	52.338	2.974	3.038	57.932	57.841	-0,2
Abruzzo	2.870	2.791	20.690	20.481	630	689	24.190	23.961	-0,9
Molise	991	920	3.217	3.064	155	143	4.363	4.127	-5,4
Campania	2.908	2.738	27.991	27.090	2.345	2.291	33.244	32.119	-3,4
Puglia	4.216	4.033	36.937	35.617	2.118	2.042	43.271	41.692	-3,6
Basilicata	1.268	1.206	5.315	5.350	301	270	6.884	6.826	-0,8
Calabria	1.736	1.427	12.021	11.938	1.036	1.040	14.793	14.405	-2,6
Sicilia	3.305	2.993	28.212	28.755	2.302	2.303	33.819	34.051	0,7
Sardegna	2.734	2.739	15.334	14.861	849	903	18.917	18.503	-2,2
ITALIA	66.449	63.019	844.951	836.366	28.568	28.613	939.968	927.998	-1,3
Nord-Ovest	12.732	12.072	248.332	245.966	6.543	6.510	267.607	264.548	-1,1
Nord-Est	19.981	19.442	282.067	279.856	5.657	5.773	307.705	305.071	-0,9
Centro	13.708	12.658	164.835	163.388	6.632	6.649	185.175	182.695	-1,3
Sud	13.989	13.115	106.171	103.540	6.585	6.475	126.745	123.130	-2,9
Isole	6.039	5.732	43.546	43.616	3.151	3.206	52.736	52.554	-0,3

Régions	Agriculture	Industrie et Services	Fonction Publique	Toutes les gestions
Piémont				
Val d'Aoste				
Lombardie				
Ligurie				
<i>Bolzano – Bozen</i>				
<i>Trento</i>				
Trentin-Haut-Adige				
Vénétie				
Frioul-Vénétie Julienne				

Emilie-Romagne				
Toscane				
Ombrie				
Marches				
Latium				
Abruzzes				
Molise				
Campanie				
Pouilles				
Basilicate				
Calabre				
Sicile				
Sardaigne				
ITALIE				
Nord-Ouest				
Nord-Est				
Centre				
Sud				
Iles				

Tableau n° 4 – Accidents du travail mortels survenus durant les années 2005-2006, par Région et par gestion d'assurance

Regioni	Agricoltura		Industria e Servizi		Dip.nli Conto Stato		Tutte le gestioni		
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006	Var. %
Piemonte	16	15	76	92	-	2	92	109	18,5
Valle d'Aosta	1	-	1	5	-	-	2	5	150,0
Lombardia	12	15	182	217	-	-	194	232	19,6
Liguria	1	-	37	36	-	-	38	36	-5,3
<i>Bolzano - Bozen</i>	3	5	8	8	1	-	12	13	8,3
<i>Trento</i>	-	3	7	17	-	-	7	20	185,7
Trentino Alto Adige	3	8	15	25	1	-	19	33	73,7
Veneto	10	5	88	106	1	4	99	115	16,2
Friuli Venezia Giulia	-	1	25	27	-	-	25	28	12,0
Emilia Romagna	13	12	123	105	1	2	137	119	-13,1
Toscana	9	12	74	82	3	1	86	95	10,5
Umbria	2	6	24	20	-	-	26	26	0,0
Marche	7	2	32	28	-	-	39	30	-23,1
Lazio	3	8	112	92	3	-	118	100	-15,3
Abruzzo	8	1	27	41	-	-	35	42	20,0
Molise	2	3	10	6	-	-	12	9	-25,0
Campania	9	4	79	70	-	1	88	75	-14,8
Puglia	8	8	79	78	2	-	89	86	-3,4
Basilicata	5	5	10	7	-	-	15	12	-20,0
Calabria	8	5	33	32	1	1	42	38	-9,5
Sicilia	16	5	70	72	2	1	88	78	-11,4
Sardegna	4	6	25	28	1	-	30	34	13,3
ITALIA	137	121	1.122	1.169	15	12	1.274	1.302	2,2
Nord-Ovest	30	30	296	350	-	2	326	382	17,2
Nord-Est	26	26	251	263	3	6	280	295	5,4
Centro	21	28	242	222	6	1	269	251	-6,7
Sud	40	26	238	234	3	2	281	262	-6,8
Isole	20	11	95	100	3	1	118	112	-5,1

N.B.: Il dato 2006 non è consolidato.

Régions	Agriculture	Industrie et Services	Fonction Publique	Toutes les gestions
Piémont				
Val d'Aoste				
Lombardie				
Ligurie				
<i>Bolzano - Bozen</i>				
<i>Trente</i>				
Trentin-Haut-Adige				
Vénétie				
Frioul-Vénétie Julienne				
Emilie-Romagne				
Toscane				

Ombrie				
Marches				
Latium				
Abruzzes				
Molise				
Campanie				
Pouilles				
Basilicate				
Calabre				
Sicile				
Sardaigne				
ITALIE				
Nord-Ouest				
Nord-Est				
Centre				
Sud				
Iles				

NB: La donnée 2006 n'est pas consolidée.

Au niveau des secteurs, la diminution des accidents du travail en 2006 s'annonce plus marquée dans l'Industrie (-2,2%) tandis que l'on assiste à une légère augmentation dans les Services (+0,2%); pour les cas mortels, on enregistre en revanche un cours tout à fait opposé (+8,7% pour l'Industrie et -0,4% pour les Services) alors que l'ISTAT indique une baisse de l'emploi pour la même année de 0,2% dans l'Industrie et de 2,8% dans les Services.

La diminution par rapport à l'année précédente a été particulièrement sensible dans l'Agriculture, dans l'Industrie manufacturière et, au sein de celle-ci, dans les secteurs de l'Industrie du textile et du bois. Il y a aussi une baisse dans les Constructions, un secteur dans lequel, après plusieurs années de forte croissance du nombre de postes de travail (avec des taux annuels compris entre 4% et 5%), l'emploi a fait enregistrer en 2006 un résultat négatif (-0,6% par rapport à 2005), une conséquence de la diminution de la demande dans la construction de logements et les travaux publics, une baisse qui avait déjà commencé en 2005.

Dans les Services, la diminution des accidents dans le secteur du Commerce et dans celui des Hôtels et restaurants s'oppose à l'augmentation sensible des cas déclarés dans les Services aux entreprises et au sein du Personnel domestique (domestiques, auxiliaires de vie, etc...) où l'on enregistre une forte composante de force de travail étrangère.

En ce qui concerne les accidents mortels, on enregistre en 2006 une baisse des cas dans l'Agriculture, dans l'Industrie du traitement des minéraux non métallifères, dans la Métallurgie et le travail des machines, dans les Transports ainsi que dans les Hôtels et restaurants tandis que les victimes augmentent dans les Constructions où la contribution des travailleurs extracommunautaires est de plus en plus significative puisqu'ils représentent désormais 15% des victimes d'accidents du travail mortels avec 47 cas sur un total de 318 la dernière année. L'observation dans le détail des trois principales sections des Constructions qui représentent plus de 90% de l'ensemble du phénomène dans le secteur fait ressortir que les augmentations les plus significatives ont

été enregistrées dans l'Installation de services dans des bâtiments et dans les Travaux de finition tandis que pour la section la plus importante (Bâtiment et génie civil), on relève une certaine stabilité.

On a également enregistré des augmentations des cas mortels dans les secteurs des Services aux entreprises et de la Santé (de 14 à 27 cas).

Une situation analogue a été enregistrée en 2007: diminution marquée des accidents du travail dans l'Industrie et dans les Services, y compris pour les cas mortels. La baisse par rapport à l'année précédente a été particulièrement sensible dans l'Agriculture, dans l'Industrie manufacturière et, au sein de celle-ci, dans les secteurs de l'Industrie du textile et du Traitement des minéraux non métallifères. Une diminution s'est aussi vérifiée dans les Constructions, un secteur dans lequel, après la chute de 0,6% de l'année précédente, l'emploi a à nouveau présenté en 2007 un signe positif (+2,9% par rapport à 2006), conséquence d'une reprise de la demande de construction de logements et de travaux publics.

Dans les Services, la diminution des accidents dans les secteurs des Hôtels et restaurants, du Commerce et des Transports s'oppose à l'augmentation sensible des cas déclarés par le Personnel chargés des services domestiques (domestiques, auxiliaires de vie, etc...) où l'on enregistre une forte composante de force de travail étrangère.

En ce qui concerne les accidents mortels, une diminution soutenue se dessine pour 2007 dans l'Agriculture, dans l'Industrie du Textile et de l'habillement, du Traitement des minéraux non métallifères et de la Santé. Les décès du travail diminuent également dans les Constructions où la contribution des travailleurs étrangers est de plus en plus significative puisque ces derniers représentent désormais 30% des victimes d'accidents mortels avec 73 cas sur un total de 244 la dernière année. L'observation dans le détail des trois principales sections des Constructions qui représentent plus de 90% de l'ensemble du phénomène dans le secteur fait ressortir que les diminutions les plus significatives ont été enregistrées dans le Bâtiment et le génie civil, suivi par l'Installation de services dans des bâtiments et par les Travaux de finition.

Accidents et travailleurs extracommunautaires

Au premier janvier 2006, l'ISTAT estimait à environ 2,7 millions le nombre d'étrangers résidant en Italie, soit 4,5% du total des résidents.

D'après les statistiques élaborées en consultant les archives de la D.N.A. (Déclaration Nominative des Assurés) pour ce qui est exclusivement des travailleurs assurés à l'INAIL, les extracommunautaires ont dépassé en 2006 le seuil des 2 millions, ce qui confirme leur tendance à la croissance qui s'est élevée par rapport à l'année précédente à 3,5% et qui a atteint 5% pour les femmes qui représentent un peu moins de 40% du total des travailleurs.

Les assurés extracommunautaires s'avèrent être dans 91% des cas des salariés, dont 5% avec un contrat de type intérimaire, la partie restante se divisant entre artisans (6%) et parasubordonnés (3%).

Les hommes semblent aussi concernés par les formes de contrat de type indépendant: les artisans atteignent en effet une part de 8% contre 2% pour les femmes. Il s'agit souvent de personnes ayant travaillé avec un contrat de salarié pendant quelques années et qui ont ensuite constitué de petites activités entrepreneuriales œuvrant dans les domaines de l'hydraulique, de l'entretien ou des transports. De plus, presque tous les hommes travaillent à plein temps tandis que les femmes réalisent dans 40% des cas des activités à temps partiel.

Tableau n° 5 – Travailleurs extracommunautaires assurés à l'INAIL, par sexe et par type de contrat – année 2006

Sexe	Salariés (sauf intérimaires)	Intérimaires	Parasubordonnés	Artisans	Total
Hommes	1.050.048	60.652	36.388	106.513	1.253.601
Femmes	714.984	31.248	33.132	14.447	793.811
Total	1.765.032	91.900	69.520	120.960	2.047.412

L'augmentation du nombre d'emplois se reflète également sur les accidents du travail pour lesquels on relève une croissance de 3,7% en 2006 par rapport à l'année précédente: il y a en effet eu 116 000 déclarations d'accident contre 112 000 en 2005. L'augmentation des accidents du travail est la synthèse d'une hausse de 4% dans l'Industrie et les Services et d'une réduction de 2% dans l'Agriculture alors que les 22 cas supplémentaires enregistrés dans la Fonction Publique n'ont pas d'influence particulière.

Pour ce qui est des cas mortels, 141 déclarations sont parvenues à l'INAIL en 2006 contre 150 l'année précédente.

Toujours en 2006, le pourcentage d'accidents attribuables à des travailleurs extracommunautaires sur le total des travailleurs a été de 12,5%, contre 11,9% l'année précédente pour l'ensemble des déclarations, tandis que pour les cas mortels, on a observé, toujours pour les mêmes périodes, des valeurs s'élevant respectivement à 10,8% et 11,8%.

Les accidents des extracommunautaires se concentrent dans les activités étant réputées les plus dangereuses. Il s'agit en particulier de quatre domaines de production: Constructions, Industrie des métaux, Transport et Restauration qui engendrent 39% du total des déclarations d'accident et 55% des cas mortels.

En particulier, on trouve à la première place les Constructions avec non moins de 19 000 déclarations d'accident en 2006 et 47 cas mortels. Une analyse plus approfondie du secteur montre que plus de 60% des cas (valeur qui passe à 68% pour les cas mortels) sont liés aux activités de construction et de finition des bâtiments.

La donnée du Personnel chargé des services domestiques est significative: en 2006, 1 596 accidents ont concerné des extracommunautaires, soit 58% du total relatif à tous les travailleurs opérant dans ce secteur. Un autre domaine de production à signaler, c'est celui lié au Travail du cuir et des peaux dans lequel un quart des accidents concerne des travailleurs extracommunautaires.

Des niveaux de formation inférieurs à ceux de leurs collègues italiens, des expériences moins consolidées, le besoin de travailler et quoi qu'il en soit la précarité sont quelques unes des causes qui contribuent à faire que leur indice d'accidents tourne autour de 60 déclarations pour 1 000 employés contre une valeur d'environ 40 pour 1 000 si l'on considère les accidents de tous.

En 2007, on a compté plus de 140 000 déclarations d'accidents, dont 174 mortels.

Le taux d'accidents des immigrés a dépassé 15% du total et, rien qu'au cours de la dernière année, on a enregistré une augmentation de plus de 11 000 déclarations d'accidents par rapport à 2006.

Si l'on prend en considération le secteur d'activité économique, on observe que cette hausse a concerné toute la ligne de production: +4,7% dans l'Agriculture, +8,9% dans l'Industrie et les Services et +6% dans la Fonction Publique.

Le discours sur les cas mortels est à part: 7 morts de plus qu'en 2006 pour ce qui est en particulier des travailleurs de l'Industrie et des Services dont les décès du travail sont passés de 153 à 163 la dernière année; baisse de 3 unités dans l'Agriculture.

Une part consistante des accidents se concentre dans des activités de type industriel; au premier rang, on trouve un secteur réputé dangereux, les Constructions, qui enregistre plus de 20 000 déclarations d'accident par an, soit 14,5% du total des accidents liés aux étrangers. Ce secteur présente aussi un nombre de morts élevé qui, même s'il a chuté au cours des trois dernières années, atteignait toujours non moins de 39 cas en 2007, soit presque 1 décès sur 4 dans l'Industrie et les Services.

La donnée du Personnel chargé des services domestiques est importante: en 2007, il y a eu plus de 2 000 cas concernant les étrangers, soit une augmentation de 24% par rapport à 2005. Plus de 70% de l'ensemble des accidents de ce domaine d'activité concernent des étrangers.

Pour ce qui est du sexe, la balance des accidents penche nettement du côté des hommes qui génèrent environ 80% des déclarations d'accident et non moins de 87% des cas mortels. Ces pourcentages ne sont cependant pas très éloignés de ceux calculés sans tenir compte du Pays de naissance: en effet, pour l'ensemble de la population active,

environ 3 accidents déclarés sur 4 concernent des hommes, ce rapport passant à 9 sur 10 pour les accidents mortels.

Pour ce qui est de l'âge, on relève encore une fois que la tranche d'âge la plus faible est celle des jeunes de moins de 35 ans avec un peu moins de 50% des accidents et ceci quel que soit le sexe. Les travailleurs étrangers sont donc nettement plus jeunes; en effet, si l'on prend en considération les accidentés du travail, on remarque que 38% d'entre eux sont âgés de moins de 35 ans. 80% des accidentés et 92% des migrants sont âgés au maximum de 50 ans. On peut également relever la faible consistance des étrangers âgés qui génèrent seulement 8% des accidents contre 18% pour l'ensemble des travailleurs.

Pour ce qui est des cas mortels, le plus haut nombre de déclarations revient à la tranche des 35-49 ans qui absorbe 54% des cas. Dans tous les cas, presque 92% des décès touchent des travailleurs de moins de 50 ans.

* * *

En ce qui concerne la demande du Comité des droits sociaux contenue dans les Conclusions 2007 de connaître les mesures adoptées par le gouvernement italien pour diminuer le nombre d'accidents du travail des immigrés, voici la réponse.

Le décret législatif n° 81/2008 contient parmi ses objectifs affichés (voir la legge di delega/loi-cadre n°123/2007, art. 1, alinéa 1) la protection des travailleurs et travailleuses immigrés étant donnée justement l'incidence que le phénomène des accidents du travail présente chez eux. En particulier, le «texte unique» demande à l'entrepreneur de mettre en œuvre chacune de ses activités en matière de gestion des risques du travail en tenant compte du facteur de risque inhérent à la provenance de Pays étrangers (article 28, alinéa 1, décret législatif n° 81/2008) et ce texte spécifie que l'information fournie aux travailleurs doit être «facilement compréhensible par les travailleurs et elle doit leur permettre d'acquérir les connaissances correspondantes» et aussi, en particulier, que «lorsque l'information concerne les travailleurs immigrés, elle doit être fournie après vérification de la compréhension de la langue utilisée dans le parcours d'information» (art. 36, alinéa 4, «texte unique»). Une formule presque identique est répétée pour ce qui est de l'activité de formation (art. 37, alinéa 13, «texte unique») qui doit être «facilement compréhensible pour les travailleurs et elle doit leur permettre d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires en matière de santé et de sécurité du travail» en prévoyant que «lorsque la formation concerne les travailleurs immigrés, elle doit être réalisée après vérification de la compréhension et de la connaissance de la langue utilisée dans le parcours de formation». Signalons que toutes les normes qui viennent d'être citées prévoient, en cas de non-respect, l'application de sanctions pénales.

Le cours des maladies professionnelles en Italie durant les années allant de 2002 à 2006 a été «globalement stable»; les déclarations parvenues à l'INAIL (en moyenne environ 26 000 cas par an) avaient fait enregistrer en 2004-2005-2006 des variations proches de 0%.

En 2007 par contre, l'INAIL a enregistré 28 500 déclarations: presque 2 000 cas de plus qu'en 2006 (+7,0%). Les raisons d'une telle augmentation peuvent être cherchées dans une «sous-estimation» possible du phénomène durant les années précédentes. La hausse des déclarations de maladies professionnelles a été suivie par l'invitation à une intervention plus incisive de la part des institutions, que ce soit en matière de prévention ou d'extension de la protection de l'assurance-maladie.

L'INAIL a donc lancé une campagne de sensibilisation et d'information sur ce phénomène en s'adressant en particulier à la catégorie professionnelle qui, plus que toute autre avec les médecins compétents, est impliquée dans la filière pathologie-manifestation-déclaration: les médecins de famille. Le 6 septembre 2007, l'INAIL et les représentations syndicales de catégorie ont signé un «Accord en matière de certification rédigée en faveur des assurés INAIL». Cette convention, d'une durée de deux ans, reconnaît aux certificats des médecins de famille une «forme de collaboration active» pour leur contenu en informations servant au dossier médico-légal qui sera ensuite monté par les médecins de l'INAIL, ce qui a donné de la visibilité à l'activité de recueil de données anamnestiques professionnelles et pathologiques. Il a en particulier été souligné qu'«avec l'informatisation, les parties comptent approfondir ensemble les aspects sanitaires liés aux risques professionnels afin de fournir une contribution active à l'émergence des pathologies liées au travail et à tous les relevés statistiques épidémiologiques que puisse permettre une réelle collaboration, en particulier en ce qui concerne le remplissage du Registre national des maladies causées par le travail ou liées à celui-ci, conformément à l'alinéa 5 de l'art. 10 du décret législatif n° 38/2000». Afin de poursuivre dans cette optique, en plus de la mise au point de formulaires de certification spécifiques et de procédures informatiques pour leur envoi télématique, l'INAIL, à travers la participation de ses médecins à des conventions, des séminaires et des cours universitaires en qualité de rapporteurs/enseignants, a intensifié son activité de formation auprès de la classe médicale externe en la sensibilisant sur le rapport possible entre maladie et travail; ceci a également été réalisé par le biais de la sensibilisation des Sociétés scientifiques de référence, la Médecine du Travail et la Médecine Légale (SIMLII et SIMLA).

L'engagement du droit italien en matière de maladies professionnelles s'est concrétisé par la promulgation du décret ministériel du 14 janvier 2008 qui met à jour, aux termes de l'art. 139 du Texte Unique, le Registre des maladies professionnelles pour lesquelles le médecin venant à leur connaissance est tenu de faire une déclaration. En transposant les propositions d'une Commission Scientifique spécifique, ce décret substitue la

dernière mise à jour du registre des maladies divisé en 3 listes distinctes (origine professionnelle fortement probable, modérément probable et possible) qui avait été approuvée par le D.M. 27/04/2004 qui mettait quant à lui à jour le registre du 18/04/1973. Par ailleurs, les «**Nouveaux tableaux des maladies professionnelles dans l'industrie et dans l'agriculture**» ont été publiés par décret ministériel du 9 avril 2008 (**Journal Officiel italien n°169 du 21 juillet 2008**). Cette mesure a mis à jour le registre des maladies professionnelles aux termes des art. 3 et 211 du Texte Unique, c'est-à-dire des maladies figurant «au tableau», à savoir celles qui jouissent d'une «présomption légale d'origine».

Par conséquent, l'augmentation rencontrée en 2007 des déclarations de maladies professionnelles peut être raisonnablement liée également à une plus forte sensibilisation et prise de conscience de toutes les personnes concernées: les travailleurs, les employeurs et ceux qui leur prêtent la première consultation professionnelle, les médecins de famille et les organisations syndicales.

Comme cela a déjà été indiqué, à la date du 30 avril 2008, l'INAIL avait reçu 28 497 déclarations de maladies professionnelles s'étant déclarées en 2007, soit une hausse de 1 864 déclarations (+7%) par rapport aux 26 699 cas de 2006, une augmentation qui atteint les 3 277 unités (+13%) si on la met en rapport avec l'année 2003 où il y avait eu 25 220 déclarations.

Le détail par Gestion d'assurance confirme, comme pour l'année précédente, un cours sensiblement différent pour les trois principales catégories de l'Institut. L'Industrie et les Services, sur lesquels se concentrent comme les années précédentes 93% des cas de technopathies, renversent la tendance à la baisse des dernières années et ils se distinguent naturellement par la plus forte augmentation en termes absolus, presque 1 600 déclarations de plus qu'en 2006, soit une hausse de 6,4% (10,7% d'augmentation totale sur les cinq années). L'agriculture et la Fonction Publique, des catégories mineures, se distinguent en revanche pour leur forte augmentation en termes de pourcentages, significativement plus élevés que dans l'Industrie et les Services. Dans l'Agriculture, les 200 cas de plus qu'en 2006 représentent une hausse de 14,0%. L'augmentation enregistrée dans la Fonction Publique est encore plus élevée en termes de pourcentages: on est passé des 319 cas de 2006 à 391 en 2007 (+22,6%).

L'analyse des données peut être plus fortement approfondie en établissant une distinction entre maladies répertoriées ou non dans le «tableau» (NdT: des maladies professionnelles), avec dans le deuxième cas des pathologies pour lesquelles il incombe au travailleur de démontrer la relation de causalité aux termes de la Sentence n° 206/1988. En général, les maladies figurant au tableau ont vu leur consistance diminuer sensiblement au fil des ans (entre autre grâce à des interventions de prévention et d'adaptation à la norme de plus en plus ciblées et efficaces) au profit de celles non répertoriées dans le tableau qui sont désormais devenues les véritables protagonistes de l'évolution du phénomène de technopathie qui est inséparablement lié à la mutation des

techniques de production et des milieux de travail ainsi qu'à l'émergence de nouvelles professions et criticités professionnelles.

L'incidence des 85 maladies professionnelles répertoriées dans le tableau (58 de l'Industrie et des Services, 27 de l'Agriculture, plus les silicoses et les asbestoses qui relèvent de normes spécifiques) sur le phénomène général a été en diminuant dans le temps, tandis que celles non répertoriées dans le tableau ont représenté plus de 84% de l'ensemble des déclarations en 2007, avec une progression constante d'année en année.

Ce pourcentage, globalement confirmé dans l'Industrie et les Services (83,7%), est encore plus haut pour l'Agriculture (93,0%) et la Fonction Publique (91,3%).

Il est confirmé que la première place du classement revient à l'hypoacousie et à la surdité dont l'incidence (sur les cas déterminés) a diminué au fil des ans en passant de 29% des cas déclarés pour l'année 2003 (environ 7 000 cas) à 23% en 2007 (environ 6 000 cas). Ce sont en effet d'autres maladies qui ont vu leur nombre de cas déclarés carrément doubler voire tripler au cours de ces dernières années: tendinites (de 1 478 cas en 2003 à 3 410 en 2007, +131% et une incidence de 14% sur la donnée totale), affections des disques intervertébraux (de 1 060 cas à 2 970, +180%), arthrose (de 795 cas à 1 694, +113%) et syndrome du canal carpien (de 946 cas à 1 398, +48%).

La transition en cours depuis bien des années continue donc, des maladies «traditionnelles» comme l'hypoacousie et la silicose à celles «émergentes», en particulier les maladies provoquées par des agents physiques qui touchent l'appareil musculo-squelettique: le progrès technologique a amélioré la qualité de vie du travailleur mais il a aussi entraîné avec lui d'autres types de postes de travail qui requièrent des postures et des mouvements répétés (ceux qui engendrent les dits Ctd «*cumulative trauma disorders*») s'avérant potentiellement dangereux. Réciproquement, le recul de certaines maladies «historiques» prouve combien les interventions de la réglementation en matière de prévention appliquées dans le passé ont été efficaces et à quel point il est indispensable de mettre en permanence à jour ce type d'initiatives afin de faire face à l'évolution des techniques de production et du milieu de travail.

Parmi les principales maladies non répertoriées par le tableau, on trouve également les maladies respiratoires (en moyenne plus de 1 700 cas par an, avec une diminution de 8% entre 2003 et 2007). Pour celles répertoriées dans le tableau, aux premières places du classement de l'Industrie et des Services et de la Fonction Publique, il faut à nouveau citer la silicose (300/400 cas par an mais avec une forte diminution au cours des 5 années étudiées) et l'asbestose (500/600 cas par an, avec une augmentation de 14% entre 2003 et 2007).

Une attention particulière a été récemment portée aux maladies professionnelles de nature psychique. Les données relevées pour les pathologies de cette nature sont encore à considérer, dans une certaine mesure, comme sous-estimées, d'une part à cause de la difficulté à distinguer durant la phase de déclaration et de première codification, la pathologie psychique spécifique, et d'autre part étant données les comparaisons à

réaliser par rapport à ce qui a été enregistré par d'autres organismes et observatoires à ce sujet. De manière générale, les «problèmes psychiques liés au travail» ont eu ces dernières années une consistance d'environ 500/600 cas déclarés par an, dont une grande partie spécifique au «*mobbing*» (NdT: harcèlement moral), se concentrant dans l'Industrie et les Services et dans la Fonction Publique.

Une autre pathologie particulièrement grave est représentée par les tumeurs professionnelles.

Si l'on observe les données relevées dans les archives institutionnelles, on observe que dans les trois Gestions, les tumeurs arrivent aux premiers rangs de la classification des maladies professionnelles déclarées à l'INAIL. Au final, entre maladies répertoriées et non répertoriées, le total des cas déclarés a dépassé les 1 900 cas en 2005 et 2006 pour atteindre plus de 1 700 cas en 2007.

Presque la moitié de ces cas est à nouveau constituée par les néoplasies dues à l'asbeste, avec des valeurs en croissance permanente jusqu'à 2007, avec 728 cas contre les 851 de 2006. Mais l'incidence sur l'ensemble du phénomène de cette néoplasie s'est réduite au cours de ces 5 années, en faisant place ces dernières années à des tumeurs non répertoriées au tableau des maladies professionnelles: en plus de celles toujours liées à l'appareil respiratoire (trachée, plèvre et larynx), on relève une consistance numérique particulière par exemple pour les tumeurs de la vessie, dont les cas déclarés ont plus que doublé en 5 ans (environ 200 cas en 2007, contre 79 en 2003) ainsi que pour les myélomes multiples (55 cas déclarés la dernière année).

Pour compléter le cadre d'information sur les pathologies dues au travail, voici, de manière synthétique, des informations sur le phénomène observé à travers l'évolution des différentes phases de discussion et de définition du cas, de sa déclaration à son éventuelle indemnisation.

Les délais techniques de discussion et de définition des cas déclarés requièrent une période de temps adéquate liée à la nécessité et la difficulté d'avoir une documentation spécifique exhaustive à valeur probante pour compléter la procédure administrative: c'est cela qui justifie la part importante de cas «en cours de définition» des années 2006 et surtout 2007 (plus de 7 000 cas encore à définir). Les deux dernières années en particulier, on assiste donc dans ce domaine à une pénalisation en termes de consistance (y compris au niveau de l'incidence en pourcentages) des reconnaissances et indemnisations réalisées par l'Institut.

Au niveau des informations, on peut fournir un panorama de la période 2003-2005 qui est indicative de la procédure d'indemnisation. Pour la période de trois ans susdite (que l'on peut considérer comme suffisamment consolidée), on peut relever que, sur les 26 000 cas environ déclarés par an, plus de 8 500 ont été reconnus (plus de 60% sont des maladies non répertoriées) dont plus de la moitié, presque 5 000 cas, ont été indemnisés

conformément à la réglementation en vigueur, avec un taux de reconnaissance (exprimé par le rapport entre cas reconnus et cas déclarés) d'environ 33% (moyenne de 60% pour les maladies répertoriées et 30% pour celles non répertoriées) et un taux d'indemnisation, à savoir le nombre de cas indemnisés sur celui de cas reconnus, de 57% environ (65% pour celles répertoriées et 50% pour celles non répertoriées). Ce dernier indicateur dépend naturellement du système d'indemnisation en vigueur qui établit, selon la loi, des limites minimales pour le droit à l'aide économique (4 jours d'absence au travail pour l'incapacité temporaire, degré d'au moins 6% de handicap pour l'invalidité permanente).

En ce qui concerne en revanche les cas de décès, il convient de dire que le taux d'indemnisation est de 100% car tous les cas reconnus sont ensuite régulièrement indemnisés sans préjudice bien sûr des critères minimums pour être indemnisable en cas d'évènements de ce type .

Pour ce qui est des Fonctionnaires, la coïncidence parfaite entre la donnée «reconnues» et «indemnisées» est due à la particularité de cette gestion d'assurance puisque la protection offerte par l'assurance ne relève pas de l'INAIL qui traite malgré tout les dossiers correspondants pour le compte des différentes administrations d'appartenance. La particularité de cette gestion est que rien n'est versé à l'INAIL qui avance dans tous les cas les aides à la victime, sauf l'indemnité journalière pour incapacité temporaire qui est versée directement par l'administration d'appartenance, l'employeuse. L'impossibilité d'établir une distinction entre les cas «temporaires» indemnisés et les cas de «reconnaitances sans indemnisation» a suggéré d'intégrer les seconds cas aux premiers.

Tableau n° 6 – Maladies professionnelles s'étant manifestées durant la période 2003-2007, par gestion d'assurance et par état de définition

Stato di definizione	2003	2004	2005	2006	2007
Denunciate					
Agricoltura	1.080	1.078	1.315	1.433	1.633
Industria e Servizi	23.911	25.123	24.995	24.881	26.473
Dipendenti Conto Stato	229	283	318	319	391
Totale	25.220	26.484	26.628	26.633	28.497
Riconosciute					
Agricoltura	334	342	464	512	406
Industria e Servizi	8.390	8.201	8.022	7.788	6.181
Dipendenti Conto Stato	61	62	60	45	44
Totale	8.785	8.605	8.546	8.345	6.631
Indennizzate					
Agricoltura	215	236	320	361	307
Industria e Servizi	4.464	4.643	4.731	4.804	3.761
Dipendenti Conto Stato	61	62	60	45	44
Totale	4.740	4.941	5.111	5.210	4.112
In corso di definizione					
Agricoltura	5	3	23	64	398
Industria e Servizi	178	291	695	1.422	6.938
Dipendenti Conto Stato	1	5	14	39	108
Totale	184	299	732	1.525	7.444

Etat de définition
Déclarées
Agriculture
Industrie et Services
Fonction Publique
Total
Reconnues
Agriculture
Industrie et Services
Fonction Publique
Total
Indemnisées
Agriculture
Industrie et Services
Fonction Publique
Total
En cours de définition
Agriculture
Industrie et Services
Fonction Publique
Total

Si l'on analyse la phase de l'indemnisation dans ses typologies et dans ses répétitions par type de maladie, on peut immédiatement remarquer une différence substantielle, et naturelle, entre accidents du travail et maladies professionnelles: pour les accidents, environ 95% des indemnisés présentent des incapacités temporaires tandis que dans le cadre des maladies professionnelles, c'est en revanche l'invalidité permanente qui représente plus de 80% des cas indemnisés.

Durant les années consolidées, les incapacités temporaires ont représenté pour les technopathies environ 15% du total des indemnisations; parmi les principales maladies, la plus forte présence d'invalidité temporaire a correspondu avant tout aux maladies cutanées (environ 40% des cas indemnisés), aux tendinites et au syndrome du canal carpien (dans les deux cas à hauteur de ¼ du total); on a en revanche enregistré des incidences supérieures à la moyenne pour les invalidités à caractère permanent dans les cas d'hypoacousie (100% des cas), les néoplasies répertoriées au tableau des maladies professionnelles, les maladies ostéo-articulaires et celles respiratoires, ainsi que les silicozes et les asbestoses.

Les cas mortels représentent enfin en moyenne, pour les années consolidées, 5% de l'ensemble des indemnisations: en général, on compte entre 200 et 250 décès par an (237 pour l'année 2003, la plus consolidée de la période observée).

Il est important de souligner que l'incidence des cas mortels sur le total des indemnisés est beaucoup plus significative chez les travailleurs souffrant d'une maladie professionnelle que chez ceux victimes d'accidents du travail: 5 indemnisés sur 100 comme cela a été dit pour des maladies ayant entraîné la mort (comptabilisées dans les statistiques des cas indemnisés même s'il ne reste aucun survivant ayant droit à une pension) contre un pourcentage de 0,2% pour les accidents du travail. Cette disproportion est entre autre justifiée par la présence parmi les pathologies professionnelles des formes graves de maladies néoplasiques et tumorales dont le taux de reconnaissance dépasse 50% et dont l'indemnisation est pour ainsi dire sûre. Les tumeurs et les néoplasies représentent dans l'ensemble, en moyenne, environ 90% des maladies professionnelles mortelles indemnisées par l'INAIL et elles sont surtout dues à la cause «historique», l'asbeste (70% des tumeurs indemnisées pour l'année de manifestation 2006). Parmi les cas mortels indemnisés, on retrouve l'asbestose (environ 10 cas par an) et la silicose mais avec peu de cas (5 pour l'année 2003, 1 pour 2007).

Activité d'inspection

Pour ce qui est de l'activité d'inspection réalisée par les Directions Provinciales du Ministère du Travail, les résultats totaux (par rapport à tous les secteurs marchands) atteints pour l'année 2007 font ressortir un signal intéressant de reprise de l'activité d'inspection ainsi qu'une augmentation notable par rapport à 2006. Il convient donc de souligner une augmentation de tous les indicateurs: entreprises inspectées (+30,75%), entreprises n'étant pas en règle (+46,31%), travailleurs n'étant pas en règle (+89,21%), travailleurs au noir (+40,40%), recouvrement des cotisations et des primes en cas de fraude (+3,78%).

Les données combinées (Ministère du Travail, ENPALS, INAIL et INPS) font aussi ressortir une augmentation des cinq indicateurs: + 17,92% d'entreprises inspectées, +20,44% d'entreprises n'étant pas en règle, +45,95% de travailleurs n'étant pas en règle dont +12,84% de travailleurs au noir, +22,90% de recouvrement des cotisations et des primes en cas de fraude (cf. Tableau n° 7).

Tableau n° 7 - résultats de l'activité d'inspection 2007

Confronto risultati attività ispettiva 2006/2007						
DATI NAZIONALI						
Ente	Variazione 2006/2007	Aziende ispezionate	Aziende irregolari	N. lavoratori irregolari	N. lavoratori totalmente in nero	Recupero contributi e premi evasi
Min. Lavoro	2006	150.854	69.174	85.321	37.749	257.739.831
	2007	197.247	101.209	161.437	52.998	267.471.237
	Variazione %	30,75%	46,31%	89,21%	40,40%	3,78%
INPS	2006	110.617	88.642	68.689	60.521	1.153.974.000
	2007	114.360	91.579	72.032	60.854	1.498.470.000
	Variazione %	3,38%	3,31%	4,87%	0,55%	29,85%
INAIL	2006	28.322	22.776	28.546	24.726	85.775.214
	2007	30.106	24.666	34.275	24.790	81.822.780
	Variazione %	6,30%	8,30%	20,07%	0,26%	-4,61%
ENPALS	2006	533	434	6.739	1.568	11.933.030
	2007	650	569	8.531	1.913	7.341.534
	Variazione %	21,95%	31,11%	26,59%	22,00%	-38,48%
Riepilogo Generale	2006	290.326	181.026	189.295	124.564	1.509.422.075
	2007	342.363	218.023	276.275	140.555	1.855.105.551
	Variazione %	17,92%	20,44%	45,95%	12,84%	22,90%

Comparaison des résultats de l'activité d'inspection 2006/2007						
DONNEES NATIONALES						
Organisme	Variation 2006/2007	Entreprises inspectées	Entreprises pas en règle	Nb de travailleurs pas en règle	Nb de travailleurs complètement au noir	Recouvrement des cotisations et des primes en cas de fraude
Min. Travail	2006 2007 Variation %					
INPS						
INAIL						
ENPALS						

Résumé Général						
-------------------	--	--	--	--	--	--

Le personnel d'inspection du Ministère du travail et de la sécurité sociale (désormais Ministère du travail, de la santé et des politiques sociales) qui est composé de **3 761** inspecteurs du travail a effectué –durant la période allant du 12 août 2006 (date d'entrée en vigueur de la Loi n° 248/2006 «*Conversion en loi, avec modifications, du décret-loi n° 223 du 4 juillet 2006, portant des dispositions urgentes pour la relance économique et sociale, pour la limitation et la rationalisation des dépenses publiques ainsi que des interventions en matière d'imposition et de lutte contre les fraudes fiscales*») au 31 décembre 2007– **37 129** accès à des chantiers de construction dans lesquels il a trouvé **58 330** entreprises dont **57%** n'étant pas en règle (**33 470**).

La mesure de suspension a concerné **3 052** entreprises dont:

- **3 013** pour la présence de travailleurs ne figurant pas sur les différents documents obligatoires, dans une mesure égale ou supérieure à 20% du total des travailleurs ayant un emploi en règle;
- **39** pour des violations répétées de la réglementation en matière de dépassement des temps de travail, de repos quotidien et hebdomadaire visée au décret législatif n° 66/2003.

Il est intéressant de souligner que les **3 009** entreprises auxquelles s'adressait cette mesure ont employé environ **63%** de travailleurs au noir par rapport au total des travailleurs avec un emploi en règle sur les chantiers.

La révocation des mesures susdites après régularisation s'est réalisée dans **1 257** cas, soit pour **41%** des mesures de suspension (**1 257** sur **3 052**).

Durant la période de référence, des sanctions administratives ont été prononcées pour un total de **54 352 060,00 €** dont **38 667 836,00 €** pour les violations des dispositions contenues dans l'article 36 bis de la loi n°248/2006 déjà mentionnées tandis que le montant des sanctions pénales s'est élevé à **22 411 738 €**.

Suite à l'application de l'article 36 bis («*Mesures urgentes pour la lutte contre le travail au noir et pour la promotion de la sécurité dans les milieux de travail*») de la loi citée et au vu des données fournies par l'INAIL et par l'INPS, on a enregistré un solde positif de travailleurs employés de **+ 74 654** unités et un solde de cotisations de **+ 34 740 000** euros, ce qui prouve bien que l'initiative d'inspection produit des résultats en stimulant la régularisation.

L'art. 5, alinéa 1, de la Loi n° 123/2007 a étendu le pouvoir du personnel d'inspection de prendre des mesures de suspension de l'activité entrepreneuriale à tous les secteurs marchands.

Durant la période allant du 25 août 2007 (date d'entrée en vigueur de la loi citée) au 31 décembre 2007, **1 160** mesures de suspension ont été adoptées, dont:

- 1 158 pour l'emploi de travailleurs ne figurant pas sur les différents documents obligatoires, dans une mesure égale ou supérieure à 20% du total des travailleurs ayant un emploi en règle;
- 1 pour des violations répétées de la réglementation en matière de dépassement des temps de travail, de repos quotidien et hebdomadaire;
- 1 pour des violations graves et répétées de la réglementation en matière de défense de la santé et de la sécurité au travail.

La plupart des entreprises auxquelles s'adressait la mesure de suspension rentrait dans le secteur des établissements publics (restaurants, bars, boîtes de nuit, etc...) et du commerce, des secteurs qui représentent respectivement 52% et 15% des entreprises dont les activités ont été suspendues, tandis que le pourcentage restant (33%) correspondait aux entreprises d'autres secteurs marchands (industrie, artisanat, agriculture, services, métallurgie et machines, etc...).

Les entreprises «suspendues» ont employé environ 52% de travailleurs au noir (2 984 unités) par rapport au nombre total de personnes employées (5 764 unités).

La révocation des mesures de suspension (pour laquelle il faut avoir effectué la régularisation correspondante, la reprise des conditions de travail en règle et le paiement d'une sanction administrative supplémentaire équivalant à un cinquième du total des sanctions administratives prononcées) a eu lieu dans 786 cas (environ 68% des suspensions).

En ce qui concerne les sanctions administratives, elles ont abouti sur l'encaissement d'un montant de 2 453 815,00€, soit un cinquième du total des sanctions effectivement prononcées.

Pour ce qui est des résultats de l'activité de surveillance assurée par les services de prévention des ASL (NdT: agences locales de santé), signalons que les données concernant la période 2005-2007 sont encore en phase de traitement. Le rapport sera complété par les informations susdites dès qu'elles seront disponibles.

§. 4

La surveillance sanitaire est réglementée par le Titre I, Chapitre III – «*Gestion de la prévention sur les lieux de travail*» du décret législatif n°81/2008 déjà cité. L'article 41 prévoit que la surveillance sanitaire soit effectuée par le médecin compétent dans les cas prévus par la réglementation en vigueur et par les directives européennes ou encore si le travailleur en fait la demande du moment que cette dernière soit liée aux risques professionnels. Selon les dispositions de l'art. 41 déjà cité, la surveillance sanitaire comprend la visite médicale préventive, les visites médicales périodiques, la visite médicale sur demande du travailleur, la visite médicale à l'occasion du changement de

poste et enfin la visite médicale lors de la rupture du rapport professionnel dans les cas prévus par la réglementation en vigueur.

En ce qui concerne la demande du Comité des droits sociaux contenue dans les Conclusions 2007 de fournir des informations sur le fonctionnement des services de surveillance sanitaire, voici la réponse.

Le «texte unique» impose la présence du médecin du travail dans tous les cas où il soit possible d'éliminer ou de réduire les risques du travail par le biais de la consultation d'un spécialiste, ce dernier devant répondre aux critères visés à l'article 38 du décret législatif n° 81/2008; il s'agit donc d'un expert en matière de médecine du travail. Dans tous les cas, en fait très nombreux, dans lesquels l'entreprise dispose d'un médecin compétent, ce dernier, dans les cas qu'il retient opportuns et qu'il ne peut résoudre seul, peut orienter le travailleur vers les structures qu'il retiendra à chaque fois les plus aptes à protéger la santé du travailleur. Ces structures sont soit publiques (dans ce cas, elles font partie du Service Sanitaire National qui appliquera ses propres tarifs) soit privées et les honoraires correspondants sont à la charge des entreprises. Le travailleur peut également s'adresser directement à ces structures dans le cas où il n'y ait pas de médecin compétent dans l'entreprise, mais il payera dans ce cas la prestation correspondante.

En ce qui concerne la demande du Comité d'indiquer si la majorité des travailleurs a ou non accès aux services de surveillance sanitaire, signalons que la législation en matière de santé et de sécurité, aux termes de l'art. 3, alinéa 1, du décret législatif n°81/2008, s'applique à tous les secteurs d'activité, privés et publics, et à tous les types de risques.

ARTICLE 11

Droit à la protection de la santé

§. 1

Les rapports précédents du gouvernement italien avaient indiqué que le droit à la protection de la santé était avant tout garanti par la Constitution. L'article 32 protège en effet la santé en tant que « droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité et il garantit des soins gratuits aux indigents ». L'expression « droit à la santé » regroupe une pluralité de situations juridiques subjectives comme le droit à l'intégrité psychique et physique, celui à un environnement sain, le droit d'obtenir des prestations sanitaires, des soins gratuits pour les indigents ainsi que le droit de ne pas recevoir de prestations sanitaires à part celles dont le caractère obligatoire est prévu par la loi, et ceci afin de protéger non seulement le destinataire mais aussi l'intérêt public de la collectivité. Le Service national de santé a vu le jour notamment afin de garantir l'application de cet ensemble de droits (celui aux prestations sanitaires, y compris en matière de prévention, de soins et de rééducation), entre autre par le biais de l'interaction entre les pouvoirs publics et, dans certains cas, également entre des institutions publiques et privées.

Les modifications législatives ayant suivi la promulgation de la loi n° 833/78 sur la réorganisation du système national de santé n'ont pas eu d'incidence sur le cœur de ce système et de ses principes fondamentaux que on peut résumer comme suit: responsabilité publique pour la protection de la santé; universalité et équité d'accès aux services de santé; globalité de couverture en fonction des besoins d'assistance de chaque personne, conformément à ce que prévoient les niveaux essentiels d'assistance; financement public à travers la fiscalité générale; « portabilité » des droits sur l'ensemble du territoire national et réciprocité d'assistance avec les autres régions.

La révision constitutionnelle de 2001 qui a été largement traitée par les rapports précédents a introduit à l'art. 117, alinéa 2, lettre m, la compétence exclusive de l'Etat en matière de détermination des niveaux essentiels des prestations concernant les droits civils et sociaux devant être garantis sur l'ensemble du territoire national. Son autorité est en revanche partagée par les Régions en ce qui concerne: « la protection de la santé, la protection et la santé au travail, les professions, la recherche scientifique et technologique ainsi que le soutien à l'innovation, l'alimentation, l'organisation des sports, les formes de prévoyance complémentaire (*complementare* et *integrativa*), l'harmonisation des finances publiques et la coordination des finances publiques et du système fiscal ».

Dans ce système, le Plan national de santé (NdT: PSN en italien) est le principal instrument de planification au niveau national et c'est lui qui définit le « grand système

de la santé » au sein duquel agissent de nombreux acteurs gouvernementaux se trouvant dans un système subsidiaire aussi bien en termes verticaux qu'horizontaux, et ceci avec des responsabilités différentes. Ce Plan développe le thème des modalités de mise en place des relations entre les différents acteurs institutionnellement considérés comme aptes à définir les politiques sanitaires par rapport aux objectifs généraux du Plan et par rapport à ceux déterminés par les politiques régionales de la santé.

Le **Plan de Santé 2006-2008** centre en particulier son attention sur la capacité à instaurer des synergies, des complémentarités et de bons rapports. Il établit pour toutes les personnes travaillant dans ce domaine les objectifs de consolidation et de rénovation du système dans le respect des critères fondamentaux sur lesquels baser le choix de ces objectifs; ces derniers doivent être capables de garantir les droits et les Niveaux Essentiels d'Assistance (LEA), conformément à l'Accord Etat-Régions du 23 mars 2005 et de façon cohérente par rapport aux limites imposées par les ressources programmées par les documents des finances publiques concernant la participation de l'Etat au financement du Service national de santé (SSN en italien).

Il reprend les objectifs de santé déjà définis par le PSN 2003-2005 et, en particulier: la promotion de la santé et la lutte contre les maladies transmissibles, les grandes pathologies, la douleur et la souffrance dans les parcours de soins; l'humanisation de l'hôpital et les soins palliatifs; la prévention et la prise en charge en cas de perte d'autonomie; la protection de la santé au cours des premières phases de la vie, de l'enfance et de l'adolescence; la protection de la santé mentale ainsi que la prévention et la prise en charge des dépendances; la santé des couches sociales marginalisées.

Le Plan tient compte de l'exigence de réaliser des ajustements structurels de l'offre face aux nouvelles exigences émergentes (augmentation de l'âge moyen de la population et besoin de plus de ressources).

Afin de garantir cette adaptation, il fait viser simultanément:

- l'amélioration des conditions de santé;
- la rationalisation des interventions;
- la mise en place d'un processus d'amélioration qualitative (y compris au niveau des résultats de santé);
- la rationalisation des ressources et une redistribution plus appropriée de celles-ci en impliquant les citoyens et les réseaux de citoyenneté dans des opérations de gouvernance créative dans lesquelles les citoyens, les associations de défense et les réseaux de citoyenneté deviennent des sponsors et des acteurs du système national de santé, et ce afin de garantir une conscience participative;
- le comblement des écarts au niveau de l'offre entre les différents contextes régionaux.

Pour la réalisation de ces objectifs, le Plan tient compte de la difficulté liée aux différences d'évolution des services régionaux car toutes les Régions ne sont pas forcément capables de répondre de la même façon aux besoins de leur territoire, notamment en ce qui concerne les réponses technologiques et thérapeutiques les plus

évoluées. A ce sujet, le Plan prévoit de promouvoir au cours de sa période de vigueur de nouvelles formes de mutualité réciproque et de gestion des mobilités, sans oublier le nouveau contexte européen dans lequel se place l'Italie.

Ce Plan définit également des règles et des principes de comportement au niveau national dont l'application se traduit par des accords entre les Régions afin d'optimiser et de qualifier les prestations hautement spécialisées tout en promouvant l'autonomie régionale au niveau de la production moyennement/faiblement complexe.

Le **Plan National de la Prévention 2005-2007**, confirmé pour 2008, définit une partie des priorités des interventions de prévention à développer au cours des quatre années suivantes. Voici les principaux thèmes qu'il contient:

- la prévention cardio-vasculaire subdivisée en différentes initiatives que voici:
 - diffusion de la carte du risque cardio-vasculaire à certains groupes de personnes;
 - prévention de l'obésité chez la femme en âge de procréer et chez l'enfant;
 - prévention active des complications du diabète de type II chez l'adulte et chez l'enfant en renforçant la *compliance* du patient;
 - prévention des récidives chez les personnes ayant déjà eu des accidents cardio-vasculaires afin que ceux-ci ne se reproduisent pas;
- les dépistages:
 - des tumeurs du sein;
 - du cancer du col de l'utérus;
 - du cancer du côlon - rectum;
- la prévention des accidents:
 - de la route;
 - domestiques;
 - du travail;
- les vaccinations:
 - mise en place de couvertures vaccinales dont attestera le registre des vaccinations;
 - mise en place de l'offre de vaccins pour les personnes appartenant aux catégories très à risque;
 - amélioration de la qualité des services et des activités de vaccination.

Les autres objectifs d'intérêt prioritaire sont la prévention des risques et la promotion de la santé dont le développement se traduit par:

- des synergies avec le réseau des Agences pour la Protection de l'Environnement afin de réaliser des programmes de défense de l'environnement à considérer comme un facteur de qualité de la santé, en partant de l'analyse des données épidémiologiques complétées par celles environnementales (ce que l'on appelle l'épidémiologie environnementale);

- des programmes pour le contrôle et la promotion de la santé et de la sécurité dans les milieux de travail, conformément aux lignes directrices européennes, en consolidant les niveaux déjà existants d'intégration et de complémentarité entre les institutions;
 - la promotion de la sécurité alimentaire avec l'adaptation aux standards européens de contrôle basés sur l'analyse du risque selon des principes d'efficacité et d'impartialité;
 - la promotion de la santé publique vétérinaire avec la rationalisation des activités de contrôle, l'amélioration du système de collecte des informations et la mise en place des registres des espèces présentant le plus d'intérêt zootechnique;
 - la détermination de modèles opérationnels plus efficaces pour la promotion des modes de vie sains. Parmi les interventions sur les modes de vie, on considère prioritaires:
 - le développement de programmes multisectoriels de lutte contre le tabagisme conformément aux indications de l'OMS et de l'Union Européenne, en prévoyant la prévention du tabagisme chez les jeunes, le soutien des politiques de défense contre le tabagisme passif et l'aide au sevrage tabagique;
 - la promotion active d'habitudes non sédentaires;
 - la promotion active de bonnes habitudes alimentaires, entre autre à travers le soutien à la production et à la vente d'aliments ou de groupes d'aliments dont la consommation habituelle est associée à de basses fréquences de pathologies liées à de mauvaises habitudes alimentaires, mais aussi à travers des activités de conseils nutritionnels lors de chaque rencontre entre les professionnels de la santé et les usagers/patients.
- Ce plan considère comme prioritaire une synergie avec le monde de l'école pour le développement de programmes de prévention et de promotion de la santé destinés aux tranches les plus jeunes de la population.

L'Accord du 23 mars 2005 définit pour chacune de ces catégories les objectifs généraux et il confie des fonctions de coordination et de vérification au Centre National pour la Prévention et le Contrôle des Maladies (CCM) qui a pour tâche d'indiquer les lignes opérationnelles, de fournir une assistance technique puis de certifier l'application des plans régionaux (art. 4, lettre e).

L'ETAT DE SANTE DU PAYS

L'un des indicateurs globaux des conditions de santé de la population qui est utilisé au niveau international par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est celui de la perception de l'état de santé.

D'après une enquête réalisée par l'ISTAT en 2007 dont les résultats figurent dans *l'Annuaire Statistique italien 2007*, 73,3% de la population résidant en Italie a considéré que son état de santé était bon: en prenant une échelle allant de 1 à 5, environ trois personnes sur quatre ont évalué leur état de santé entre 4 et 5. Ce résultat est stable par

rapport à l'année précédente, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Ces dernières restent cependant défavorisées: 70,2% d'entre elles contre 76,6% des hommes se considèrent entre 4 et 5.

Plus l'âge augmente, plus la perception d'un bon état de santé diminue. Elle descend à 44,9% chez les jeunes personnes âgées (65-74 ans) et arrive à 26,5% chez les plus de 75 ans. A âge égal, on relève de nettes différences entre les sexes déjà à partir de 45 ans: dans la tranche des 45-54 ans, 76,1% des hommes se considèrent en bonne santé contre 71,8% des femmes; cet écart se creuse encore chez les 60-64 ans (62,0% contre 53,5%). Parmi les régions italiennes, on relève des niveaux supérieurs à la moyenne nationale dans les Pouilles (76,9%), la Campanie (78,2%) et à Bolzano et à Trente (respectivement 77,8% et 74,8%).

Un autre indicateur important pour évaluer l'état de santé d'une population est représenté par la présence de pathologies chroniques, surtout dans un contexte comme celui italien qui se caractérise par un fort taux de vieillissement de la population. 38,4% des résidents en Italie ont déclarés être affectés d'au moins une des principales pathologies chroniques relevées (choisies dans une liste de 15 maladies ou conditions chroniques); ce pourcentage a légèrement augmenté par rapport à l'année précédente. Les pathologies chroniques et dégénératives qui sont plus fréquentes dans les tranches d'âge mûr concernent déjà plus de la moitié de la population (56,8%) dans la tranche des 55-59 ans; ce taux atteint 87,3% chez les personnes de plus de 75 ans. Comme pour le niveau de perception de la santé, ce sont là aussi les femmes qui sont défavorisées, en particulier celles de plus de 50 ans. L'écart le plus marqué entre les sexes correspond à la tranche d'âge des 65-74 ans: 71,1% pour les hommes et 80,8% pour les femmes. Par ailleurs, 20,7% des sondés ont déclaré être affectés par une ou plusieurs pathologies chroniques, ce taux dépassant 50% de la population chez les personnes âgées.

La part de personnes déclarant présenter au moins une pathologie chronique mais se sentant malgré tout en bonne santé s'élève à 47,5%, un chiffre à la hausse par rapport aux deux années précédentes.

Voici les maladies ou conditions chroniques les plus fréquemment déclarées: l'arthrose/arthritis (19,4%), l'hypertension (15,3%), les maladies allergiques (9,9%), l'ostéoporose (7,4%), la bronchite chronique et l'asthme bronchique (6,7%) et le diabète (4,6%). Par rapport à l'année 2006, on relève globalement une augmentation de plus d'un point de pourcentage de l'hypertension et de l'arthrose/arthritis, notamment chez les personnes âgées, ainsi que des pathologies allergiques.

ESPERANCE DE VIE A LA NAISSANCE

En 2006, d'après une estimation de l'ISTAT, l'espérance de vie à la naissance était de 78,3 ans pour les hommes et de 83,9 ans pour les femmes, soit un avantage de 5,6 années

en faveur du sexe féminin. Comme ces dernières années, la région arrivant première en matière de longévité est toujours celle des Marches, aussi bien pour les hommes que pour les femmes: un homme peut en moyenne espérer y vivre 79,2 ans et une femme 84,8 ans. La Campanie confirme sa place en queue de peloton avec des espérances de vie respectives de 76,9 ans et 82,7 ans pour les hommes et les femmes.

Globalement, entre 2002 et 2006, les hommes italiens ont gagné 1,1 année d'espérance de vie à la naissance et les femmes 1,0 année. En 2006, à 65 ans, un homme peut s'attendre à vivre encore 17,7 ans et une femme 21,5 ans.

NATALITE ET MORTALITE

D'après les données fournies par l'ISTAT, 560 010 enfants sont nés au cours de l'année **2006** (5 988 naissances de plus que l'année précédente). Le solde naturel qu'on obtient en soustrayant le nombre de décès au nombre de naissances s'est ainsi élevé à 2 118 unités. Il a donc été légèrement positif, comme en 2004, la première année d'interruption de la série négative qui avait commencé en 1993. La hausse des naissances a surtout concerné les Régions du Centre (+ 2,6%), du Nord-ouest (+2,5%) et du Nord-est (+1,8%) tandis que les Régions du Sud (-0,9%) et les îles (-1,3%) poursuivent leur tendance à la baisse. Cette tendance à l'augmentation des naissances est à rapporter à la plus forte présence d'étrangers en situation régulière. Au cours des dernières années, l'incidence des naissances d'enfants étrangers sur le total des naissances de la population résidente en Italie a en effet présenté une très forte augmentation puisqu'elle est passée de 1,7% à 10,3% des enfants nés vivants; en valeurs absolues, on est passé d'un peu plus de 9 000 naissances en 1995 à presque 58 000 en 2006. Le **taux de natalité** oscille entre 7,5 naissances pour 1 000 habitants en Ligurie et 11,1 pour mille dans la province de Bolzano; la moyenne nationale est de **9,5 pour mille**.

Le relevé des données du CeDAP (*certificato di assistenza al parto/certificat d'accouchement*) – année 2005, donnée du Ministère de la Santé aux termes du D.M. du 16 juillet 2001 – enregistrées sur un total de 560 établissements d'accouchement fait ressortir que la répartition des naissances par classe de poids est restée à peu près inchangée par rapport à celle enregistrée au cours des années précédentes. Environ 1% des bébés présentaient un poids inférieur à 1 500 grammes à la naissance, 5,8% avaient un poids compris entre 1 500 et 2 499 grammes, 86,5% entre 2 500 et 3 999 grammes et presque 6% de plus de 4 000 grammes. On a par ailleurs enregistré 1 458 enfants mort-nés, soit un **taux de mortinatalité de 2,85 mort-nés toutes les 1 000 naissances**; 3 078 autres enfants sont nés avec des malformations.

En **2006**, le nombre de décès a été inférieur à celui de l'année précédente. Le taux de mortalité s'avère plus élevé dans les régions où le vieillissement est le plus marqué: la

Ligurie, le Piémont, le Frioul-Vénétie Julienne et l'Emilie Romagne présentent des **taux de mortalité supérieurs à la moyenne nationale (9,5 pour mille)**.

Pour ce qui est des données concernant la mortalité des années 2005-2007 sont consultables sur le site de la banque de données de l'ISTAT à l'adresse suivante: <http://demo.istat.it> . Pour ce qui est de la mortalité classée par cause, les dernières données disponibles concernent l'année 2005 sont consultables sur le site www.istat.it/dati/dataste/20080604_00/ (Décès, caractéristiques démographiques et sociales).

LES PATHOLOGIES

LES MALADIES INFECTIEUSES

Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et les maladies sexuellement transmissibles

La disponibilité des nouvelles thérapies antirétrovirales hautement actives (HAART) a permis une amélioration significative de la survie des personnes séropositives, une diminution des cas de maladie déclarée et une réduction de la mortalité liée à l'infection. Pour 2005 comme pour 2004, la surveillance épidémiologique des cas signalés de SIDA et les systèmes de surveillance régionaux des cas d'infection du VIH font ressortir une augmentation de l'infection acquise par transmission sexuelle chez les personnes d'âge mûr. Au cours des dernières années, on a relevé une augmentation constante du pourcentage de patients atteints du SIDA sans être au courant de leur séropositivité alors que ces derniers auraient pu bénéficier d'une thérapie adéquate en temps utile. Le diagnostic précoce est fondamental afin de protéger l'individu et la collectivité étant donné qu'il permet un traitement thérapeutique précoce et la prévention d'éventuels comportements à risque liés au fait de ne pas connaître sa propre séropositivité.

SIDA

En Italie, le système de surveillance des nouveaux cas de SIDA, le registre national AIDS, est en place depuis 1982 auprès du Centre Opérationnel du SIDA (COA en italien) de l'Institut Supérieur de la Santé.

Les données cumulatives fournies au COA entre 1982 et 2005 font état de 56 076 cas, dont 43 495 (77,6%) étaient des cas de sexe masculin, 746 (1,3%) des cas pédiatriques âgés de moins de 13 ans ou avec une infection transmise de mère à enfant et 6,8% étaient étrangers.

En décembre 2005, 34 757 patients étaient décédés.

Selon les données du Registre National AIDS, la diminution des cas de SIDA signalés et des décès suite à cette maladie a commencé à partir de 1996; cette diminution s'avère liée à la plus grande efficacité des nouvelles thérapies antivirales et elle a également été enregistrée pour l'année 2005 au cours de laquelle 1 577 nouveaux cas de SIDA ont été signalés.

Toujours en 2005, la répartition géographique des cas par Région présente des taux d'incidence en moyenne moins élevés dans les régions du Sud que dans celles du Nord et du Centre. Les taux d'incidence les plus élevés sont enregistrés en Lombardie, dans le Latium, en Emilie-Romagne et en Ligurie.

Au fil des ans, on a relevé une augmentation constante de l'âge moyen des cas de SIDA: en 2005, il a été de 41 ans pour les hommes et de 38 ans pour les femmes; 3 cas pédiatriques ont été signalés.

On observe dans le même temps une augmentation de la proportion des personnes ayant contracté l'infection par contact sexuel; les contacts hétérosexuels ont représenté 11,8% des cas signalés en 1994 alors qu'en 2005, ce taux est passé à 42%.

Infections à VIH

A l'heure actuelle, l'adoption des traitements antirétroviraux et une assistance médicale de mieux en mieux actualisée et de plus en plus spécialisée a permis aux patients séropositifs d'améliorer leur survie et leur qualité de vie.

Ces mêmes données de surveillance fournies par le COA font ressortir que le cadre épidémiologique du VIH/SIDA est en train de changer: on observe une stabilisation de l'incidence des cas de SIDA à des niveaux de 50% inférieurs à ceux de 1995, l'année du pic, mais aussi des nouvelles infections VIH; on relève une augmentation du nombre total de personnes vivant avec une infection VIH (total estimé de 110 000-130 000 personnes avec une infection VIH en 2005 et un nombre estimé de nouvelles infections VIH de 3 500 cas par an).

Le suivi des nouveaux diagnostics d'infections à VIH représente donc la meilleure méthode pour décrire les modifications en cours au niveau de l'épidémie mais aussi pour fournir les instruments servant à la planification d'interventions de prévention primaire et secondaire.

Le Ministère de la Santé et l'Institut Supérieur de la Santé ont lancé un programme de «Surveillance des nouveaux diagnostics d'infection à VIH en Italie».

Ce projet prévoit d'évaluer entre autre l'incidence et l'évolution temporelle et géographique des nouveaux diagnostics de séropositivité, de suivre au fil du temps

l'évolution de la prévalence de l'infection à VIH, d'étudier les caractéristiques socio-démographiques, épidémiologiques et cliniques des personnes récemment infectées et d'acquérir des éléments servant à la programmation des interventions de santé publique.

De 1985 à 2005, le système de surveillance des infections à VIH a réalisé son suivi dans les régions suivantes: Latium, Ligurie, Frioul-Vénétie Julienne, Piémont, Pouilles, Vénétie et les Provinces Autonomes de Trente et de Bolzano; dans la Région Emilie-Romagne, ce système est en place dans la province de Modène.

Syphilis et gonorrhée

D'après les données obtenues par les déclarations obligatoires pour l'année 2005, la syphilis s'est avérée plus fréquente que les infections gonococciques des voies génitales, aussi bien pour la tranche d'âge des 15-24 ans (2,9 cas pour 100 000 contre 1,1 cas pour 100 000) que pour celle des 25-64 ans (3,4 cas pour 100 000 contre 1,1 cas pour 100 000). En ce qui concerne l'évolution durant la période 2000-2005, on a globalement observé une augmentation notable de l'incidence de la syphilis (+320,3% au niveau national pour la tranche d'âge des 15-24 ans et +329,1% pour la tranche des 25-64 ans) et une hausse moins marquée pour la gonorrhée (+33,3% au niveau national pour la tranche d'âge et 15-24 ans et +52,2% pour la tranche des 25-64 ans). Les Régions présentant la plus forte incidence, aussi bien dans la tranche d'âge des 15-24 ans que dans celle des 25-64 ans, sont la Province Autonome de Trente et le Latium pour la syphilis (respectivement 12,4 et 10,2 cas pour 100 000 dans la tranche d'âge des 15-24 ans; 10,0 et 10,1 cas pour 100 000 dans la tranche des 25-64 ans), la Province Autonome de Trente pour la gonorrhée dans la tranche d'âge des 15-24 ans (6,2 cas pour 100 000) et la Province Autonome de Bolzano dans la tranche d'âge des 25-64 ans (3,4 cas pour 100 000 dans la tranche des 25-64 ans).

LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

En Italie, la diffusion des maladies cardio-vasculaires représente depuis des années un des principaux problèmes de santé publique ainsi que la principale cause de décès. D'après les données contenues dans l'« *Annuaire Statistique 2007* » de l'ISTAT, les taux de mortalité les plus élevés sont justement ceux liés aux maladies de l'appareil circulatoire, avec un total de 415 cas pour 100 000 habitants sur l'ensemble de la population. En 2002 (dernières données définitives disponibles), les maladies de l'appareil circulatoire ont provoqué 237 198 victimes, dont 131 472 femmes et 105 726 hommes. On estime par ailleurs que le taux d'incidence des événements coronariens majeurs s'élève à environ 227 cas pour 100 000 habitants et qu'il est de presque 98 cas pour 100 000 femmes. Le taux d'incidence est plus élevé dans le Sud, soit pour les hommes (presque 240 cas pour 100 000 hommes) que pour les femmes (104 cas pour 100

000 femmes). Dans le Nord, il est en dessous de la moyenne nationale (221 pour les hommes et 93 pour les femmes) tandis qu'au Centre, il est de 228 pour les hommes et de 100 pour les femmes.

L'effet de l'âge est particulièrement flagrant et ceci est d'autant plus important au vu de la condition de vieillissement de la population italienne. Chez les 35-49 ans, les maladies de l'appareil circulatoire représentent 21,9% des causes de décès, un taux qui passe à 34% chez les 60-79 ans et à 53,4% chez les 80 ans et plus. Les personnes survivant à une forme aigüe de pathologie cardiovasculaire deviennent des malades chroniques (prévalence de 4,4 pour 1 000), ce qui a d'importantes répercussions sur leur qualité de vie et sur les coûts économiques et sociaux à la charge de la collectivité.

En se basant sur la situation épidémiologique précédemment décrite, le Ministère de la Santé (désormais Ministère du Travail, de la Santé et des Politiques Sociales) a lancé au cours de ces dernières années une série d'initiatives et de projets ciblés.

La loi n° 138/2004, «*Interventions urgentes pour faire face aux situations de danger pour la santé publique*», a institué auprès du Ministère de la Santé le Centre national pour la prévention et le Contrôle des Maladies (CCM). Le CCM est en train de développer un réseau de surveillance, de renseignement et de réaction rapide contre les dangers pour la santé actuels et potentiels, et ceci en préparant des plans opérationnels détaillés.

C'est pour la réalisation de ces plans qu'ont été institués les Comités Scientifiques de projet au sein du CCM; l'un d'entre eux s'occupe spécifiquement de la prévention du risque cardio-vasculaire à travers la réalisation du «**Progetto Cuore**» (NdT: Projet Cœur). Ce projet vise à réduire le risque cardio-vasculaire au sein de la population saine et il est divisé en trois domaines de projet: prévention individuelle, prévention communautaire et surveillance.

La prévention individuelle vise à améliorer l'ensemble des interventions qu'un professionnel de la santé (à commencer par le médecin de famille) peut réaliser dans le cadre de son rapport avec la personne à laquelle il vient en aide afin de réduire le risque cardio-vasculaire.

La prévention communautaire vise à modifier les facteurs de risque cardio-vasculaire: tabac, alimentation et activité physique à travers des interventions destinées à l'ensemble de la population ou à des groupes spécifiques. Ces interventions consistent en des modifications des systèmes de régulation (ex: l'augmentation du prix des cigarettes ou les interdiction de fumer dans les endroits clos, la fermeture de certaines parties des villes à la circulation pour favoriser l'activité physique, etc...) et des programmes éducatifs destinés à certaines communautés qui sont mis en place au niveau national, régional et local. Parmi ces derniers, il convient de citer le projet «Cuore» (NdT: Cœur) qui a pour objectif la réduction des facteurs de risque par le biais

d'interventions sur les principaux éléments déterminants pour la santé, c'est-à-dire sur le mode de vie:

- alimentation riche en graisses, surtout saturées, en sel et en calories;
- excès d'alcool;
- inactivité physique;
- fumée de cigarette.

La dernière étape du projet prévoit une activité de surveillance visant à estimer la fréquence au sein de la population des facteurs de risque cardio-vasculaire majeurs et des décès pour causes cardio-vasculaires afin de repérer d'éventuelles mutations et d'évaluer l'atteinte des objectifs de santé. Cette surveillance s'effectue par le biais de l'Observatoire Cardio-vasculaire, d'une étude de prévalence sur les facteurs de risque, du Registre des Evènements Cardio-vasculaires et du Registre des Causes de Décès.

LES MALADIES RESPIRATOIRES ET ALLERGIQUES ET LES MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

Les maladies respiratoires font partie des pathologies chroniques les plus répandues au sein de la population italienne. Elles touchent de vastes couches de la population, y compris les tranches d'âge les plus jeunes, et elles sont une cause de mortalité prématurée entraînant des dépenses sanitaires, sociales et économiques élevées. En termes numériques, elles représentent la troisième cause de décès en Italie, après les maladies de l'appareil cardio-vasculaire et les néoplasies. Selon ce qui est indiqué dans le « *Rapport sur l'état sanitaire du Pays – 2005-2006* » du Ministère de la Santé (désormais Ministère du Travail, de la Santé et des Politiques Sociales), en 2003 (source: ISTAT), la dernière année relevée, la bronchite chronique et l'asthme touchaient plus de 20% de la population des plus de 65 ans et ces maladies représentaient pour cette tranche d'âge la troisième cause de pathologie chronique, après l'arthrose/arthrite et l'hypertension.

D'après les définitions épidémiologiques courantes, les données sur la prévalence et la mortalité de la Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO) – un syndrome complexe caractérisé par une réduction du flux d'air n'étant que partiellement réversible – incluent également, même si c'est de façon non uniforme, les bronchites chroniques, l'emphysème et l'asthme. 50% des décès pour des causes respiratoires sont attribuables à la BPCO (ISTAT, Causes de Décès, 2005). En général, les taux de mortalité sont plus élevés dans le Sud que dans le Nord du Pays, chez les hommes que chez les femmes et dans la tranche d'âge des plus de 65 ans.

LES TUMEURS

D'après ce qu'indique le « *Rapport sur l'état sanitaire du Pays 2005 -2006* » publié en 2008, on estime que 250 000 nouveaux cas de tumeur maligne (âge 0-84 ans) ont été diagnostiqués en 2006 (détail: 132 747 chez des hommes et 120 233 chez des femmes) et que plus de 160 000 décès ont eu pour cause une tumeur. En Italie, on compte chaque année plus de 940 000 hospitalisations dans les services d'oncologie. Parmi les résidents, plus de 800 000 personnes continuent d'être en vie après s'être vu diagnostiquer une tumeur au cours des cinq dernières années. Sur l'ensemble des tumeurs (mises à part celles cutanées autres que le mélanome), le taux de survie à 5 ans est de 47% pour les hommes et de 60% pour les femmes. Les cas diagnostiqués de tumeurs sont à la hausse, soit chez les hommes que chez les femmes. Cette augmentation est amplifiée par le vieillissement croissant de la population. La mortalité liée à l'ensemble des tumeurs est en baisse. Chez les hommes, on observe une augmentation importante des cas de tumeurs de la prostate alors que les tumeurs du poumon diminuent, aussi bien au niveau des nouveaux cas diagnostiqués que des décès; ces dernières tumeurs augmentent en revanche chez les femmes.

Un réseau a été mis en place pour le suivi des nouveaux diagnostics de tumeurs au sein de la population résidente: il s'agit des Registres des Tumeurs qui appartiennent à l'Association Italienne des Registres de Tumeurs (AIRTum). Actuellement, les Registres des Tumeurs sont présents sur environ 26% du territoire national, notamment au Centre-nord, c'est-à-dire sur un territoire qui compte environ 15 000 000 de résidents.

D'après les données les plus récentes d'AIRTum qui ont été produites en collaboration avec le Ministère de la Santé, les cinq tumeurs les plus fréquemment diagnostiquées chez les hommes sont: les tumeurs de la peau autres que le mélanome (15,2% des diagnostics de tumeur), la tumeur de la prostate (14,4%), la tumeur du poumon (14,2%), la tumeur de la vessie (9,0%) et celle du côlon (7,7%). Chez les femmes, celles les plus fréquemment diagnostiquées sont: la tumeur du sein (24,9%), les tumeurs cutanées autres que le mélanome (14,8%), la tumeur du côlon (8,2%), la tumeur du poumon (4,6%) et celle de l'estomac (4,5%).

Au cours des dernières années, l'ordre de fréquence des tumeurs a connu des modifications substantielles, surtout pour les hommes chez lesquels on relève une forte croissance de la tumeur de la prostate liée à l'introduction et à la diffusion du test de recherche de l'Antigène Prostatique Spécifique (PSA) au sein de la population depuis le début des années 90 en Italie. En quelques années, ce dernier a fait doubler le nombre de diagnostics de cette tumeur qui est devenue celle la plus fréquente chez les hommes après celles de la peau autres que le mélanome. Son rang de fréquence est aussi dû à la réduction désormais sensible et constante de l'incidence de la tumeur du poumon chez les hommes, cette réduction étant liée à la modification des habitudes liées au tabagisme (voir ci-dessus).

La tumeur du sein confirme être de loin la tumeur la plus fréquente chez les femmes où elle représente un quart de l'ensemble des tumeurs diagnostiquées. Les diagnostics de nouveaux cas de tumeur du sein présentent une évolution à la hausse au fil du temps. Ce phénomène est en partie lié à la présence en Italie de **130 programmes de dépistage mammographique** (en 2006) qui sont présents dans les 20 Régions (9 au Nord, 4 au Centre, 7 au Sud). D'après les données du Groupe Italien pour le Dépistage Mammographique (www.gisma.it), plus de 2 000 000 de femmes âgées de 50 à 69 ans ont été invitées à se soumettre à ce dépistage, notamment dans le Nord et le Centre; plus d'1 150 000 femmes ont adhéré de façon régulière à ces programmes.

Le dépistage mammographique a vu sa diffusion augmenter entre 2003 et 2005; son niveau de couverture est ainsi passé de 55% à 75%. Cette hausse a concerné toutes les zones géographiques. Fin 2005, il restait malgré tout un déséquilibre entre le Nord et le Centre d'un côté et le Sud et les Iles de l'autre. En effet, dans les deux premières divisions géographiques, le taux de couverture avoisine les 100% alors qu'il n'est que de 40% dans le Sud et les Iles. La donnée de 2006 révèle par ailleurs une amélioration sensible de la diffusion géographique du dépistage mammographique dans le Sud de l'Italie: les programmes de dépistage sont présents dans toutes ses régions, sauf les Pouilles (ces programmes y ont été mis en place en 2007).

En ce qui concerne le **dépistage du cancer du col de l'utérus**, environ les deux tiers du territoire sont couverts par des programmes organisés. Dans ce cas, l'écart entre le Centre et le Nord d'un côté et le Sud et les Iles de l'autre s'avère moins marqué. Au cours de la période 2003-2005, cette couverture oscillait entre 70% dans le Nord, 90% dans le Centre et 50% dans le Sud. En 2006, 122 programmes en la matière étaient ainsi en place en Italie et ils touchaient une population ciblée de 11 362 580 femmes, soit 69% de la population des femmes âgées de 25 à 64 ans. Toujours la même année, on relevait une mise en œuvre complète (dans le sens où les programmes étant en place incluaient dans leur population cible toutes les femmes de la Région âgées de 25 à 64 ans) dans 14 Régions et Provinces Autonomes: Piémont, Val d'Aoste, Vénétie, Trentin-Haut Adige, Frioul-Vénétie Julienne, Emilie-Romagne, Toscane, Ombrie, Marches, Abruzzes, Molise et Basilicate.

En Italie, les programmes de **dépistage du cancer colorectal** ont été développés beaucoup plus récemment que ceux de dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein. En effet, avant 1999, sur tout le Pays, seul un programme avait été mis en place.

La mise en œuvre de nouveaux programmes a connu une évolution progressive jusqu'en 2004 (18 programmes mis en place) puis une forte accélération en 2005 (52 programmes) qui s'est poursuivie en 2006. Fin 2006, il y avait en effet 69 programmes mis en place dans un total de 11 régions. Voici les régions entièrement couvertes par des programmes de dépistage: Basilicate, Emilie-Romagne, Lombardie, Ombrie et Val d'Aoste.

LE DIABETE

En Italie, en 2005, l'ISTAT estime que la prévalence des cas connus de diabète s'élève à 4,2% (4,4% pour les femmes, 4,0% pour les hommes). D'après ces données, on peut estimer qu'il y a environ 2,5 millions de personnes souffrant de diabète. La prévalence est plus faible dans le Nord (3,9%) que dans le Centre (4,1%) et dans le Sud (4,6%). Indépendamment de la zone géographique, la prévalence augmente avec l'âge: elle passe de 2,5% chez les 45-54 ans à 16,3% chez les personnes âgées de plus de 75 ans.

A travers son Plan national de santé 2003-2005, le Ministère de la Santé a prévu un fort engagement du Service national de santé par rapport au diabète et aux maladies métaboliques.

Une attention particulière est portée aux complications à long terme de la pathologie diabétique puisqu'il s'agit là de la principale source de réduction de la qualité et de la durée de vie des patients mais aussi d'augmentation des coûts pour le Service national de santé (SSN). En effet, selon les données de prévalence du diabète estimées par l'ISTAT en 2005, on calculait une moyenne de dépenses d'environ 163 euros par personne souffrant de cette pathologie. Toujours en 2005, 43 doses journalières de traitement ont été utilisées tous les 1 000 habitants, pour un coût total de 407 millions d'euros. C'est pour cette raison que le Ministère de la Santé a intégré les complications du diabète parmi les domaines d'intervention prioritaires prévus par le Plan de Prévention Active 2004-2006 et par le Plan National de Prévention 2005-2007 à travers lesquels le SSN vise à promouvoir l'adhésion éclairée des citoyens aux interventions de prévention des principales pathologies (maladies cardio-vasculaires, diabète, tumeurs, maladies infectieuses).

Etant donnée la complexité de ce sujet, le Ministère de la Santé a prévu plusieurs lignes d'activité:

- 1) institution, auprès de la Direction Générale de la Programmation Sanitaire, de la Commission Nationale sur la Maladie Diabétique avec pour objectifs: d'évaluer avec les Régions les initiatives et les modèles d'assistance adoptés dans les différents contextes locaux, de proposer des interventions en faveur des personnes diabétiques et des groupes de population à risque et de définir le Plan National pour la Maladie Diabétique visant à améliorer l'assistance portée aux diabétiques grâce aux nouvelles connaissances scientifiques et technologiques;
- 2) mise à jour, par la Direction Générale de la Programmation Sanitaire, du Décret Ministériel n° 329 du 28 mai 1999 reconnaissant la maladie diabétique comme une maladie chronique invalidante qui donne droit à l'exemption de participation au coût des prestations d'assistance sanitaire correspondantes;

- 3) financement, par le biais de la Direction Générale de la Communication, de la Journée Nationale du Diabète et des activités correspondantes;
- 4) application du Plan National de la Prévention 2005-2007 prévoyant la réalisation de projets régionaux basés sur des lignes opérationnelles mises au point par le Centre National pour la Prévention et le Contrôle des Maladies (CCM) qui sont destinés, dans le cas du diabète, à prévenir ses complications à travers l'adoption de programmes de *disease management*, une stratégie de gestion des maladies chroniques incluant:
 - la participation active du patient à la gestion de sa maladie par le biais de programmes d'éducation et de soutien;
 - la mise en place de systèmes garantissant l'exécution régulière des contrôles périodiques par le patient;
 - la mise en œuvre d'un système de surveillance informatisé;
- 5) préparation par le CCM, en collaboration avec l'Institut Supérieur de la Santé, du projet IGEA (Intégration, Gestion et Assistance pour la maladie diabétique) qui prévoit la coordination et le soutien des projets régionaux dans le but de déterminer si la gestion du patient diabétique mise en œuvre selon un modèle de *disease management* est ou non possible, si elle améliore la *compliance* au suivi et aux traitements et si elle réduit les issues sanitaires à court et long terme.

LES DEMENCES

Les démences comprennent un ensemble de pathologies (démence d'Alzheimer, vasculaire, fronto-temporale, à corps de Lewy, etc...) ayant un impact important en termes de santé publique d'une part parce qu'un nombre croissant de familles est concerné par ces maladies et d'autre part parce qu'elles requièrent un réseau qualifié de services sanitaires et d'assistance médico-sociale. Elles représentent l'une des principales causes de handicap au sein de la population en général et au sein de la population âgée en particulier puisque le principal facteur de risque associé à l'apparition des démences, c'est l'âge.

Depuis 1987, en Italie, plusieurs études ont été réalisées sur la population afin d'estimer la prévalence et l'incidence de la maladie d'Alzheimer. D'après ce qu'indique le « *Rapport sur l'état sanitaire du Pays – 2005/2006* », en appliquant les estimations tirées de ces études à la population italienne, on obtient une fourchette de prévalence très vaste puisqu'elle va de 184 000 à 627 000 cas. Le nombre de cas de démence incidents par année varie de façon notable puisque l'on passe de 150 000 à 400 000 cas.

Au cours des dernières années, on a vu apparaître le besoin d'une gestion clinique de l'ensemble des démences qui soit en mesure d'utiliser dans la pratique clinique les meilleurs témoignages scientifiques disponibles afin d'améliorer la qualité des soins

grâce à la définition de standards nationaux permettant notamment de venir à bout des inégalités. Les parcours d'assistance sont surtout destinés aux pathologies chroniques et dégénératives pour lesquelles l'approche pharmacologique ne parvient pas à modifier l'évolution de la maladie en question.

On peut définir ces derniers comme des plans multidisciplinaires et interprofessionnels concernant une catégorie de patients spécifique dans un contexte local spécifique et dont l'application est évaluée par le biais d'indicateurs de processus et de résultats afin:

- d'assurer la continuité et la coordination de l'assistance
- d'améliorer les résultats
- de réduire au minimum les risques pour les patients
- de minimiser les variations n'étant pas nécessaires dans les traitements
- de supprimer le plus possible les retards et les gaspillages.

Malgré les diversités représentées par les différents modèles régionaux d'organisation, on peut citer de nombreux exemples s'appliquant à l'ensemble du territoire comme le réseau de 503 Unités d'Evaluation (UVA) qui a été mis en place dans le cadre du projet CRONOS afin de diagnostiquer et de traiter la démence d'Alzheimer. Au vu du poids et de l'importance du phénomène des démences et de ses implications pour le tissu social, le Ministère de la Santé, l'Institut Supérieur de la Santé (ISS) et l'Agence pour les Services Sanitaires Régionaux (ASSR) ont lancé en 2005 une activité de reconnaissance des différentes législations et organisations existant au niveau régional. Cette activité a pour objectif de réaliser une comparaison constante entre les Administrations centrales et régionales afin de déterminer des stratégies d'intervention communes, même dans le cadre d'une programmation opérationnelle.

LES STRUCTURES D'HOSPITALISATION

En 2005, l'assistance hospitalière était proposée par **1 222 établissements hospitaliers publics et privés** accrédités disposant respectivement de **214 225 et 51 130 places**. 68% des structures publiques étaient constituées par des hôpitaux directement gérés par les USL (Unités Sanitaires Locales), 15% par les *Aziende Ospedaliere* (NdT: Centres hospitaliers) et les 17% restants par d'autres types d'hôpitaux publics. La distribution des hôpitaux publics par rapport à leur nombre de place (toujours pour le 2005) affiche une prédominance des structures de dimensions réduites: les hôpitaux comptant jusqu'à 120 places représentent 30,9% du total et ceux de 121 à 400 places 42,5%.

Par ailleurs, en 2005, on a relevé **842 établissements de rééducation** disposant au total de **15 383 places** avec un **accueil de type « nuit et jour »** (soit 22,7 places pour 100 000 habitants) et **13 280 places** avec un **accueil de jour uniquement** (soit 26,3 places pour 100 000 habitants): ceci fait ressortir au cours de la période quinquennale 2001-2005 une augmentation du nombre de places de rééducation avec un accueil de jour uniquement.

La même année, les **structures extrahospitalières avec un accueil « jour et nuit »** (*residenziale*) et de « **jour uniquement** » (*semiresidenziale*) disposaient de **206 027 places**, soit 352 places pour 100 000 habitants. Au cours de la période 1997-2005, le nombre de places pour 100 000 habitants est passé de 142 à 352.

72% des places ont été consacrées à l'assistance aux personnes âgées, 12,5% à l'assistance psychiatrique et 15,5% à l'assistance aux handicapés mentaux et physiques.

En 2005, au niveau national, on disposait de 4,6 places tous les 1 000 habitants; il y avait en particulier 4 places tous les 1 000 habitants pour les soins aigus (en régime ordinaire ou en hôpital de jour).

Sur le site Web du Ministère de la Santé (www.ministerosalute.it), la partie concernant les données statistiques fournit les adresses des structures d'hospitalisation et les adresses des ASL (Agences Locales de Santé) par Région et par ville. Ces données ont été mises à jour en 2008.

Le « *Rapport sur l'activité d'hospitalisation* » concernant l'année 2005 a été élaboré par le Ministère de la Santé en se basant sur la lecture du flux d'information fourni par les fiches de sortie de l'hôpital (SDO) de presque 1 337 établissements hospitaliers publics et privés. Il fait ressortir qu'il y a eu presque 13 millions d'hospitalisations, plus de 79 millions de journées d'hospitalisation et 4 700 000 interventions chirurgicales. Le nombre d'hospitalisations total s'avère en légère baisse par rapport aux années précédentes, ce qui est dû à une diminution significative du nombre d'hospitalisations en régime ordinaire (environ 140 000 de moins qu'en 2004) et d'une augmentation consistante dans le même temps des traitements en hôpital de jour (environ 97 000 de plus que l'année précédente). En 2005, le nombre de sorties des services de rééducation a également augmenté (16 000 cas de plus qu'en 2004), que ce soit pour le régime ordinaire ou pour celui de jour uniquement, alors que le nombre de sorties des services de long séjour a diminué (environ 3 000 de moins qu'en 2004).

On fournit les chiffres de 2005, par type d'hospitalisation:

- Soins aigus – hospitalisations ordinaires: 8 200 636
- Soins aigus – hôpital de jour: 3 913 856
- Rééducation – hospitalisations ordinaires: 283 708
- Rééducation – hôpital de jour: 67 761
- Long séjour: 97 712

En ligne avec l'évolution du nombre d'hospitalisations, les taux d'hospitalisation ont diminué pour atteindre 137,8 pour 1 000 habitants et 66,3 pour la modalité de jour (établissements publics et privés accrédités).

Le recours à l'hospitalisation est proportionnellement plus élevé chez les hommes, sauf pour les tranches d'âge correspondant à l'âge de procréer pour les femmes. Pour la tranche d'âge des 25-44 ans, les femmes présentent un taux d'hospitalisation d'environ 134 pour 1 000 et les hommes de 63 pour 1 000 tandis que chez les 65-74 ans, le taux

féminin est de 196 pour 1 000 et celui masculin d'environ 293 pour 1 000. En moyenne, les hospitalisations ordinaires des hommes présentent des coûts supérieurs à ceux des femmes. Le coût moyen par prestation est en effet de 2 850 euros pour les femmes et de 3 255 euros pour les hommes.

La durée d'hospitalisation s'est stabilisée depuis plusieurs années à 6,7 jours en moyenne, elle est plus longue chez les personnes plus âgées: 8 jours pour les 65-74 ans et 9 jour pour les plus de 75 ans. En ce qui concerne les longs séjours (secteur public) et la rééducation, la durée s'étend en moyenne à environ 26 jours.

La période d'hospitalisation préopératoire moyenne continue de baisser. Au niveau national, elle est de 2 jours; on relève des durées inférieures dans les Marches (1,5 jour) et dans le Frioul-Vénétie Julienne (1,4 jour).

L'augmentation du nombre de prestations d'hospitalisation en régime diurne concerne surtout la « *day surgery* » (NdT: chirurgie ambulatoire) ou la « *one day surgery* » qui prévoit le passage d'une nuit à l'hôpital après l'intervention chirurgicale.

Il convient par ailleurs de signaler le plus faible recours à l'assistance hospitalière en cas de pathologies chroniques comme le diabète et l'asthme qui peuvent être efficacement traitées dans les centres territoriaux en mode ambulatoire.

La mobilité hospitalière (c'est-à-dire le recours à l'hospitalisation dans des structures situées à l'extérieur de la région de résidence) est stable dans le temps et elle s'élevait en 2005 à 7,3% du régime ordinaire et 6,2% du régime diurne.

Dans l'accord du 23 mars 2005 qui constitue un préambule au PSN 2006-2008, les Régions ont fait part de la nécessité de réduire le taux d'hospitalisation à 160 pour 1 000 habitants et le nombre de places à 4,5 pour mille, dont au moins 1 place pour 1 000 réservée à la rééducation et aux longs séjours.

LES LISTES D'ATTENTE

D'un commun accord avec les Régions, la loi de finances pour l'année 2006 a prévu l'adoption d'un Plan National de réduction des listes d'attente. Ce Plan qui a été approuvé le 28 mars 2006 a introduit certaines nouveautés significatives se traduisant par des avantages pour le citoyen à travers l'application des Plans régionaux et locaux. De plus, l'approche sur laquelle s'appuie le Plan permet d'établir clairement la chaîne de responsabilité. Le problème y est en effet affronté à deux niveaux et, pour chacun d'entre eux, les responsabilités dans la gestion des délais d'attente sont définies de façon précise.

Le **premier** niveau concerne l'**obligation prévue pour les Régions de se doter d'un instrument de programmation unique et intégré** dans le but de garantir une réduction généralisée des délais d'attente, et ce en agissant aussi bien sur le versant de la demande

(les prescriptions) que sur celui de l'offre, de façon à ce qu'il soit possible d'enregistrer une accélération de la capacité de réponse à la demande de prestations appropriées en tout point du système régional. Il y est prévu de procéder dans toutes les Régions à la mise en place (ou à la finalisation) du **Centre Unique de Réservation régional (CUP)**, cet instrument étant en mesure de garantir des délais adéquats, la transparence et la synergie servant à faciliter l'accès aux prestations sanitaires spécialisées et hospitalières. La responsabilité de ce niveau est confiée aux Régions.

Le **deuxième** niveau correspond au niveau local. Celui-ci définit 100 prestations prioritaires et il établit que le citoyen doit se voir garantir par son Agence Sanitaire Locale (ASL) la fourniture de ces prestations en respectant des délais d'attente fixés par la Région et par le Ministère de la Santé, et ce dans des structures publiques ou accréditées spécifiques. Dans ce cas, la responsabilité est attribuée au **Directeur général de l'ASL** qui en est le garant vis-à-vis des ses patients. Ce sera en effet ce dernier qui devra prendre les initiatives adéquates et passer les accords opportuns avec les structures sanitaires opérant sur son territoire ou sur ceux voisins afin de garantir qu'il existe pour chacune de ces 100 prestations une ou plusieurs structures garantissant le respect des délais maximums d'attentes impartis.

Le Plan a prévu pour chacun des niveaux de responsabilité précédemment cités (régional et local) plusieurs procédures de *contrôle* des listes d'attente: suivi du système, suivi des réservations et suivi des réservations. Il est possible de consulter sur le site du Ministère de la Santé (désormais Ministère du Travail, de la Santé et des Politiques Sociales), www.ministerosalute.it, le premier et le second « *Rapport national sur l'utilisation d'Internet comme instrument de communication des données sur les délais et les listes d'attente sur les sites Web des Régions, des Provinces Autonomes et des structures du Service national de santé* », respectivement publiés en octobre 2005 et en décembre 2007, ainsi que les « *Plans Régionaux de réduction des délais d'attente – Les résultats du suivi au 30 mars 2007* ».

Le Plan national a aussi prévu d'allouer 150 millions d'euros aux Plans régionaux, dont 50 millions pour la mise en place des CUP (Centres Uniques de Réservations). Les Régions se sont par ailleurs vu reconnaître le droit d'accéder aux 2 000 millions d'euros prévus par la loi de finances pour l'année 2006 (loi n° 266 du 23 décembre 2005) pour combler les déficits hérités du passé, ces fonds ayant été débloqués justement pour faire face au problème des listes d'attente.

L'ASSISTANCE TERRITORIALE

L'objectif de l'assistance sanitaire territoriale est la promotion de la santé par le biais d'activités éducatives, de médecine préventive, de diagnostic, de soins et de rééducation

(dite de premier ordre). Voici ses secteurs d'intervention: l'assistance offerte par la médecine de base, le service de continuité de l'assistance, les soins à domicile, l'assistance aux personnes âgées et/ou handicapées.

En ce qui concerne **l'assistance locale** (*assistenza distrettuale*), en **2005**, on comptait environ 18 cabinets médicaux (*ambulatori*) et laboratoires publics et privés conventionnés pour 100 000 habitants.

L'aide à domicile intégrée (ADI) représente un service sanitaire d'une importance capitale dans une société comme celle italienne puisque le processus de vieillissement de la population y est fortement évidence. Ce service assuré au domicile du patient lui fournit des prestations de médecine générale et spécialisée, des soins infirmiers et de rééducation, de l'aide domestique par le biais des membres de sa famille ou du service compétent des ASL mais aussi une assistance sociale. En **2005**, ce service était en place dans **184 ASL** sur les 195 que compte le territoire. Toujours la même année, la plupart des Régions (15 sur 21) disposaient de ce service dans la totalité de leurs ASL. Le nombre de patients bénéficiant de cette assistance à domicile a augmenté au fil des ans: de 316 000 en 2003 à 396 000 en 2005, soit une hausse de 25%. Les personnes de plus de 65 ans ayant bénéficié de cette assistance à domicile représentaient une partie importante du total: au niveau national, leur pourcentage s'élevait à 84,2% et il oscillait entre les 52,2% de la Province Autonome de Trente et les 92,5% du Val d'Aoste.

Le nombre d'ASL fournissant un service de transport aux patients devant réaliser une dialyse est lui aussi à la hausse: on est passé de 92 en 2003 à 97 en 2005. Toujours au cours de la même période de référence, 12 ASL de plus ont mis en place un Département de santé mentale et 7 autres ont mis en place un **Département materno-infantile**.

Ce dernier est **présent dans 145 ASL sur 195**.

Un autre type de service tenant un rôle important pour favoriser le processus de « déshospitalisation » et pour garantir une réponse adéquate à la demande sanitaire des personnes ayant perdu leur autonomie ou présentant des problèmes de santé graves, c'est celui des **structures d'accueil de jour uniquement ou de jour et de nuit**. Au cours de la période 2003-2005, on a assisté à un développement de ces services: le nombre de places dans les structures d'accueil de jour et de nuit est passé d'environ 155 000 en 2003 à presque 170 000 en 2005, soit une augmentation d'environ 10%; au cours des mêmes années, le nombre de places dans les structures d'accueil « de jour uniquement » est passé de 31 000 à 36 000, soit une hausse de 17%.

LE PERSONNEL MEDICAL ET INFIRMIER

En 2005 (la dernière année de relevé), le personnel salarié du Service national de santé s'élevait à **647 719** unités dont **314 003** dans le Nord, **126 289** dans le Centre et **207 427** dans le Sud.

On comptait **105 652 médecins et dentistes** (18,03 pour 10 000 habitants) répartis comme suit: **44 778** dans le Nord (16,85 pour 10 000 habitants), **21 618** dans le Centre (19,16 pour 10 000 habitants) et **39 256** dans le Sud (18,92 pour 10 000 habitants).

En 2005, le **personnel infirmier** s'élevait à **252 506** unités (43,08 pour 10 000 habitants) sur l'ensemble du territoire national. On comptait 121 863 infirmiers dans le Nord (45,87 pour 10 000 habitants), 52 396 dans le Centre (46,44 pour 10 000 habitants) et 78 247 dans le Mezzogiorno (37,70 pour 10 000 habitants).

Pour ce qui est de **l'assistance locale** (*assistenza distrettuale*), il y avait en 2005 environ **47 000** médecins généralistes, soit environ 8 pour 10 000 habitants. Bien que le contrat des médecins généralistes prévoie que ceux-ci puissent avoir un maximum de 1 500 patients, la donnée moyenne nationale est nettement inférieure à ce seuil: 1 080 patients par médecin.

Toujours en 2005, environ **7 500 pédiatres** exerçaient sur le territoire national, soit environ 9 pour 10 000 enfants. Le nombre moyen d'enfants par pédiatre était donc de 1 029.

En 2005, les médecins et les professionnels de la santé des **structures d'hospitalisation publiques et équivalentes** comptaient **103 658 médecins** et **230 251 infirmiers**.

LES DEPENSES DE SANTE

On entend par le terme « dépenses » du Service national de santé (SSN) les dépenses soutenues par les structures publiques du service en question (Agences Sanitaires Locales et Centres Hospitaliers) et par celles privées accréditées (dont les Etablissements d'hospitalisation et de soins à caractère scientifique ou IRCCS et les Polycliniques universitaires, qu'elles soient publiques ou privées) mais aussi par d'autres organismes (dont la Croix Rouge Italienne, les Instituts zoo prophylactiques expérimentaux) pour la fourniture des Niveaux essentiels d'assistance (LEA) tels qu'ils ont été définis par le DPCM du 29 novembre 2001.

Au total, en 2005, les dépenses de santé se sont élevées à **95 158 millions d'euros**, soit 6,7% du PIB avec une dépense par tête d'environ 1 624 € (source: ISTAT). Toujours en 2005, dans le détail, les dépenses pour les services sanitaires fournis de façon directe se sont élevées à **52 164** millions d'euros tandis que celles pour les services sanitaires faisant l'objet de conventions ont été de **37 427** millions d'euros.

En 2005, le plus haut niveau de dépenses par personne a été atteint dans le Centre (1 756 €) et celui le plus bas dans le Mezzogiorno (1 590 €). Si on ne tient compte que des prestations sanitaires (elles absorbent 94% des dépenses), 39% de celles-ci sont fournies

par des structures privées et font l'objet de conventions. C'est particulièrement frappant dans le Mezzogiorno et dans le Nord-ouest alors que le Nord-est est plus fortement caractérisé par les prestations directes. Les dépenses faisant l'objet de conventions correspondent à 31,7% aux médicaments, à 22,6% aux prestations fournies par les établissements hospitaliers (*case di cura*) privés; l'assistance médicale représente au total 25,5% avec 17% de dépenses pour les médecins généralistes et 8,5% pour les prestations des spécialistes. Dans le détail, dans le Nord-ouest, les prestations fournies par les établissements hospitaliers privés (27% des dépenses font l'objet de conventions) peuvent être considérées comme équivalentes à celles pharmaceutiques (27,7%).

En 2007, le Système national de santé a dépensé environ 102,5 milliards d'euros, soit une augmentation de 2,9% par rapport à l'année précédente. Les dépenses pour le personnel représentent 32,5% du total, soit environ 33 milliards d'euros. Les dépenses pharmaceutiques s'élèvent à 15% du total. Pour ce qui est des dépenses par personne, la moyenne nationale est de 1 731 €, avec des valeurs oscillant entre 1 965 € en Lombardie et 1 581 € en Calabre.

D'après ce qu'indique le « *Rapport général sur la situation économique du Pays - 2007* » rédigé par le Ministère de l'Economie et des Finances, les dépenses pour les **soins hospitaliers** ont augmenté de **1,1%** en **2007** alors qu'elles avaient connu une hausse de **6,4%** en **2006**. Cette augmentation est due à l'évolution des soins hospitaliers privés faisant l'objet de conventions (+5,7%) alors que les soins hospitaliers publics sont restés globalement stables (+0,2%). Les dépenses pour toutes les autres prestations sanitaires ont enregistré en 2006 un nouveau ralentissement (2,2% après les 3,5% de 2006).

Les **dépenses pharmaceutiques** territoriales par personne du Service national de santé se sont élevées en **2006** à **228,80 €**, soit une hausse de 9,0% par rapport à 2001 et une baisse de 1,2% par rapport à 2005. Le Latium et les régions du Sud (en particulier la Sicile, la Calabre, les Pouilles et la Campanie) ont tendance à présenter des dépenses par personne nettement supérieures à la valeur moyenne nationale.

LE FINANCEMENT PUBLIC DES NIVEAUX ESSENTIELS D'ASSISTANCE (LEA)

Le Service national de santé est financé à hauteur de 95% environ par la fiscalité générale et en particulier par les impôts directs (suppléments IRPEF, l'impôt sur le revenu des personnes physiques, et IRAP, la taxe assise sur la production) et indirects (coparticipation à la TVA, accises sur l'essence) – dont le produit constitue une recette des Régions – auxquels s'ajoutent les transferts résiduels du Trésor Public. Par ailleurs, les ASL locales disposent de recettes directes provenant des tickets modérateurs (*ticket sanitari*) et des prestations payantes qu'elles fournissent.

La procédure de répartition des ressources disponibles s'organise comme suit:

- a) chaque année, la loi de finances établit les besoins sanitaires nationaux qu'elle détermine en se basant sur une estimation préalable des ressources disponibles nécessaires pour financer les niveaux essentiels d'assistance;
- b) une fois les besoins nationaux fixés, on procède à la détermination des besoins régionaux par le biais d'un Accord lors de la Conférence Etat-Régions qui est ensuite transposé par le CIPE (Comité Interministériel de Programmation Economique). La détermination des ressources à allouer à chacune des Régions pour couvrir ses dépenses de santé s'effectue en tenant compte de plusieurs éléments: ses besoins sanitaires; sa population résidente; ses capacités fiscales; ses dimensions géographiques. En pratique, cette répartition s'effectue en se basant sur le critère de la quote-part pondérée selon laquelle la quote-part (c'est-à-dire la valeur nationale moyenne par personne nécessaire pour garantir la couverture des besoins financiers des niveaux essentiels d'assistance) est corrigée en fonction de plusieurs variables destinées à représenter les besoins d'assistance de chaque individu (âge; sexe, uniquement pour l'assistance pharmaceutique; taux de mortalité périnatale et de mortalité infantile; densité de la population) avant d'être multipliée par le nombre de résidents de chaque Région.

La loi de finances 2005 (loi n° 311 du 30 décembre 2004) a alloué 88,195 milliards d'euros pour l'année 2005; 89,96 milliards d'euros pour 2006 et 91,759 milliards d'euros pour 2007.

LA COPARTICIPATION DES CITOYENS AU COUT DES PRESTATIONS

Parmi les ressources parvenant aux Régions pour le financement des niveaux essentiels d'assistance, il convient d'inclure (en plus des transferts ordinaires de l'Etat) également les coparticipations des citoyens au coût des prestations. La recette annuelle correspondant aux participations au coût des prestations réglées par les patients intègre en effet le total des disponibilités financières servant au financement du Service national de santé.

L'introduction de tickets modérateurs pour les médicaments fait en particulier partie des mesures garantissant au niveau régional le maintien des dépenses pharmaceutiques conventionnées en dessous du plafond programmé qui est fixé au niveau national.

L'introduction de coparticipations aux dépenses pharmaceutiques ne représente cependant pas le seul instrument de modération des dépenses pharmaceutiques servant au respect du plafond programmé puisque des résultats analogues sont

obtenus grâce à l'adoption d'interventions sur les mécanismes de distribution des médicaments.

En cas de prestation requérant des examens de diagnostic et/ou des soins ambulatoires spécialisés, une participation au coût de celle-ci sera requise à hauteur de 85% du tarif correspondant déterminé par la région d'appartenance du fournisseur de la prestation, et ce jusqu'à une dépense maximum de 51,65 € par ordonnance. Chaque ordonnance peut prescrire un maximum de 8 prestations, toutes au sein de la même branche de spécialisation. En cas de prestations correspondant à plusieurs services de spécialisation, il faudra réaliser les prescriptions correspondantes sur plusieurs ordonnances.

La loi de finances pour l'année 2007 (loi n° 296 du 27/12/2006) a prévu qu'à compter du 1^{er} janvier 2007, tout citoyen, même s'il a été exempté du paiement de la participation aux dépenses de santé (cf. rapport précédent), n'ayant pas retiré les résultats de sa visite et/ou de ses examens de diagnostic et de laboratoire sous 30 jours à compter de la date de réalisation de la prestation sera tenu de régler l'intégralité des frais médicaux correspondants. Pour les prestations fournies dans les services des urgences n'ayant pas été suivies par une hospitalisation, ayant été réalisables en ambulatoire sans que cela ne porte préjudice au patient et pour lesquelles le caractère d'urgence n'ait pas été constaté, les régions peuvent fixer une participation aux frais en fonction de la prestation fournie, et ce jusqu'à un maximum de 51,65 € par accès aux urgences (somme rabaisée à 30,99 € pour les patients ayant été partiellement exemptés). L'accès aux Urgences par les citoyens n'étant pas exemptés et dont l'état ait été classé comme « **code blanc** » **est par ailleurs assujéti au paiement d'un ticket modérateur d'Etat de 25,00 €**. Dans tous les cas, les personnes suivantes sont exemptées du paiement de ce ticket: les enfants âgés de moins de 14 ans, les personnes de plus de 65 ans ayant des revenus inférieurs à 36 151,98 €, les titulaires de la pension sociale ou du minimum garanti, les personnes handicapées, les personnes sans emploi, les personnes ayant été exemptées étant donnée leur pathologie et d'autres catégories supplémentaires. De plus, une **participation fixe de 10 € a été introduite pour les visites chez des spécialistes et pour les examens de diagnostics** (sauf pour les patients exemptés); ce ticket modérateur est en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2007 dans toutes les Régions auxquelles il reviendra de décider si elles souhaitent confirmer ou éliminer cette participation fixe. En attendant, ces 10 € viennent s'ajouter aux tickets modérateurs en vigueur en 2006 dont le tableau ci-dessous dresse la liste:

Tableau 1: les tickets modérateurs en vigueur en 2006 pour les examens, les visites et les urgences

REGIONS	EXAMENS DIAGNOSTIC	DE	VISITES SPECIALISEES	URGENCES
	Max. 36,15 €	par	Visite: 20,66 €	Oui, si la prestation est

Abruzzes	ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Contrôle: 12,91 €	retenue comme non urgente
Basilicate	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 20,66 € Contrôle: 12,91 €	Pas de ticket modérateur
Calabre	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 20,66 € Contrôle: 12,91 €	Pas de ticket modérateur
Campanie	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 18,59 € Contrôle: 12,91 €	Pas de ticket modérateur
Emilie-Romagne	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 18 € Contrôle: 13 €	23 € d'accès – paiement de toutes les prestations effectuées
Frioul-Vénétie Julienne	Max. 36 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 25,5 € Contrôle: 16 €	Oui, si la prestation est retenue comme non urgente
Latium	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 13,63 € Contrôle: 12,76 €	Pas de ticket modérateur
Ligurie	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 20,66 € Contrôle: 12,91 €	Oui, 3,10 €
Lombardie	+Max. 46 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 16,53 € Contrôle: 12,91 €	Oui, si la prestation est retenue comme non urgente: 35 € pour une visite; 50 € pour visite + prestation
Marches	Max. 36,20 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8	Visite: 16,50 € Contrôle: 12,90 €	Oui, si la prestation est retenue comme non urgente

	prestations dans une seule et même branche		
Molise	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 20,66 € Contrôle: 12,91 €	Pas de ticket modérateur
Piémont	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 18,60 € Contrôle: 11,65 €	Pas de ticket modérateur
Pouilles	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 19,21 € Contrôle: 12,01 €	Oui, si la prestation est retenue comme non urgente
Sardaigne	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 17,04 € Contrôle: 11,36 €	Oui, s'il n'y a pas d'hospitalisation ensuite
Sicile	2 € de participation par ordonnance + 36,15 €. Lorsque l'ordonnance dépasse 36,15 €, il faut payer 10% de la différence entre le total des frais engendrés par l'ordonnance et 36,15 €	Visite: 20,91 € Contrôle: 15,13 €	Pas de ticket modérateur
Toscane	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 18,60 € Contrôle: 12,90 €	Oui, si la prestation est retenue comme non urgente
Province Autonome de Trente	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 20,65 € Contrôle: 12,90 €	Pas de ticket modérateur
Province Autonome de Bolzano	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 18,10 € Contrôle: 11,90 €	Oui, si la prestation est retenue comme non urgente
Ombrie	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant	Visite: 16,53 € Contrôle: 12,91 €	Oui, si la prestation est retenue comme non

	prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	(16,53 € sur demande du médecin généraliste)	urgente
Val d'Aoste	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 22,70 € Contrôle: 14,20 €	Oui, si la prestation est retenue comme non urgente
Vénétie	Max. 36,15 € par ordonnance pouvant prescrire jusqu'à 8 prestations dans une seule et même branche	Visite: 18,95 € Contrôle: 13,15 €	Oui, si la prestation est retenue comme non urgente

Source: Ministère de la Santé - année 2006

La loi de finances pour l'année 2008 (loi n° 244 du 24 décembre 2007) a prévu l'abolition du ticket modérateur de 10 € sur les ordonnances pour les consultations spécialisées et les examens de diagnostic; en ce qui concerne les médicaments de catégorie C, c'est-à-dire les médicaments payants, le médecin devra indiquer sur l'ordonnance uniquement le principe actif et c'est au pharmacien qu'il incombera de fournir des explications sur le prix et sur les effets du médicament.

§.2

Pour ce qui est du cas de non-conformité contenu dans les Conclusions 2007, veuillez trouver ci-dessous des informations à ce sujet.

Au cours des dernières années, le gouvernement italien a fait preuve d'une attention croissante envers les thèmes de la santé, de la prévention et de l'amélioration de la qualité de vie, notamment en ce qui concerne la population en âge d'être scolarisée.

C'est dans cette optique qu'un accord de collaboration a été passé le 3 juillet 2003 entre le Ministère de l'Education, de l'Université et de la Recherche (désormais Ministère de l'Education Nationale) et Federalimentare afin de définir et de mettre en place des parcours de formation pour la diffusion d'une éducation alimentaire correcte capable d'orienter les jeunes vers des comportements avisés et équilibrés. Suite à cet accord, plusieurs initiatives ont été prises, à savoir: la mise en place du Projet « *Alimentation, mouvement, modes de vie: mode d'emploi* »; le déroulement du Concours « *Le langage de la nourriture: histoire de l'alimentation en Italie, des origines à nos jours* » durant l'année scolaire 2004-2005 qui a été réalisé en collaboration avec le Ministère des biens culturels et environnementaux; l'élaboration de Lignes directrices pour un mode de vie sain.

Par ailleurs, le Ministère de l'Education Nationale a préparé en collaboration avec le Ministère de la Santé le programme « *Mission Santé* » dont la réalisation implique l'école, les familles, le volontariat, les organisations à but non lucratif, le territoire et les institutions sanitaires de prévention. C'est dans le cadre de ce programme qu'un Protocole d'Entente a été signé en octobre 2006 entre le Ministère de l'Education Nationale et la Ligue Italienne de Lutte contre les Tumeurs (LILT). A travers ses sections provinciales et ses coordinations régionales, la LILT a organisé des interventions dans les établissements scolaires de tous les niveaux, dès les derniers niveaux de l'école primaire, sur les thèmes du tabagisme, de l'alcool et de l'alimentation. Le travail commun du Ministère de l'Education Nationale et de la LILT est destiné à la promotion, au soutien et au développement d'initiatives visant à la diffusion des informations concernant les pathologies tumorales afin de favoriser les modes de vie sains et donc la prévention des tumeurs.

Afin d'inciter les jeunes à consommer des aliments sains, c'est à travers son « **Plan National de la Prévention 2005-2007** » que le Ministère de la Santé a invité les Régions à défendre dans les écoles des choix alimentaires sains au niveau de leurs valeurs nutritives et de leurs apports énergétiques tout en favorisant des interventions prévoyant de porter une plus forte attention à la **distribution des en-cas à base de fruits ou de légumes frais**.

Le Projet-pilote « **Fruit Snack** » se place dans ce contexte et il compte expérimenter la promotion de goûters sains à base de fruits et de légumes frais à travers l'utilisation de distributeurs automatiques. Son objectif principal, c'est d'encourager chez les jeunes des établissements secondaires de 2nd degré (NdT: niveau lycée) la consommation de fruits et de légumes à l'école et, indirectement, au sein de leurs familles, afin de conserver le bien-être psychophysique et de prévenir les maladies et les déséquilibres nutritionnels. Ce projet prévoit une action directe, le soutien aux établissements scolaires, l'implication des enseignants et des élèves par le biais d'activités de formation et d'animation, la réalisation d'une campagne de sensibilisation et la production de matériel d'information.

Cette expérimentation a été lancée durant la période comprise entre décembre 2006 et mai 2007 dans 3 régions représentatives du Nord, du Centre et du Sud de l'Italie (Emilie-Romagne, Latium et Pouilles). Etant donnés les résultats positifs ayant été obtenus dans les Régions susmentionnées, cette expérimentation sera prochainement étendue au niveau national.

Parmi les principales initiatives mises en place, il convient de signaler le plan national promu par le Ministère de la santé courant 2007 sous le nom de « *Gagner en santé : faciliter les choix sains* ». Ce plan est destiné à la promotion de modes de vie sains en mesure de lutter à long terme contre l'apparition de maladies chroniques. Il est né de l'exigence de rendre plus faciles les comportements salutaires des citoyens et de faire face de façon globale aux principaux facteurs de risque (tabac, alcool, mauvaise alimentation et inactivité physique). Dans le cadre de la collaboration entre le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Education Nationale, voici les activités en phase de réalisation:

- 1) présentation des **lignes directrices nationales** conjointes destinées aux professionnels de l'éducation nationale et de la santé pour:
 - prévenir l'obésité et les troubles de l'alimentation (anorexie et boulimie)
 - prévenir les phénomènes de dépendance (drogues, alcool, tabac, médicaments, Internet), en collaboration avec le Ministère de la Solidarité Sociale
 - prévenir les troubles psychologiques;
- 2) **collaboration active** entre les Services Scolaires Provinciaux et les ASL sur l'ensemble du territoire national;
- 3) constitution avec l'aide d'experts en la matière de *task forces* (NdT: forces opérationnelles) qui soient capables d'offrir leur soutien aux étudiants, à leurs familles et aux professeurs, aussi bien au niveau territorial qu'à celui des différents établissements;

- 4) réalisation d'un parcours de **formation conjointe** pour les professionnels de la santé et les professeurs portant sur les thèmes d'intérêt commun avec des contenus différenciés en fonction des professions ciblées.

Il ressort de ce qui vient d'être indiqué que l'éducation à la santé a pris une dimension transversale par rapport à la réalisation des activités d'enseignement, ce qui a rendu nécessaire l'adoption d'initiatives spécifiques et de lignes directrices/d'action au niveau national tout en respectant l'autonomie scolaire. Il a donc été prévu de mettre en place des parcours multidisciplinaires d'éducation à la santé et d'appliquer, en accord avec les ASL et les autres acteurs compétents présents sur le territoire, des stratégies de prévention et de lutte contre les problèmes en question, ces stratégies devant être transversales aux disciplines enseignées.

C'est dans ce but que le Ministère de l'Education Nationale a promu un plan national d'une durée de trois ans baptisé « **Plan pour le Bien...-Etre de l'étudiant** » (2007-2010), en collaboration avec les autres ministères compétents (Santé, Environnement, Politiques de la Jeunesse) et avec les organismes territoriaux. Ce Plan a pour objectif de mettre en place des parcours expérimentaux, des recherches et des programmes opérationnels afin de diffuser la culture de la santé et du bien-être tout en améliorant la qualité de vie au sein du système scolaire.

Ce Plan qui est organisé en 10 actions (**sans dépendances; alimentation et santé; l'environnement, c'est nous; nous sommes tous des champions; à l'école du volontariat; différents et égaux; citoyens du monde; respect et légalité; une voie sûre; les technologies, nos amies**) s'adresse aux élèves des établissements scolaire de tous les niveaux. Les deux premières actions se centrent sur la promotion de modes de vie positifs avec la prévention des dépendances (drogues, alcool, tabac, médicaments, dopage) et des pathologies correspondantes mais aussi sur la lutte contre l'obésité et les troubles de l'alimentation (anorexie et boulimie).

Comme a été rappelé dans les précédents rapports, le service de médecine scolaire qui réalise des activités de prévention sur les élèves et sur le personnel enseignant et non enseignant des établissements scolaires publics et privés de tous les niveaux a subi des modifications suite à l'entrée en vigueur du décret législatif n° 502/1992 et ses modifications et compléments ultérieurs. La compétence en matière de médecine scolaire a été déléguée aux Régions. Conformément aux indications fournies par le Plan national de santé et par le Plan régional de santé, les Régions doivent en priorité se charger de l'organisation par service, en particulier celui materno-infantile auquel incombent la réalisation des programmes d'assistance et l'organisation des services de médecine scolaire. Ce sont donc les services materno-infantiles des ASL (Agence locales de santé) compétentes pour le territoire qui se chargent d'effectuer les prestations prévues en la matière:

- contrôles différenciés par tranche d'âge ciblant différentes pathologies déterminées (contrôles orthopédiques, dentaires, d'acuité visuelle, etc....)
- contrôle de la santé par rapport aux maladies infectieuses
- surveillance de la santé en cas de maladies infectieuses
- contrôle sanitaire sur l'hygiène des cantines et des structures et bâtiments scolaires
- contrôles sanitaires pour les cuisines et le personnel y travaillant
- information et éducation sanitaire en collaboration avec les enseignants
- contrôle du personnel enseignant et non enseignant pour la prévention de la tuberculose.

Chaque ASL prépare un plan d'interventions et de contrôles par rapport aux écoles de leur territoire et à leurs élèves; elle intervient lorsque les familles ou les enseignants signalent des pathologies, des troubles ou des difficultés d'apprentissage.

§.3

Tabagisme

En plus des initiatives contenues dans le plan national susmentionné, l'Italie a adopté la loi n° 75 du 18 mars 2008 ratifiant la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte anti-tabac qui a été approuvée par l'Assemblée Mondiale de la Santé en 2003.

Parallèlement aux programmes de prévention de la BPCO visant à l'arrêt du tabac, il en existe d'autres centrés sur l'exposition professionnelle qui ciblent les catégories de travailleurs chez lesquelles l'habitude de fumer du tabac est plus fortement ancrée.

L'application de la législation protégeant les non-fumeurs contre le tabagisme passif (c'est-à-dire les interdictions de fumer) représente un instrument efficace de prévention et de contrôle.

Avec l'entrée en vigueur le 10 janvier 2005 de l'art. 51 de la loi 3/2003 (« Protection de la santé des non-fumeurs »), l'interdiction de fumer a été étendue à tous les établissements clos (y compris les lieux de travail privés ou n'étant pas ouverts au public, les commerces, les bars et restaurants, les lieux de détente, les gymnases, les centres de sport), sauf les établissements réservés aux fumeurs et les milieux strictement privés (habitations civiles).

Actuellement, on compte en Italie un peu moins de 12 millions de fumeurs (23,5% de la population âgée de 15 ans et plus), dont 7 millions d'hommes (27,9%) et 5 millions de femmes (19,3%). En 2005, les fumeurs représentaient 25,6% de la population, 24,3% en 2006 et ce taux a diminué de 0,8% en 2007. On compte 8,8 millions d'anciens fumeurs (17,5%), dont 5,4 millions d'hommes (22,6%) et 3,4 millions de femmes (12,8%). Il y a environ 30 millions de non fumeurs (59%), dont 12 millions d'hommes (49,4%) et 17,8 millions de femmes (67,9%). La tranche d'âge présentant le plus grand nombre de fumeurs est celle des 25-44 ans, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, avec des pourcentages s'élevant respectivement à 36,5% et 29,3%. Pour ce qui est des zones géographiques, on fume plus dans le Centre, 31,4% (35% des hommes et 28,2% des femmes), suivi par le Nord, 22,9% (24,3% de fumeurs et 17% de fumeuses) et enfin par le Sud, 20,5% (28,8% des hommes et 17,3% des femmes), (source: Ministère de la Santé).

En Italie, les services territoriaux pour arrêter de fumer sont en place depuis maintenant quelques années: il y en a 185 dans le Nord (53,5%), 81 dans le Sud (23,4%) et 80 dans le Centre (23,1%). Ils accueillent les fumeurs ne recourant pas à l'aide du médecin généraliste pour arrêter de fumer. Ces services se trouvent dans les structures du Service national de santé et dans celles du privé social (*privato sociale*).

Depuis l'année 2000, en collaboration avec le Ministère de la Santé et le Groupe technique sur le tabagisme des Régions et des Provinces autonomes, l'Observatoire Tabac, Alcool et Drogue de l'Institut Supérieur de la Santé recense ces structures et il fournit les informations recueillies en mettant en place une liste des Centres Anti-tabac; cette liste est consultable en ligne sur le site de l'OssFAD (www.iss.it/ofad) et du Ministère de la Santé (www.ministerosalute.it). L'objectif, c'est de faciliter aux usagers l'accès à ces structures en facilitant la rencontre entre offre et demande et en réduisant ses délais. En 2006, le nombre total de Centre recensés est de 346, dont 266 (76,9%) rattachés au Service national de santé et 80 (23,1%) rattachés à la LILT (Ligue Italienne pour la Lutte contre les Tumeurs). Par rapport à 2005, on enregistre une augmentation de 4,8 % du nombre de Centres Anti-tabac, ce qui correspond à 16 Centres de plus sur le territoire.

Alcool

La loi 125/2001 « *Loi-cadre en matière d'alcool et de problèmes liés à l'alcool* » s'est avérée être un instrument important pour les politiques de lutte contre la consommation d'alcool en Italie. Sa mise en place a permis de mettre au point des interventions aussi bien dans les domaines relevant spécifiquement du Ministère de la Santé et des Régions que dans ceux relevant d'autres administrations centrales dont le rôle est important afin de réduire les dégâts causés par l'alcool. Il convient à ce sujet de citer l'« *Accord en matière de détermination des activités professionnelles comportant un risque élevé d'accidents du travail ou un danger pour la sécurité, l'intégrité ou la santé de tierces personnes dans l'optique de*

l'interdiction de consommer ou de servir des boissons alcoolisées ou fortement alcoolisées aux termes de la loi n° 125 du 30 mars 2001. Accord aux termes de l'art. 8, alinéa 6, de la loi n° 131 du 5 juin 2003 » du 16 mars 2006 ainsi que la fondation auprès du Ministère de la Solidarité Sociale (désormais Ministère du Travail, de la Santé et des Politiques Sociales) du Conseil National sur l'alcool (Consulta Nazionale sull'alcol) prévu par l'art. 4 de la loi 125/2001 susmentionnée.

Une des initiatives adoptées par le Ministère de la Santé a été celle représentée par le **Plan national alcool et santé** du 7 février 2007 qui s'est fixé comme objectif de coordonner toutes les activités de prévention et de prise en charge des problèmes liés à l'abus d'alcool au sein de la population. Ce Plan national d'une durée de 3 ans (2007-2009) a pour but d'atteindre **10 objectifs** par le biais d'actions stratégiques prévoyant la collaboration des Régions et l'implication de plusieurs structures et acteurs du système national de santé: les services des dépendances, les services régionaux traitant les problèmes liés à l'alcool, les services de santé mentale, les médecins de famille, les associations d'entraide et de volontariat, les ASL et les hôpitaux. Des collaborations sont également prévues avec le monde de l'enseignement et du sport, avec les syndicats, les centres de loisirs pour les personnes âgées, les Forces de l'Ordre et les entreprises du secteur.

Parmi les objectifs principaux, on vise à augmenter la conscience du risque lié à la consommation de boissons alcoolisées pour la population en général et pour certaines catégories particulièrement exposées à ce risque (personnes âgées, jeunes, femmes), à réduire les excès de consommation et les consommations en dehors des repas, à éviter la diffusion de ces derniers, notamment chez les jeunes et surtout chez ceux de moins de 18 ans, mais aussi à mettre des traitements accessibles et efficaces à la disposition des personnes à risque et des alcoolodépendants.

Les interventions correspondantes se répartissent sur **8 domaines stratégiques**:

1. information/éducation
2. boire et conduire
3. environnements et lieux de travail
4. traitement de la consommation néfaste d'alcool et de l'alcoolodépendance
5. responsabilités du monde de la production et de la distribution
6. capacité sociale à faire face au risque causé par la consommation d'alcool
7. potentialités des organisations de volontariat et d'entraide ainsi que des organisations non gouvernementales
8. suivi des dégâts causés par l'alcool et des politiques de lutte en la matière.

Une somme de 1,5 million d'euros par an a été prévue pour le financement des trois années du Plan, cette somme venant s'ajouter aux financements prévus par le programme *Guadagnare salute* (NdT: Gagner en santé).

D'après l'ISTAT, en 2005, les personnes consommant au moins une boisson alcoolisée par an ont représenté 69,7% de la population âgée de plus de 11 ans (82,1% des hommes et 58,1% des femmes). Pour l'ensemble de la population âgée de plus de 14 ans, le nombre de consommateurs s'avère globalement stable dans le temps et, de 1998 à fin 2005, son taux a été d'environ 70% de la population. Après leur tendance à la baisse des dernières années, les consommateurs de vin étaient à nouveau en hausse entre 2003 et 2005 et ils sont ainsi passés de 55,9% à 57,6%. On a enregistré une certaine stabilité pour les consommateurs de bière qui ont légèrement diminué en passant de 47,2% en 1998 à 47% en 2005. Les consommateurs quotidiens de bière représentaient environ 5% de la population. Une augmentation marquée a été enregistrée pour le nombre de consommateurs d'autres types d'alcools (apéritifs, amers, liqueurs) qui sont passés de 39,5% en 1998 à 43,1% en 2005, soit une hausse de 4 points de pourcentage.

Si on se penche sur la situation professionnelle, on remarque que 61,4% des personnes ayant consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois avaient un emploi, ce taux descendant à 54,4% pour les non consommateurs; parallèlement, les taux de chômage étaient plus faibles chez les consommateurs (8,6% pour la consommation au cours de la dernière année; 8,1% pour la consommation au cours des 30 derniers jours). Les étudiants présentaient des taux similaires, que ce soit pour les consommateurs ou pour les non consommateurs. Les taux de femmes au foyer, de retraités et de personnes présentant une incapacité au travail étaient nettement supérieurs chez les non consommateurs que chez les consommateurs.

La consommation de boissons alcoolisées en dehors des repas (qui représente un indicateur important d'exposition à l'alcoolodépendance) s'avère en hausse depuis 1993 au sein de la population âgée de plus de 15 ans; que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, ceci est particulièrement net au cours de la période 2002-2003 durant laquelle les consommateurs d'alcool en dehors des repas au moins quelques fois par an sont passés de 23,2% à 25,8%. Selon l'ISTAT, 3% de la population italienne associait la consommation au moins hebdomadaire d'alcool en dehors des repas à des comportements d'ivresse. Ce phénomène qui indique une exposition au risque particulièrement intense concernait notamment les jeunes hommes de 18 à 34 ans. Les personnes dont la consommation dépassait quotidiennement la limite établie pour une consommation modérée (selon les paramètres fournis par l'OMS) et se trouvant donc exposées à un fort risque de pathologies liées à l'alcool représentaient en 2005, d'après l'ISTAT, 10,3% de la population masculine et 2,2% de la population féminine des 11 ans et plus.

Le nombre de personnes ayant une consommation non modérée et quotidienne augmente avec l'âge et atteint sa valeur la plus élevée dans la tranche d'âge des 65-74 ans chez les hommes (16,0%) et dans celle des 60-64 ans chez les femmes (3,6%). La moyenne nationale de 10,3% est cependant déjà atteinte par la tranche d'âge des 33-44 ans.

Il convient par ailleurs d'ajouter aux catégories de population à risque susmentionnées d'autres groupes de personnes à considérer à risque, même si elles consomment avec modération, comme les personnes âgées, les adolescents de moins de 15 ans ou les personnes présentant des problèmes de santé spécifiques. En tenant compte de ces paramètres supplémentaires, l'Institut Supérieur de la Santé a calculé qu'en Italie, 16,7% de la population masculine et 4,5% de la population féminine sont à risque.

Toujours d'après l'ISTAT, 8,4% de la population admet avoir des comportements d'ivresse au moins une fois par an, ce qui représente une hausse par rapport à la donnée de 7,1% relevée en 2003. Au sein de la population présentant des comportements d'ivresse, la moitié déclare avoir été ivre de 1 à 3 fois au cours de l'année, plus de 15% de 4 à 6 fois et 7,7% (soit plus de 4 millions et demi de personnes) plus de 12 fois au cours de l'année.

Selon le « *Relevé 2005 des activités dans le secteur de l'alcoolodépendance* » mené par le Ministère de la Santé, **412 services ou groupes de travail sur l'alcoolodépendance** ont été relevés au cours de l'année 2005, dans un total de 19 régions. Il s'agissait dans 94,7% des cas de services de type territorial, dans 3,1% des cas des services de type hospitalier et dans 2,2% des cas de services de type universitaire.

Au total, ce sont 3 416 unités de personnel qui ont été affectées aux activités liées à l'alcoolodépendance: 797 affectées de façon exclusive (23,3% du total) et 2 619 affectées de façon partielle (76,7% du total).

56 234 alcoolodépendants ont été pris en charge, ce qui représente une augmentation de 4,3% par rapport à l'année précédente. 34,5% des services avaient moins de 50 usagers; ceux ayant le plus d'usagers (200 personnes en charge ou plus) représentaient 19,1% du total des services ou groupes de travail relevés.

Dans la classification régionale, les régions du Nord (exception faite du Val d'Aoste) arrivaient aux premiers rangs. Dans le détail, les régions ayant les plus grands nombres absolus d'usagers sont la Vénétie et la Lombardie (respectivement 11 242 et 9 254). Le rapport usagers hommes/femmes était de 3,5.

En 2005, l'âge moyen du total des usagers relevés était de 44,5 ans; les femmes présentaient un âge moyen plus élevé que celui des hommes (46,0 ans contre 44,1 ans).

Si on analyse les programmes de traitement, on remarque que 28,2% des usagers ont été soumis à des traitements médico-pharmacologiques en mode ambulatoire, 26,1% au « *counselling* » destiné à l'utilisateur ou à sa famille, 9,8% ont été insérés dans des groupes d'auto-assistance/d'entraide; 12,1% ont reçu un traitement de rééducation sociale tandis que l'insertion dans des communautés avec hébergement de jour et de nuit (*residenziale*) ou de jour uniquement (*semiresidenziale*) n'a concerné que 2,5% des alcoolodépendants.

Les traitements psychothérapeutiques ont été fournis à 11,6% des usagers et ils ont principalement consisté en des thérapies individuelles (60,3%) et des thérapies de groupe ou familiales (39,7%). L'hospitalisation a concerné 6,8% du total des usagers

relevés (4,4% dans des établissements publics, 2,4% dans des établissements hospitaliers privés conventionnés); dans les deux cas, la cause principale de l'hospitalisation a été représentée par le syndrome de dépendance à l'alcool (61,4% du total des personnes hospitalisées en mode hospitalier ordinaire ou en hôpital de jour et 66,7% du total des personnes hospitalisées dans des établissements privés conventionnés).

Au niveau territorial, on relève une hétérogénéité extrêmement marquée: certaines régions ont préféré recourir au traitement médico-pharmacologique dans plus de 40% des cas et d'autres au « *counseling* » tandis que certaines ont préféré les traitements psychothérapeutiques (individuels ou de groupe) ou l'insertion dans des groupes d'auto-assistance/d'entraide. On remarque également que les traitements de rééducation sociale ou l'insertion dans des communautés avec hébergement de jour et de nuit ou de jour uniquement sont relativement fréquents, de même que l'hospitalisation dans des structures publiques, même si c'est dans une moindre mesure.

Les Toxicomanies

L'usage/abus de substances stupéfiantes et les modes de vie y étant liés représentent un problème de santé publique que ce soit pour les effets directs qu'ils ont sur les consommateurs (overdoses, comorbidités psychiatriques, pathologies infectieuses liées à l'usage de drogues) ou pour la population générale n'étant pas directement exposée (maladies sexuellement transmissibles).

Comme cela a été expliqué dans le précédent rapport, l'outil législatif réglementant tout ce domaine, c'est le Décret du Président de la République italienne n° 309/1990 (Texte Unique sur les toxicomanies), tel qu'il a été modifié par la loi n° 45/1999 et par la loi n° 49/2006.

La loi de finances pour l'année 2006 a convenu du financement de l'Observatoire des problèmes de la jeunesse liés aux dépendances (*Osservatorio del disagio giovanile legato alle dipendenze*). Celui-ci met environ 10 millions d'euros à la disposition des interventions de prévention.

Les données concernant le phénomène de la drogue sont relevées selon le modèle des indicateurs-clés, conformément à ce qu'indique l'*Observatoire européen des drogues et des toxicomanies de Lisbonne* (Agence constituée en 1993 par l'Union Européenne). D'après ce schéma, on peut regrouper les indicateurs en plusieurs groupes dont voici la liste:

- Usage de substances au sein de la population en général;
- Usage problématique de substances;
- Demande de traitement;
- Pathologies infectieuses;
- Décès liés à la drogue.

La prévalence d'usage au sein de la population générale se base surtout sur les résultats de deux enquêtes nationales (IPSAD et ESPAD) menées par le Conseil National des Recherches et dont les résultats figurent dans le « *Rapport annuel au Parlement sur les toxicomanies – Année 2006* ». L'étude ISPAD (Italian Population Survey on alcohol and drug) est une étude par échantillonnage sur la consommation d'alcool, de tabac et de substances psychotropes légales et illégales au sein de la population générale résidant en Italie et d'âge compris entre 15 et 54 ans; elle est répétée tous les deux ans depuis 2001.

L'enquête ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Drugs) concerne les comportements, la perception du risque et les consommations d'alcool, de tabac et de substances psychotropes légales et illégales au sein de la population jeune, scolarisée et âgée de 15 à 19 ans.

En ce qui concerne **l'usage de substances psychoactives** entre 2001 et 2005, l'enquête ISPAD Italie a révélé une augmentation au sein de la *population générale des consommations* de cannabis (en 2001, 22% des personnes interrogées déclaraient avoir fait usage de cette substance au moins une fois au cours de leur vie contre 32% en 2005): cette augmentation concerne non seulement la consommation au cours de toute la vie mais aussi au cours des 12 derniers mois et des 30 derniers jours. Les informations relevées ont fait enregistrer une augmentation de l'usage d'héroïne et de cocaïne dans la catégorie de consommation sporadique/occasionnelle; la consommation fréquente effectuée au cours des 30 derniers jours reste en revanche globalement stable dans le cas de l'héroïne tandis qu'elle subit une légère hausse pour la cocaïne. Les régions ayant fait enregistrer les plus fortes prévalences de consommateurs (une ou plusieurs fois au cours des 12 derniers mois) sont le Latium pour les cannabinoïdes (10,6%), la Lombardie pour la cocaïne (4,7%) et la Ligurie pour l'héroïne (0,7%).

Contrairement à ce qu'on observe pour la consommation concomitante de substances psychoactives légale et illégales, on assiste depuis 2001 à une augmentation du taux de personnes consommant plusieurs substances illégales (on parle en Italie de «poli-usagers»): leur taux passe de 14% à 17%.

Dans ce contexte, la donnée concernant le pourcentage d'usagers du cannabis ne l'associant pas à d'autres drogues illégales reste cependant très élevée (87%).

Plus l'âge des personnes interrogées augmentait, plus la prévalence des *consommations psychoactives chez les étudiants* de l'échantillon ESPAD Italie était forte; cette donnée était relevée tout au long de la période de référence (2001-2005). L'usage du cannabis effectué «une ou plusieurs fois au cours des 12 derniers mois» était déclaré par 24,5% des personnes interrogées; celui de la cocaïne et de l'héroïne correspondaient en revanche respectivement à environ 4% et 1,6% des cas. Les taux d'étudiants des *scuole superiori* (NdT: niveau lycée) qui présentaient des consommations plus problématiques de la substance (plus de 20 fois par an) étaient plus bas pour ce qui est de la cocaïne (environ 12%) et de l'héroïne (environ 16%) et plus élevés dans le cas des cannabinoïdes (environ

26%). Les Régions où l'on enregistrait les plus fortes prévalences (au moins une fois au cours des 12 derniers mois) d'étudiants consommateurs étaient le Piémont pour les cannabinoïdes (28%), l'Ombrie pour la cocaïne (presque 5%) et le Molise pour l'héroïne (2%). Les hallucinogènes et les stimulants de synthèse s'avéraient répartis de façon homogène sur l'ensemble de la péninsule.

L'usage concomitant de plusieurs substances semblait être un phénomène particulièrement répandu chez les étudiants; de 2000 à 2006, même s'il a subi de légères oscillations, le pourcentage d'étudiants ayant consommé plusieurs substances illégales (poly-usagers) est resté globalement stable (en 2005 et en 2006, ce résultat était de 22%). Toujours chez les étudiants, la part de consommateurs de cannabis comme unique drogue illégale était très élevée (87%).

En 2006, il y a eu environ 176 000 *personnes en traitement dans les SerT* (NdT: services publics pour les toxicomanies), la tendance étant à la hausse depuis 2001.

La population des usagers des SerT (14% de nouveaux usagers, 86% d'usagers étant déjà pris en charge depuis l'année précédente ou étant de retour) était composée de façon prépondérante par des personnes de sexe masculin (87%) et de nationalité italienne (94%) avec un âge moyen de 35 ans (30 ans pour les nouveaux usagers). Les substances pour lesquelles ils recouraient au traitement étaient dans la plupart des cas des opiacés (72%), avec ensuite la cocaïne (16%) et le cannabis (10%), ces dernières étant nettement plus fréquentes chez les nouveaux usagers. La prise par injection correspondait à 74% des usagers d'opiacés et à 8% des usagers de cocaïne; que ce soit pour les opiacés ou pour la cocaïne, la probabilité de prendre la substance par voie parentérale augmentait avec l'âge. 49% des usagers utilisaient au moins une autre substance psychoactive en plus de celle pour laquelle ils étaient en traitement (43% des cas incidents, 52% des cas prévalents). La plupart des usagers pris en charge (61%) déclaraient avoir un niveau d'études moyen et un emploi (60%).

38% des usagers des SerT ont été soumis à des traitements diagnostico-thérapeutiques de rééducation sans assistance pharmacologique. Ce sont surtout des patients de sexe masculin (88%) qui ont bénéficié de ces traitements, avec un âge moyen de 32 ans, pour une consommation d'opiacés dans 51% des cas, de cocaïne dans 28% des cas et de cannabis dans 19% des cas. Ce type de traitements auquel a été soumise presque la moitié de l'ensemble des cas incidents pour l'année 2006 consistait surtout en des interventions psychothérapeutiques individuelles (37%), de *counselling* (30%) et de soutien psychologique (25%). Les consommateurs d'opiacés étaient surtout soumis à des interventions psychothérapeutiques individuelles (36%). 42% des usagers faisant usage de cocaïne comme substance «primaire» étaient traités par des interventions psychothérapeutiques individuelles et une grande partie (40%) des usagers de cannabis étaient soumis à des interventions des services sociaux ou professionnels.

62% des usagers ont bénéficié de traitements avec assistance pharmacologique dont la moitié en complément de thérapies de type psychosocial et/ou de rééducation.

En ce qui concerne le domaine des conséquences sanitaires et sociales, pour ce qui est des **décès** par overdose, les données DCSSA indiquent qu'en 2006, en Italie, 517 décès ont été dus à des intoxications aiguës (overdoses); par rapport à la période biennale précédente, on enregistre une réduction de 20%, cette donnée étant toutefois susceptible d'être mise à jour. La mortalité due à des overdoses de drogue est un phénomène qui touche surtout les hommes (on compte en moyenne environ 10 décès masculins pour 1 décès féminin); au cours de la période 2001-2006, les taux annuels de décès par rapport à la population résidente des 15-64 ans font ressortir au niveau régional des valeurs moyennes plus élevées en Ligurie, dans le Latium et en Ombrie (environ 7 décès par overdose pour

100 000 résidents) puis dans le Piémont, l'Emilie-Romagne et la Campanie (environ 5).

L'âge moyen de décès a progressivement augmenté: si en 2001 environ 36% des décès étaient représentés par des personnes de plus de 35 ans, en 2006, ce taux avoisine les 50%.

Depuis 2001, le pourcentage de morts attribuées à des overdoses d'héroïne est resté globalement stable alors que celui lié à la cocaïne est passé au cours du même laps de temps d'environ 2% à 9%.

Au cours de l'année 2006, les Services pour les Toxicomanies ont réalisé des tests sur 67 300 personnes afin de détecter la présence d'infections à VIH; 12% de ces tests se sont avérés positifs: 86% d'entre eux correspondaient à des hommes et l'âge moyen avoisinait 38 ans, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes.

De plus, 62 635 personnes ont été testées pour déterminer la présence d'infections VHB et 75 213 personnes pour celle d'infections VHC: parmi les personnes testées, il y a eu des résultats positifs respectivement dans 39,5% et 61,9% des cas. Au sein de la population testée positive aux virus de l'hépatite B ou C, le taux d'hommes était presque identique (87%) tandis que l'âge moyen s'avérait plus élevé chez les personnes atteintes du VHC (38 ans contre 36 ans pour celles atteintes du VHB) avec des différences entre les sexes à la limite de la significativité statistique dans les deux groupes: les hommes présentaient un âge en moyenne d'une année supérieur à celui des femmes.

Pour ce qui est de la présence concomitante de *pathologies psychiatriques* chez les patients soignés pour des troubles liés à l'usage de substances psychoactives, 80% des Régions ont mis en place des interventions de traitement spécifiques pour les toxicomanes avec un double diagnostic dont l'accessibilité et la disponibilité ont été évaluées comme bonnes ou très bonnes.

En ce qui concerne les **activités de prévention** mises en œuvre en 2006 en Italie, pour ce qui est de celles destinées aux étudiants des écoles secondaires supérieures (NdT: niveau lycée) (donnée ESPAD, étude conduite dans 573 établissements scolaires), on relève un cadre hétérogène: alors que 21,2% des établissements du Sud et des Iles

n'avaient mis en place aucun projet spécifique en la matière, ce taux descendait à 10,8% dans le Centre et à 9,6% dans le Nord.

Au niveau de la prévention destinée aux familles, on relève (données provenant des questionnaires de type QCM de l'Observatoire Européen sur les drogues et les toxicomanies) avant tout des programmes de rencontres destinés aux familles; ceux-ci sont suivis par les programmes de formation pour les familles et par ceux basés sur l'auto-assistance/l'entraide; ces types d'activités visaient à promouvoir la fonction éducative et donc préventive du foyer en apportant la possibilité d'améliorer la communication familiale et de reconnaître de façon précoce les éventuels facteurs de risque liés à l'usage et à la consommation problématique de substances psychoactives. Les familles à problèmes ont fait l'objet d'une prévention ciblée par rapport aux situations familiales socialement ou financièrement défavorisées, aux familles présentant une forte conflictualité ou à celles ayant des problèmes de santé mentale en leur sein.

Une prévention sélective et ciblée a été réalisée en 2006 en faveur de certains groupes à risque, en particulier les groupes ethniques et immigrés, les étudiants ayant des problèmes de marginalisation scolaire et sociale, les mineurs maltraités, les personnes sans domicile fixe et les jeunes dans les milieux festifs.

Un autre niveau de prévention est destiné aux *décès par overdose* (intoxication aiguë) de drogue: les activités principalement réalisées au niveau territorial ont été celles effectuées au sein du processus de prise en charge de l'usager dans les services comme l'administration de traitements par agonistes et l'évaluation du risque individuel; il y a ensuite eu les interventions d'éducation au risque et à la capacité de réponse dans les situations d'urgence, notamment dans les unités dites à « seuil bas »; la distribution de seringues et/ou de matériel stérile, de préservatifs et de matériel d'information a été l'activité principale destinée à la prévention des *maladies infectieuses*.

Comme a été observé au cours de la période biennale précédente, en 2006 les opérations effectuées par la Gendarmerie et la Police (NdT: *Forze dell'Ordine*) ont continué à augmenter sur le territoire national (20 580): cette hausse a concerné le nombre d'interventions destinées à la lutte contre le trafic de cocaïne, les quantités interceptées mais aussi le nombre d'opérations ayant débouché sur la saisie/confiscation de plantes et de dérivés du cannabis et de l'héroïne.

En ce qui concerne les cas rapportés de détention de substances stupéfiantes, en 2006, l'activité des Préfectures a concerné **35 645 personnes signalées aux termes de l'art. 75 du DPR 309/90**, dans la plupart des cas de sexe masculin (94%), d'un âge moyen d'environ 26 ans et sans antécédents au cours des années précédentes (76%). La substance la plus fréquemment interceptée a été le cannabis (75%), suivie par la cocaïne (15%) et les opiacés (8%).

* * *

LA PREVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES

Les vaccinations

Le Plan National des Vaccins (PNV) 2005-2007 a pour objectifs de maintenir de hauts niveaux de couvertures vaccinales conformément à ce que prévoient les Plans nationaux de santé 1998-2000 et 2003-2005 mais aussi de promouvoir des interventions de vaccination appropriées en cas de maladies n'ayant pas encore atteint les niveaux de couverture optimaux.

Au cours des dernières années, l'Italie a mis en place des procédures organisationnelles appropriées pour répondre de façon rapide et adéquate à d'éventuelles épidémies, entre autre en se basant sur les récentes expériences liées au SRAS et à la Grippe aviaire. Le Centre de Contrôle des Maladies (CCM) répond également à ce besoin en ce basant sur l'exemple de ce qui a été réalisé depuis longtemps et plus récemment respectivement par les *Centers for Disease Control* américains (CDC) et européens (ECDC).

Couverture vaccinale

En 2006, les couvertures contre la Diphtérie, le Tétanos et la Poliomyélite (DT ou DT Polio) ou contre la Diphtérie, le Tétanos et la Coqueluche (DTP ou DTC) et contre l'Hépatite B (VHB) présentaient des répartitions similaires sur l'ensemble du territoire national avec des moyennes supérieures à 95%. En ce qui concerne la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), la moyenne de couverture nationale s'élevait à 88,3%; aucune région n'a atteint l'objectif de 95% fixé par le Plan National afin de venir à bout de la Rougeole et de la Rubéole Congénitale. Pour ce qui est de l'Hib (*Haemophilus Influenzae* de type B), on a assisté au cours des dernières années à une augmentation progressive de la couverture qui a atteint 95,5% en 2006.

* * *

SECURITE ALIMENTAIRE

Le précédent rapport du gouvernement italien avait largement expliqué le système des protections et des contrôles en matière de produits alimentaires ainsi que l'organisation des différents instituts travaillant à ces fins.

Le système décrit n'ayant pas subi de modifications au cours de la période de référence du présent rapport, merci de bien vouloir consulter ce qui avait alors été indiqué.

Vous trouverez ci-dessous les résultats de la surveillance et du contrôle officiel effectués sur les aliments au niveau national par les Administrations centrales et territoriales en charge de ces fonctions. Ils figurent également dans le rapport « *Surveillance et contrôle des aliments et des boissons en Italie – année 2006* » rédigé par le Ministère de la Santé.

Les activités de contrôle sont réalisées tout au long de la filière de production, de la production primaire à la transformation, au stockage, au transport et à la commercialisation jusqu'à la distribution et la consommation. Des vérifications complètes sont prévues: sur le produit par le biais d'inspections, d'échantillonnages et d'analyses de laboratoire dans le cadre du milieu de production; sur le personnel; sur l'application des programmes dont se dotent les entreprises pour déterminer les points critiques de la chaîne de production. Le Ministère de la Santé tient principalement un rôle de programmation, d'orientation et de coordination du contrôle officiel. La compétence relative à cette activité de coordination est ensuite conférée au niveau régional aux Assessorats de la Santé tandis que les fonctions de contrôle des activités de production, de commercialisation et de distribution des aliments et des boissons relèvent des Communes. Ces dernières s'acquittent de cette tâche par le biais des ASL et en particulier de leurs Services d'Hygiène des Aliments et de la Nutrition et de leurs Services Vétérinaires.

Les secteurs les plus fortement contrôlés et surveillés sont ceux de la restauration, de la transformation de la viande et des élevages ainsi que celui concernant les farines pour la production du pain et des pâtes.

En 2006, les ASL ont inspecté **509 199** unités sur l'ensemble du territoire, soit 38,6% des structures y ayant été signalées (1 316 967 unités). Elles ont relevé **53 670 infractions (10,5%)**, surtout dans le secteur de la restauration et dans la catégorie des producteurs et des emballeurs. Les irrégularités concernaient principalement l'hygiène personnelle et celle des structures. On enregistre quand même une amélioration quant à la traçabilité des produits alimentaires.

Par le biais de ses NAS (cellules anti-fraudes et santé), le Commandement des « Carabinieri » réalise un nombre comparable d'activités d'inspection pour la protection de la santé: il a en effet effectué **35 138 inspections** en 2006 et a signalé **4 189 infractions pénales**.

En 2006, les activités d'inspection ont produit une quantité énorme d'échantillons provenant de produits alimentaires (107 383). Les vérifications analytiques ont été réalisées dans des Laboratoires publics. En appliquant des méthodes accréditées d'avant-garde, ceux-ci ont pu relever la non-conformité de 3 557 échantillons, soit 3,3% du total, surtout à cause de contaminations biologiques.

SECURITE DANS LES MILIEUX DE VIE

Les accidents domestiques

Les accidents domestiques représentent un problème d'une importance majeure pour la santé publique et d'une importance sociale étant donné l'impact psychologique qu'ils ont sur la population qui considère que le domicile est le lieu sûr par excellence.

En Italie, d'après l'enquête à objectifs multiples « *Aspects de la vie quotidienne – année 2005* » conduite par l'ISTAT sur les familles italiennes, les **accidents domestiques** ont touché **761 000 personnes** au cours des trois mois ayant précédé l'enquête (13,1 pour mille de la population). En se basant sur ces résultats, on peut estimer que **3 millions de personnes ont été concernées** par ce type d'accidents au cours de l'année toute entière (52 pour mille). L'évolution est globalement stable dans le temps.

L'incidence du risque est directement liée à la quantité de temps passée à la maison. Les **femmes** sont concernées par plus de 70% des accidents et présentent un taux d'accidents domestiques de 18,2 pour mille (les hommes ont un taux d'accidents de 7,7 pour mille). Chez les **jeunes de moins de 14 ans**, la prévalence d'accidents est plus forte chez les garçons mais plus l'âge avance, plus ce sont les filles qui sont touchées par les accidents domestiques. Les **enfants** les plus petits représentent une catégorie à haut risque: 13,5 pour mille des accidents concernent des enfants de moins de 6 ans. Les personnes âgées, en particulier au-delà de 80 ans, présentent un taux d'accidents de 33 pour mille.

Les tâches domestiques et la présence presque constante au domicile expose les femmes, et en particulier les femmes au foyer, aux risques potentiels d'accidents domestiques.

Chez les hommes, on observe des événements aux conséquences en moyenne moins graves et en tout cas moins communs, surtout causés par les produits et les outils utilisés pour le « bricolage ». Chez les enfants, les accidents les plus graves sont représentés par les asphyxies suite à l'ingestion de corps étrangers ou à l'inhalation de substances toxiques et par les brûlures.

Chez les personnes âgées, les accidents les plus fréquents sont les chutes qui sont causées par la fragilité et la lenteur des réflexes, des caractéristiques typiquement attribuables à l'âge. Elles sont particulièrement redoutées à cause de leurs conséquences invalidantes possibles et de l'éventuelle perte d'autonomie en découlant.

En ce qui concerne la répartition territoriale, le Sud est le contexte géographique présentant le plus grand nombre d'accidents domestiques. Voici les taux d'accidents des différentes zones géographiques:

- Nord-ouest: 10,0 pour mille
- Nord-est: 12,0 pour mille
- Centre: 15,6 pour mille
- Sud: 16,2 pour mille
- Iles: 11,4 pour mille

C'est pour cette raison que le **PSN 2006-2008** a défini plusieurs objectifs à atteindre, comme la réduction de l'incidence des lésions ou des invalidités dues à des accidents domestiques, la défense du consommateur mais aussi l'encouragement de la production et de la consommation de matériels/produits sains pour la santé et l'environnement; la promotion de la santé à travers l'amélioration des connaissances sur les facteurs de risque domestique et sur les mesures de prévention efficaces en informant la population sur les comportements et les modes de vie sains. Pour la mise en œuvre de cette stratégie, le Plan a prévu la possibilité de fournir des recommandations, des lignes directrices et des mesures normatives. C'est à cette fin qu'ont été publiées en **mai 2007** les « *Lignes directrices pour la prévention des chutes des personnes âgées dues à des accidents domestiques* » qui ont été définies par l'Institut Supérieur de la Santé et qui sont consultables sur le site du Ministère de la Santé (www.ministerosalute.it) dans la partie « Sécurité dans les milieux de vie ».

La **Plan National de la Prévention 2005-2007** a inséré parmi ses objectifs prioritaires la réduction de la mortalité et des handicaps provoqués par les accidents domestiques. Conformément aux prévisions du Plan National, l'Accord de la Conférence Permanente sur les rapports entre l'Etat, les Régions et les Provinces Autonomes de Trente et de Bolzano du 23 mars 2005 a édicté à l'art. 4, lettre e), que les Régions adoptent des Projets Régionaux pour la prévention des accidents domestiques; ceux-ci sont ensuite évalués par le Centre national de prévention et de contrôle des maladies (CCM) du Ministère de la Santé. Conformément à l'accord Etat-Régions, le CCM a élaboré des **lignes opérationnelles** (consultables sur le site du Ministère de la Santé) pour soutenir la planification régionale. Ces lignes partent de l'analyse du contexte épidémiologique relevé en utilisant plusieurs sources de données au niveau national.

La loi n° 439/99 confère la compétence de la surveillance du phénomène à une structure de l'Institut Supérieur de la Santé.

SECURITE ROUTIERE

Parmi tous les moyens de transport, celui sur route est de loin le plus dangereux et c'est celui qui coûte le plus de vies humaines. C'est pour cette raison que le programme d'action européen pour la sécurité routière 2003-2010 auquel l'Italie a adhéré a prévu une série de mesures comme le renforcement des contrôles routiers, une large utilisation des nouvelles technologies pour la sécurité, l'amélioration des infrastructures routières et des actions visant à améliorer le comportement des usagers. Son objectif final, c'est de réduire d'au moins 50% le taux de décès d'ici 2010.

Selon l'ISTAT, en Italie, en **2006**, presque 100 personnes par million d'habitants sont mortes suite à un accident de la route.

En Italie, chaque jour, une moyenne de **652 accidents de la route** se produisent et provoquent la mort de 16 personnes et en blessent 912 autres. Au cours de la période 2000-2006, les accidents ont diminué et sont passés de 256 546 à 238 124, les décès de 7 061 à 5 669 et les blessés de 360 013 à 332 955. Durant la période susmentionnée, on a ainsi enregistré une diminution de 7,2% du nombre d'accidents, de 7,5% de celui de blessés et de 19,7% de celui de morts. On a par ailleurs assisté à une réduction de la gravité des accidents: on est en effet passé de 2,8 morts tous les 100 accidents à 2,4.

A partir du second semestre 2007, suite à l'entrée en vigueur de la loi n° 160 du 2 octobre 2007, « *Conversion en loi, avec des modifications, du décret-loi n° 117 du 3 août 2007 portant des dispositions urgentes modifiant le code de la route pour augmenter les niveaux de sécurité de la circulation* », et du renforcement des contrôles, on a relevé une nouvelle baisse significative du nombre de décès (516 de moins, soit 17,1%) et de blessés (plus de 13 500 de moins, soit 7,9%).

Cette loi a en effet introduit des nouveautés importantes, comme: le passage de 500 à 2 000 euros pour l'amende en cas de dépassement de plus de 60 Km/h de la limitation de vitesse; jusqu'à un an de détention, en plus d'une amende allant de 2 257 euros à 9 032 euros en cas de conduite sans permis, avec un permis révoqué ou expiré; l'introduction d'une échelle de sanctions en fonction du niveau d'alcool relevé dans le sang prévoyant dans les cas les plus graves une amende de 1 500 à 6 000 euros, jusqu'à 6 mois de détention et la suspension du permis pendant un à deux ans et, en cas d'accident, le doublement de la peine; l'amende de 1 000 à 4 000 euros, jusqu'à 3 mois de détention, jusqu'à un an de suspension du permis pour les personnes conduisant sous l'effet de substances stupéfiantes ou psychotropes; l'affichage de tableaux décrivant les symptômes liés à la consommation d'alcool dans les établissements proposant des spectacles ou d'autres formes de divertissement; l'interdiction de dépasser 80 Km/h sur les routes interurbaines pour les jeunes conducteurs à partir de février 2008.

POLLUTION ATMOSPHERIQUE

On entend par l'expression « pollution atmosphérique » la condition atmosphérique résultant des émissions des gaz d'échappement des véhicules, des centrales électriques, des usines, des usines d'incinération et de la combustion domestique des combustibles fossiles dans les zones urbaines et industrielles. La pollution atmosphérique est définie par le droit italien comme « toute modification de la composition normale ou de l'état physique de l'air atmosphérique due à la présence dans cet air d'une ou plusieurs substances présentant des qualités et des caractéristiques telles qu'elles: altèrent les conditions environnementales normales et la salubrité de l'air; constituent un danger, c'est-à-dire un préjudice direct ou indirect pour la santé de l'homme; compromettent les

activités récréatives et les autres usages légitimes du milieu environnant; altèrent les ressources biologiques et les biens matériels publics et privés ».

C'est avec le D.M. n° 60 du 2 avril 2002 qu'ont été transposées dans le droit italien les directives 99/30/CE et 00/69/CE concernant les valeurs limites de dioxyde d'azote, d'oxyde d'azote, de PM10, de plomb, de benzène et de monoxyde de carbone dans l'air ambiant.

Veillez trouver ci-dessous les principaux actes législatifs promulgués durant la période examinée par le présent rapport:

- **Décret Législatif n° 59 du 18 février 2005.** Application intégrale de la Directive 96/61/CE concernant la prévention et la réduction intégrées de la pollution;
- **Décret Législatif n° 66 du 21 mars 2005.** Application de la Directive 2003/17/CE concernant la qualité de l'essence et des carburants diesel;
- **Décret Législatif n° 133 du 11 mai 2005.** Application de la Directive communautaire 2000/76/CE concernant l'incinération des déchets;
- **D.M. du 21 septembre 2005.** Transposition de la Directive 2005/13/CE concernant les émissions de gaz polluants et de particules polluantes provenant des moteurs de véhicules agricoles ou forestiers;
- **Décret du Ministère des Transports du 2 mars 2006.** Transposition de la Directive 2004/26/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 avril 2004 modifiant la Directive 97/68/CE du Parlement européen et du Conseil concernant les mesures à adopter contre l'émission de gaz et de particules polluantes provenant des moteurs à combustion interne destinés aux engins mobiles non routiers;
- **Décret Législatif n° 161 du 27 mars 2006.** Application de la Directive 2004/42/CE relative à la réduction des émissions de composés organiques volatils dues à l'utilisation de solvants dans certains vernis et peintures et dans les produits de retouche de véhicules;
- **Décret Législatif n° 152 du 3 avril 2006.** Normes en matière de protection de l'air et de réduction des émissions atmosphériques;
- **Décret Législatif n° 216 du 4 avril 2006.** Application des Directives 2003/87/CE et 2004/101/CE concernant l'échange de quotas d'émission de gaz à effet de serre dans la Communauté;
- **Décret du Ministère des Transports du 29 janvier 2007.** Transposition de la Directive 2005/55/CE du Parlement européen et du Conseil du 28/07/2005 concernant les émissions de gaz polluants et de particules polluantes par les moteurs des véhicules;
- **Décret Législatif n° 152 du 3 août 2007.** Transposition des Directives 2005/78/CE et 2006/51/CE concernant les émissions de gaz polluants produits par des moteurs.

BRUIT

Le Décret Législatif n° 195 du 10/04/2006 a transposé la Directive 2003/10/CE du Parlement européen et du Conseil concernant l'exposition des travailleurs aux risques dus aux agents physiques (bruit). Ce texte a par ailleurs été intégralement transposé dans le Titre VIII, «*Agents physiques*», Chapitre II, du Décret Législatif n° 81 du 09/04/2008 (Texte Unique sur la santé et la sécurité sur les lieux de travail).

Pour ce qui est en revanche du bruit ambiant, la législation n'a pas subi de variations.

POLLUTION DU SOL ET DU SOUS-SOL

Les années 90 du siècle dernier ont fait enregistrer une augmentation du nombre de normes environnementales étant donné l'intérêt croissant porté aux thèmes de la protection de l'environnement, que ce soit au niveau national ou communautaire, ce qui a marqué le début d'une nouvelle politique empreinte de prévention des effets négatifs.

En ce qui concerne la législation en matière de sol et de sous-sol, il convient de signaler qu'il y a eu en 1997 promulgation du Décret Législatif n° 22 concernant l'application des directives 91/156/CEE sur les déchets dangereux et 94/62/CE sur les emballages et les déchets d'emballage. Le Ministère de l'Environnement a ensuite promulgué le D.M. 471/99, «*Règlement portant critères, procédures et modalités pour la mise en sûreté, l'assainissement et la réhabilitation environnementale des sites pollués, conformément à l'art. 17 du Décret Législatif n° 22 du 5 février 1997 et à ses modifications et compléments ultérieurs*».

Au cours de la période examinée par le présent rapport, il convient de citer le Décret Législatif n° 133/2005 d'application de la Directive 2000/76/CE concernant l'incinération des déchets et le Décret Législatif n° 152 du 3 avril 2006 et ses modifications ultérieures concernant les «*Normes en matière d'environnement*».

PROTECTION DE LA QUALITE DES EAUX

La protection et l'amélioration de l'état général des ressources hydriques sont dotées de multiples instruments législatifs de contrôle, de planification et de gestion requérant des interventions intégrées à différents niveaux.

Au niveau national, l'instrument de planification fondamental pour la définition des stratégies d'action en matière d'eaux souterraines, superficielles et marines, c'est le Plan de Protection des Eaux (PTA) qui est élaboré par les Régions. L'approbation de ce document, la première caractérisation des bassins hydrographiques et la classification de l'état environnemental des masses d'eau superficielles et souterraines permettent

d'avoir une connaissance actualisée de l'état des ressources mais aussi de définir le programme de vérification de l'efficacité des mesures appliquées.

En 2007, la situation nationale des Plans de Protection est constituée de six plans adoptés (Ligurie, Vénétie, Latium, Campanie, Pouilles, Province Autonome de Bolzano) et de sept plans approuvés (Val d'Aoste, Piémont, Lombardie, Emilie-Romagne, Toscane, Sardaigne, Province Autonome de Trente).

Parmi les instruments de planification et de gestion pour la protection de la ressource hydrique, la législation prévoit que les Régions présentent les Programmes de mesures pour les masses d'eau destinées à fournir l'eau potable afin de pouvoir disposer d'eaux superficielles d'une qualité croissante. En vue de leur utilisation ou de leur destination à la production d'eau potable, les eaux superficielles sont classées comme suit par les Régions en fonction de leurs caractéristiques physiques, chimiques et biologiques prévues par la législation: A1 (eaux nécessitant un traitement physique simple et de désinfection); A2 (eaux nécessitant un traitement physique et chimique normal et de désinfection); A3 (eaux nécessitant un traitement physique et chimique poussé, d'affinage et de désinfection); sub A3 (eaux présentant des paramètres dépassant les limites autorisées auxquelles les Régions peuvent cependant se soustraire en cas d'inondations, de catastrophes naturelles, de circonstances météorologiques exceptionnelles ou de conditions géographiques particulières). Le suivi 2002-2004 des 494 masses d'eau superficielles utilisées pour fournir l'eau potable a établi qu'il y avait 81 masses d'eau classées A1, 265 A2, 113 A3 et 35 sub A3. Le suivi **2005-2007** a quant à lui enregistré une augmentation des masses d'eau classées sub A3. 7 Régions ont présenté des programmes d'amélioration: la Lombardie, la Vénétie, le Frioul-Vénétie Julienne, l'Emilie-Romagne, la Toscane, le Latium et la Sardaigne (110 programmes concernant 78 masses d'eau).

AMIANTE

La directive n° 2003/18/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques d'exposition à l'amiante pendant leur activité professionnelle a été transposée en Italie par le décret législatif n° 257 du 25 juillet 2006. Les prévisions correspondantes sont désormais contenues dans le Chapitre III du Titre IX (« Substances dangereuses ») du décret législatif n° 81 du 9 avril 2008, c'est-à-dire le « texte unique » en matière de santé et de sécurité au travail.

ARTICLE 12

Droit à la sécurité sociale

§. 1

Comme a été expliqué dans les précédents rapports sur le présent article, l'Italie a fait preuve d'un engagement constant pour maintenir les standards de sécurité sociale. Même s'il n'y a pas eu de modifications législatives à ce sujet au cours de la période concernée par le présent rapport, voici des explications au sujet des mesures adoptées en matière de protection sociale.

Les prestations sociales de **maternité** sont réglementées par le **décret législatif n° 151 du 26/03/2001**, Texte Unique des dispositions légales en matière de protection et de soutien de la maternité et de la paternité. A compter du 07/11/2007, la protection légale et sociale a été étendue aux travailleuses inscrites au fonds de gestion séparé (travailleuses sur projet, *associate in partecipazione*/NdT: associées en participation, etc....) à condition que celles-ci répondent à certains critères de cotisations, qu'elles ne soient pas inscrites à d'autres formes de fonds de prévoyance et qu'elles ne soient pas titulaires de pension(s). Ces travailleuses ont donc droit au congé de maternité postnatal (*congedo di maternità*) et à celui prénatal (*astensione anticipata dal lavoro*) qui n'étaient auparavant prévus que pour les travailleuses salariées. Il convient de signaler que la prestation économique correspondante est payée par l'INPS, l'Institut National de la Prévoyance Sociale (pour les travailleuses salariées, elle est anticipée par l'employeur) et qu'elle s'élève à 80% de la rémunération journalière moyenne ou des revenus en cas de travail indépendant. Les conventions collectives de travail nationales garantissent en général l'intégralité de la rémunération en faisant payer la différence à l'employeur. L'indemnité est versée aux travailleuses durant toute la période du congé de maternité ou également en cas d'interruptions de grossesse à partir du 180° jour de grossesse.

En ce qui concerne le congé parental, l'article 1, alinéa 788, de la loi 296/06 (*loi de finances 2007*) prévoit qu'à partir du 1^{er} janvier 2007, les travailleurs et les travailleuses inscrits au Fonds de gestion séparé (travailleuses sur projet et collaboratrices coordonnées et continues) n'étant ni titulaires d'une pension ni inscrit(e)s à d'autres formes de fonds de prévoyance obligatoire puissent en bénéficier pour une période de 3 mois durant la première année de vie de l'enfant. L'indemnité pour le congé parental s'élevant à 30% du salaire ou de la rémunération revient pour une période maximale (entre les deux parents) de six mois avant le troisième anniversaire de l'enfant (en cas d'adoption ou de placement, dans trois ans à faire date de l'arrivée au sein du foyer. En cas de dépassement de ces six mois et dans tous les cas à partir du troisième anniversaire de l'enfant et jusqu'à ses huit ans, l'indemnité est versée à condition que le revenu individuel du parent demandeur ne dépasse pas un montant équivalant à deux fois et

de mi celui de la pension minimale en vigueur à cette date (ce plafond était de 13 650,65 € en 2005; 13 896,35 € en 2006 et 14 174,55 € en 2007).

La loi de finances pour l'année 2008 (loi n° 244 du 24 décembre 2007) a fait passer à cinq mois le congé de maternité/paternité pour les parents adoptifs tout en supprimant toute limite concernant l'âge de l'enfant adopté/placé.

Des formes de protection sont également prévues pour les mères de nationalité italienne, communautaire ou extracommunautaires disposant du permis de séjour de longue durée (ex carte de séjour).

❖ **L'allocation de l'Etat** est prévue pour les mères:

1. ayant un rapport de travail en cours ainsi que quelque ce soit forme de protection pour la maternité et ayant cotisé pendant **au moins 3 mois** au cours de la période comprise **entre 18 et 9 mois avant** la naissance de l'enfant (ou de son entrée dans le foyer en cas d'adoption ou de placement);
2. ayant quitté volontairement leur emploi au cours de la grossesse et ayant cotisé **au moins 3 mois** au cours de la période comprise **entre 18 et 9 mois avant** la naissance de l'enfant (ou de son entrée dans le foyer en cas d'adoption ou de placement);
3. ayant eu droit précédemment à une prestation de l'INPS (par exemple en cas de maladie ou de chômage) dont découle qu'elle a travaillée au moins trois mois, à condition que le laps de temps ne soit pas trop étendu (la longueur de celui-ci dépend des cas mais en tout cas elle ne pourra dépasser neuf mois).

❖ **L'allocation des Communes** est accordée aux mères dont les revenus familiaux ne dépassent pas le plafond prévu par l'ISE (NdT: indicateur social économique) (pour 2006, il était de 30 158,78 € pour un foyer composé de trois membres). La demande doit être présentée à la commune de résidence.

Les demandes pour chacune de ces deux prestations (qui ne sont pas cumulables entre elles) doivent être réalisées dans 6 mois à faire date de la naissance de l'enfant ou de son entrée dans le foyer en cas d'adoption ou de placement en vue de l'adoption.

L'article 1 susnommé, alinéa 788, de la loi n° 296/2006 (*loi de finances 2007*) a introduit une **indemnité journalière de maladie extraordinaire** en faveur des travailleurs sur projet et des catégories assimilées à partir du 1^{er} janvier 2007. A la charge de l'INPS, cette indemnité journalière de maladie est versée pour un nombre maximum de jours égal à un sixième de la durée totale du rapport de travail et dans tous les cas pour une durée minimale de vingt jours du calendrier solaire. Les cas de maladie d'une durée inférieure à quatre journées ne rentrent pas dans le calcul de cette indemnité. Cette prestation est régie par les critères de cotisations et de revenus prévus pour le versement de l'indemnité aux travailleurs inscrits au fonds de gestion séparé en cas d'hospitalisation. Elle s'élève à 50% du montant qui est versé à titre d'indemnités pour l'hospitalisation et

qui est prévu par la réglementation en vigueur pour cette catégorie de travailleurs. Le droit à cette prestation se fonde sur la satisfaction des critères en matière de cotisations et de revenus pour la protection maladie en cas de séjour à l'hôpital et il s'applique aux mêmes personnes. L'indemnité maladie est donc attribuée si:

- au moins trois mois de cotisations ont été accrédités (même en plusieurs fois) au Fonds de Gestion séparé (voir ci-dessus) au cours des 12 mois ayant précédé l'évènement;
- au cours de l'année solaire ayant précédé celle où a eu lieu l'évènement, les revenus personnels assujettis aux cotisations du fonds de gestion séparé n'ont pas dépassé 70% du plafond de la Sécurité sociale (*massimale contributivo*) approuvé pour l'année en question et visé à l'art. 2, alinéa 18, de la loi n° 35 du 08/08/1995 (« Réforme du système obligatoire et complémentaire des retraites et pensions »).

En ce qui concerne le critère de cotisations, l'art. 1, alinéa 770, de la loi 296/2006 susmentionnée prévoyait, à compter du 1^{er} janvier 2007, un taux de cotisation retraites et pensions de 23% pour les personnes inscrites au Fonds de gestion séparé et n'étant pas assurées auprès d'autre formes de fonds de prévoyance obligatoire. Pour l'année 2007, le taux de cotisation total (incluant la cotisation de 0,50% instituée par l'art. 59 de la loi 449/97 et ses modifications successives aux fins de l'affectation de l'indemnité maladie, de l'allocation pour le foyer et des indemnités maladie en cas d'hospitalisation) s'élevait à 23,50%. En 2007, la cotisation mensuelle servant à la vérification du critère requis s'obtenait en appliquant le taux de 23,50% sur le revenu minimum légal (art. 1, alinéa 3, loi 233/90, « Réforme des pensions des travailleurs indépendants ») qui s'élevait en 2007 à 13 598 €.

La loi n° 80 du 14 mai 2005 a prorogé la durée de l'**indemnité de chômage ordinaire aux conditions normales** prévue pour les **allocations de chômage** en cours de paiement du 1^{er} avril 2005 au 31 décembre 2006. La loi de finances 2007 a ensuite également prorogé les indemnités de chômage en cours de paiement à compter du 1^{er} janvier 2007. La loi de finances pour l'année 2007 a par ailleurs prévu:

- la prorogation jusqu'au 31/12/2007 des mesures d'incitation à l'**inscription sur les listes de mobilité (uniquement dans l'optique des bénéficiaires en matière de cotisations)** des travailleurs licenciés pour une raison objective et justifiée;
- le refinancement pour l'année 2007 des aides à la **réduction des heures de travail pour les entreprises n'étant pas assujetties à la réglementation des contrats de solidarité**;
- la prorogation jusqu'au 31/12/2007 de l'attribution d'allocations de la *cassa integrazione guadagni straordinaria* – **Cigs** (NdT: forme de chômage technique), de **mobilité** (NdT: indemnité de disponibilité) et de **chômage spécial** (NdT: pour les secteurs du bâtiment et de l'agriculture) en cas de programmes destinés à la gestion de crises de l'emploi ou de cas particuliers de réintégration de travailleurs;

- la prorogation en l'année 2007 des allocations de **Cigs et de mobilité** aux salariés des entreprises exerçant des activités commerciales, des agences de voyages et d'opérateurs touristiques ayant plus de 50 salariés ainsi que des entreprises de surveillance comptant plus de 15 salariés.

Les précédents rapports du gouvernement italien avaient illustré les prestations prévues par la législation nationale en matière de sécurité sociale. Celles-ci sont toujours en vigueur. A toutes fins utiles, on fournit une liste des prestations et de montants respectifs correspondant la période examinée par le présent rapport.

Les prestations de soutien des revenus

Indemnité de chômage ordinaire

Il s'agit d'une indemnité attribuée aux travailleurs assurés contre le chômage involontaire en cas de licenciement. Elle est accordée lorsqu'une démission a été due à une juste cause (non paiement de la rémunération, harcèlement sexuel, modification du poste, harcèlement moral ou *mobbing*). Depuis le 17 mars 2005, elle est aussi versée aux travailleurs suspendus de leurs fonctions par des entreprises frappées par des événements temporaires n'ayant été causés ni par les travailleurs ni par les employeurs. La nouvelle législation (voir ci-dessus), en vigueur du 01/04/2005 au 31/12/2006 qui a ensuite été prorogée jusque fin 2007, étend la durée de l'allocation chômage (de 6 à 7 mois pour les travailleurs au dessous de 50 ans et de 9 à 10 mois pour ceux âgés de 50 ans et plus) avec un régime dégressif des taux (50% de la rémunération au cours des 6 premiers mois, 40% durant les 3 mois suivants, 30% le dixième mois). A compter du 1^{er} janvier 2008, la période d'indemnisation maximale est passée à 8 mois pour les travailleurs âgés de moins de 50 ans (aux registres de l'Etat Civil) et à 12 mois pour les travailleurs âgés de 50 ans et plus. C'est l'âge à la date de début du chômage indemnisable qui est pris en compte pour ce dernier critère. Au 1^{er} janvier 2008, l'indemnité versée correspond à 60% de la rémunération brute moyenne annuelle dans les six premier mois, à 50% dans les deux mois suivants et à 40% pour les mois restants. L'indemnité versée aux travailleurs suspendus de leurs fonctions correspond à 50% de leur rémunération.

MONTANTS MAXIMUMS DE L'INDEMNITE DE CHOMAGE

Année 2005 819,62 € – 985,10 € (si la rémunération mensuelle est supérieure à 1773,19 €)

Année 2006 830,77 € – 998,50 € (si la rémunération mensuelle est supérieure à 1797,31 €)

Année 2007 844,06 € – 1014,48 € (si la rémunération mensuelle est supérieure à 1826,07 €).

L'indemnité de chômage est assujettie au prélèvement Irpef (NdT: impôt sur le revenu des personnes physiques) à la source.

Pour répondre à la question du Comité européen des droits sociaux contenue dans les Conclusions 2007 afin de connaître les « montants minimums » de l'indemnité de chômage, il convient de signaler que la législation italienne ne contient aucune indication quant à ses montants minimums alors qu'elle définit ses montants maximums.

Chômage sans satisfaction totale des critères ordinaires (Disoccupazione con requisiti ridotti)

Cette indemnité est versée aux travailleurs n'étant pas en mesure de faire valoir 52 semaines de cotisations au cours des deux dernières années mais qui:

- ont travaillé au moins 78 journées pendant l'année précédente, y compris les jours fériés et les journées d'absence indemnisées (maladie, maternité, etc....);
- s'avèrent assurés depuis au moins deux ans et sont en mesure de faire valoir au moins une semaine de cotisation avant les deux années ayant précédé la demande.

La règle, est qu'elle soit attribuée dans un nombre de jours égal à celui effectivement travaillé dans l'année précédente, sans jamais dépasser 180 journées.

Son montant s'élève à 35% de la rémunération journalière moyenne dans les 120 premiers jours et à 40% de celle-ci pour les jours suivants. Le plafond de son montant mensuel brut s'élevait en 2007 à 844,06 €, une somme qui passait à 1 014,48 € pour les travailleurs pouvant faire valoir une rémunération brute mensuelle supérieure à 1 826,07 €.

L'indemnité de chômage sans satisfaction totale des critères ordinaires est elle aussi soumise au prélèvement Irpef à la source.

Cassa integrazione guadagni (NdT: forme de chômage technique)

Il s'agit d'une prestation complétant ou remplaçant la rémunération des travailleurs dont les heures de travail ont été réduites ou supprimées au sein d'entreprises traversant des difficultés de production momentanées.

Cet instrument permet aux entreprises qui attendent de reprendre leur activité normale de production d'être soulagées des coûts de la main d'oeuvre non utilisée et ainsi d'éviter d'avoir à licencier.

Il existe sous une forme **ordinaire (CIG)** et une autre **extraordinaire (CIGS)**.

Cette prestation est ordinaire lorsque la crise de l'entreprise est due à des **événements temporaires** (manque de commandes de travail, événements météorologiques, etc....) et que la reprise de l'activité de production est certaine.

Elle est extraordinaire si l'entreprise doit faire face à des processus de **restructuration** (changement de technologies), de **réorganisation** (changement dans l'organisation de l'entreprise), de **reconversion** (changement de l'activité) ou de **crise de l'entreprise**. La demande d'intervention extraordinaire peut également être réalisée suite à une **faillite**, un **concordat préventif**, une **liquidation forcée** (*liquidazione coatta amministrativa*) ou une **administration extraordinaire**. Elle est accordée pour une période de temps plus longue que celle ordinaire étant donnée la gravité des événements la justifiant.

La *cassa integrazione guadagni* est financée par le biais d'une cotisation fixe à la charge de l'employeur. Pour financer les cas d'interventions extraordinaires, l'intervention de l'Etat est également prévue.

Les employeurs recourant à ces formes de chômage technique, qu'elles soient ordinaires ou extraordinaires, devront s'acquitter d'une cotisation supplémentaire calculée en pourcentage par rapport au montant versé. Cette cotisation supplémentaire ne peut être requise lorsque les causes ayant entraîné le recours à la CIG sont considérées comme « objectivement inévitables ».

CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI ORDINARIA – CIG (NdT: chômage technique ordinaire)

Le chômage technique et son complément salarial sont attribuables aux travailleurs appartenant à certaines catégories: ouvriers (quelles que soient leurs qualifications), intermédiaires, employés, cadres, membres de coopératives de production et de travail, travailleurs en CDI salariés de coopératives agricoles assujetties à la *Cassa integrazione* (NdT: Caisse du chômage technique), travailleurs embauchés avec des avantages au niveau des cotisations (contrat d'insertion, chômeurs de longue durée, travailleurs provenant des listes de mobilité, etc...).

Les travailleurs doivent dépendre d'entreprises oeuvrant dans les secteurs suivants: industrie; coopératives de production et de travail exerçant une activité industrielle; bois, forêts et tabac; etc... Les entreprises du secteur de la construction et de la pierre font l'objet de dispositions particulières étant donnée la particularité des rapports de travail y étant établis.

La CIG ordinaire est versée durant une période continue d'un maximum de 3 mois pour chaque unité de production. Dans certains cas exceptionnels, cette durée peut être allongée jusqu'à un maximum de 12 mois. Si une entreprise bénéficie de cette prestation

à plusieurs reprises non consécutives, la période maximum de jouissance de cette prestation est de 52 semaines tous les deux ans.

CASSA INTEGRAZIONE GUADAGNI STRAORDINARIA – CIGS (NdT: chômage technique extraordinaire)

Cette prestation est attribuable aux ouvriers, employés et cadres des entreprises industrielles (y compris le bâtiment), des entreprises fournissant des services de restauration et des services de nettoyage (ces entreprises doivent avoir eu plus de 15 salariés au cours du semestre ayant précédé la présentation de la demande); aux entreprises commerciales, d'expédition et de transport, aux agences de voyage et de tourisme employant plus de 50 salariés (sans compter les apprentis et les personnes embauchées avec un contrat de formation); aux entreprises de surveillance de plus de 15 salariés; aux entreprises de transport aérien.

Sauf prorogations éventuelles, elle peut être accordée pour une durée maximale de 12 à 24 mois en fonction de la cause ayant déterminé l'intervention. La durée de ce chômage technique extraordinaire ne peut que dépasser 36 mois tous les cinq ans, ces 36 mois incluant les périodes de CIG ordinaire en cas de situations temporaires de marché.

Le versement de cette prestation de complément salarial aux salariés ayant droit est réalisé par l'employeur à la fin de chaque mois, sauf en cas de remboursement de compléments de dividende des cotisations dues à l'INPS. Si l'entreprise fait faillite ou qu'elle se trouve dans l'impossibilité de payer pour des raisons d'ordre financier, le paiement est alors directement réalisé par l'INPS.

Que ce soit pour le chômage technique ordinaire ou pour celui extraordinaire (CGI et CGIS), la prestation versée s'élève à 80% de la rémunération totale qui aurait dû revenir au travailleur pour les heures de travail non réalisées, jusqu'à un maximum de 40 heures par semaine.

Le montant à verser présente une limite mensuelle qui est réévaluée chaque année en se basant sur les variations de l'indice des prix à la consommation relevées par l'Istat.

Voici ci-dessous les montants des plafonds pour les années 2005 et 2006.

1^{er} Plafond (rémunérations jusqu'à 1 797,31 €)

indemnité mensuelle brute: Année 2005 - 819,62 € Année 2006 - 830,77 €

indemnité mensuelle nette: Année 2005 - 774,21 € Année 2006 - 784,75 €

2^{ème} Plafond (rémunérations supérieures 1 797,31 €)

indemnité mensuelle brute: Année 2005 - 985,10 € Année 2006 - 998,50 €

indemnité mensuelle nette: Année 2005 - 930,03 € Année 2006 - 943,18 €

Assegno per il nucleo familiare (NdT: allocation pour le foyer)

Il s'agit d'une prestation qui a été instituée afin d'aider les familles des travailleurs salariés et des titulaires de pensions engendrées par un emploi salarié dont les foyers sont composés de plusieurs membres et dont les revenus sont inférieurs à des limites établies chaque année par la loi. L'attribution de cette allocation diffère en fonction du nombre de membres au sein du noyau familial et des revenus du foyer.

Ses bénéficiaires peuvent être: des travailleurs salariés, des chômeurs, des travailleurs en mobilité, ceux aux chômage technique (les *cassaintegrati*), des membres de coopératives, des titulaires de pension(s) ainsi que des travailleurs parasubordonnés inscrits au Fonds de gestion séparé. Les travailleurs indépendants de l'agriculture et les retraités étant d'anciens travailleurs indépendants n'en font donc pas partie mais ils peuvent demander les « allocations familiales » (*assegno familiare*).

En plus du demandeur, le noyau familial peut être composé: du conjoint dont il/elle n'est pas séparé(e), de ses enfants mineurs (légitimes, légitimés, adoptifs, affiliés, naturels, légalement reconnus ou déclarés par la justice, nés d'un précédent mariage de l'autre conjoint ou placés sous sa garde aux termes de la loi) ou majeurs mais présentant une incapacité permanente au travail, ses petits-enfants âgés de moins de 18 ans étant à la charge d'un de leurs ascendants directs (grand-père ou grand-mère) et se trouvant dans le besoin.

Cette allocation est accordée à condition qu'au moins 70% des revenus proviennent du travail salarié ou de prestation(s) due(s) au titre du travail salarié (pension, indemnité de chômage, indemnité de maternité, indemnité de maladie, etc...).

D'après ce qu'indique le « *Rapport de suivi des politiques de l'emploi et du travail* » qui a été publié en 2008 par le Ministère du Travail, de la santé et des politiques sociales, en 2006, les dépenses pour les politiques de soutien des revenus font ressortir une légère hausse par rapport à l'année précédente (+1,5%) tandis qu'on enregistrait en 2005 une augmentation plus marquée par rapport à 2004 (+13%). La dynamique de ces dépenses est due à un ensemble de facteurs: l'évolution du contexte avec en particulier la plus forte diffusion du travail en CDD et, de ce fait, l'augmentation du nombre d'ayants droit à des protections ainsi que le cours de la demande de prestations liée aux restructurations d'entreprises. L'indemnité de chômage non agricole (plus de 2,8 milliards d'euros), celle de chômage ne satisfaisant pas pleinement tous les critères « ordinaires » (*con requisiti ridotti*) (1,7 milliard d'euros) et l'indemnité de mobilité (1,6 milliard d'euros) constituent les mesures les plus lourdes puisqu'elles représentent 61% du total des dépenses (cf. Tableau 1). Si on étudie le cours des dépenses au fil du temps, on relève une forte augmentation de l'indemnité ordinaire à partir de 2005, suite à l'introduction du décret-loi 35 qui a été converti dans la loi n° 80/2005 (voir un peu plus haut).

Tab. 1 Dépenses pour les politiques passives – années 2001-2006 (en milliers d'euros courants)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cassa integrazione Guadagni ordinaria	461.340	531.863	593.170	740.400	791.100	651.040
Cassa integrazione Guadagni Straordinaria	466.798	400.277	528.274	676.600	710.000	930.800
Cassa integrazione per i lavoratori agricoli (CISOA)	6.108	6.282	7.778	10.700	16.100	16.600
Contratti di solidarietà difensivi	10.171	2.426	1.059	462	504	8.039
Indennità di mobilità	1.264.227	1.380.962	1.511.968	1.599.500	1.803.800	1.595.500
Indennità di disoccupazione speciale edile	176.749	170.847	63.962	112.500	86.700	51.400
Indennità di disoccupazione non agricola ordinaria	1.133.721	1.510.351	1.309.859	1.739.300	2.268.300	2.854.100
Indennità di disoccupazione non agricola con requisiti ridotti	1.400.517	1.378.477	1.313.827	1.469.800	1.775.100	1.673.100
Indennità di disoccupazione agricola ordinaria	614.110	500.524	362.716	572.600	654.400	626.800
Indennità di disoccupazione agricola con requisiti ridotti	16.475	20.244	20.243	17.400	16.000	22.100
Indennità di disoccupazione agricola speciale (40%)	344.110	342.651	361.649	372.500	386.400	334.800
Indennità di disoccupazione agricola speciale (66%)	583.909	520.600	594.541	598.800	585.100	444.800
Assegni straordinari - Fondo credito ordinario	19.698	74.204	205.021	371.980	424.000	345.775
Assegni straordinari - Fondo credito cooperativo	100	1.023	2.088	4.258	4.586	4.726
Assegni straordinari - Fondo ex Monopoli di Stato	-	4.165	2.320	1.749	599	2.243
Assegni straordinari - Fondo settore assicurativo	-	-	16.717	17.867	15.783	8.805
Assegni straordinari - Fondo riscossione tributi erariali	-	-	-	-	22.080	25.907
Pensionamenti anticipati	731.910	560.220	483.363	362.978	288.652	398.432
Totale	7.229.942	7.405.116	7.378.554	8.669.394	9.849.205	9.994.967

Fonte: elaborazioni Ministero del Lavoro (Segretariato Generale – Div. V) su dati INPS

Cassa Integrazione Guadagni ordinaria (Chômage technique ordinaire)

Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (Chômage technique extraordinaire)

Cassa Integrazione per i lavoratori agricoli (CISOA / Chômage technique de la profession agricole)

Contratti di solidarietà difensivi (Accords de protection de l'emploi)

Indennità di mobilità (Indemnité de disponibilité)

Indennità di disoccupazione speciale edile (Indemnité de chômage spéciale Bâtiment)

Indennità di disoccupazione non agricola ordinaria (Indemnité de chômage non agricole ordinaire)

Indennità di disoccupazione non agricola con requisiti ridotti (Indemnité de chômage non agricole ne satisfaisant pas pleinement tous les critères ordinaires)

Indennità di disoccupazione agricola ordinaria (Indemnité de chômage agricole ordinaire)

Indennità di disoccupazione agricola con requisiti ridotti (Indemnité de chômage agricole ne satisfaisant pas pleinement tous les critères ordinaires)

Indennità di disoccupazione agricola speciale 40% (Indemnité de chômage agricole spéciale 40%)

Indennità di disoccupazione agricola speciale 66% (Indemnité de chômage agricole spéciale 66%)

Assegni straordinari – Fondo credito ordinario (Allocations exceptionnelles – Fonds de crédit ordinaire)

Assegni straordinari – Fondo credito cooperativo (Allocations exceptionnelles – Fonds de crédit coopératif)

Assegni straordinari – Fondo ex Monopoli di Stato (Allocations exceptionnelles – Fonds des anciens Monopoles d'Etat)

Assegni straordinari – Fondo settore assicurativo (Allocations exceptionnelles – Fonds du secteur de l'assurance)

Assegni straordinari – Fondo riscossione tributi erariali (Allocations exceptionnelles – Fonds de recouvrement des taxes du Trésor Public)

Pensionamenti anticipati (Préretraites)

Total

Source: élaborations du Ministère du Travail (Secrétariat Général – Div° V) à partir de données de l'INPS

Du côté des percepteurs d'allocations et d'indemnités, l'effet de la réforme du 2005 a été analogue à celui sur les dépenses: il y a eu une forte augmentation du nombre annuel moyen de bénéficiaires. Ces derniers dont la croissance avait été progressive entre 2001 et 2004 enregistrent une hausse substantielle entre 2004 et 2005 (plus de 30 000 bénéficiaires, soit 28,7% de plus), cette augmentation ralentissant ensuite entre 2005 et 2006.

Tab. 2 Bénéficiaires des politiques passives – années 2001-2006 (quantité moyenne annuelle)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Cassa integrazione Guadagni ordinaria	52.366	65.571	68.845	75.292	82.119	65.237
Cassa integrazione Guadagni Straordinaria	35.155	36.387	61.994	55.739	58.837	71.892
Indennità di mobilità	86.465	89.913	97.047	101.341	112.859	100.617
Indennità di disoccupazione speciale edile	6.032	5.334	4.521	4.136	1.433	744
Assegni straordinari - Fondo credito ordinario	870	2.303	7.869	12.615	12.048	10.330
Assegni straordinari - Fondo credito cooperativo	6	33	88	132	125	142
Assegni straordinari - Fondo ex Monopoli di Stato	-	-	713	713	552	405
Indennità di disoccupazione non agricola ordinaria	77.207	87.391	96.580	106.651	137.251	139.653
Indennità di disoccupazione non agricola con requisiti ridotti	112.079	108.198	107.746	108.058	127.964	130.037
Indennità di disoccupazione agricola ordinaria	35.343	34.888	37.726	39.113	36.684	36.528
Indennità di disoccupazione agricola con requisiti ridotti	2.106	2.088	1.998	1.866	1.938	1.998
Indennità di disoccupazione agricola speciale (40%)	53.910	53.206	53.239	54.063	51.737	49.134
Indennità di disoccupazione agricola speciale (66%)	46.250	49.426	48.211	46.821	43.587	39.802
Indennità di disoccupazione ordinaria nell'edilizia	16.380	17.169	18.029	21.988	28.885	26.308
Totale complessivo	524.170	551.907	604.606	628.529	696.020	672.828

* Calcolato sulla base della durata effettiva dei trattamenti.

Fonte: elaborazioni Ministero del Lavoro (Segretariato Generale – Div. V) su dati INPS

Cassa Integrazione Guadagni ordinaria (Chômage technique ordinaire)

Cassa Integrazione Guadagni Straordinaria (Chômage technique extraordinaire)

Indennità di mobilità (Indemnité de disponibilité)

Indennità di disoccupazione speciale edile (Indemnité de chômage spéciale du Bâtiment)

Assegni straordinari – Fondo credito ordinario (Allocations exceptionnelles – Fonds de crédit ordinaire)

Assegni straordinari – Fondo credito cooperativo (Allocations exceptionnelles – Fonds de crédit coopératif)

Assegni straordinari – Fondo ex Monopoli di Stato (Allocations exceptionnelles – Fonds des anciens Monopoles d'Etat)

Indennità di disoccupazione non agricola ordinaria (Indemnité de chômage non agricole ordinaire)

Indennità di disoccupazione non agricola con requisiti ridotti (Indemnité de chômage non agricole ne satisfaisant pas pleinement tous les critères ordinaires)

Indennità di disoccupazione agricola ordinaria (Indemnité de chômage agricole ordinaire)

Indennità di disoccupazione agricola con requisiti ridotti (Indemnité de chômage agricole ne satisfaisant pas pleinement tous les critères ordinaires)

Indennità di disoccupazione agricola speciale 40% (Indemnité de chômage agricole spéciale 40%)

Indennità di disoccupazione agricola speciale 66% (Indemnité de chômage agricole spéciale 66%)

Indennità di disoccupazione ordinaria nell'edilizia (Indemnité de chômage ordinaire du Bâtiment)

Total global

* Calculé en se basant sur la durée effective des allocations.

Source: élaborations du Ministère du Travail (Secrétariat Général – Div° V) à partir de données de l'INPS

Les pensions

Au 31 décembre 2006, le **nombre de prestations de pension (retraite et assistance)** versées s'élevait à 23,5 millions pour un **montant total** annuel de 223 629 millions d'euros et un **montant moyen** annuel de 9 511 euros (source ISTAT).

Tab. 3 – Prestations de pension et leurs montants annuels respectifs, totaux et moyens, par type de pension. Années 2005-2006

TIPOLOGIE DI PENSIONE	2005						2006					
	Numero	%	Importo complessivo		Importo medio		Numero	%	Importo complessivo		Importo medio	
			milioni di euro	%	euro	N.I.			milioni di euro	%	euro	N.I.
Ivs	18.382.820	79,0	194.071	90,3	10.557,18	114,3	18.520.067	78,8	201.765	90,2	10.894	114,5
Vecchiaia	11.399.513	49,0	146.639	68,2	12.863,61	139,2	11.667.860	49,6	154.115	68,9	13.209	138,9
Invalidità	2.077.259	8,9	13.830	6,4	6.657,71	72,1	1.946.775	8,3	13.288	5,9	6.826	71,8
Superstiti	4.906.048	21,1	33.602	15,6	6.849,10	74,1	4.905.432	20,9	34.362	15,4	7.005	73,7
Indennitarie	1.032.827	4,4	4.268	2,0	4.132,00	44,7	991.523	4,2	4.245	1,9	4.282	45,0
Assistenziali	3.841.833	16,5	16.542	7,7	4.305,87	46,6	4.001.671	17,0	17.618	7,9	4.403	46,3
Pensioni sociali	769.784	3,3	3.415	1,6	4.436,06	48,0	775.501	3,3	3.505	1,6	4.520	47,5
Invalidità civile	2.668.540	11,5	11.565	5,4	4.333,94	46,9	2.842.460	12,1	12.571	5,6	4.423	46,5
Guerra	403.509	1,7	1.562	0,7	3.871,83	41,9	383.710	1,6	1.542	0,7	4.018	42,2
Totale	23.257.480	100,0	214.881	100,0	9.239,23	100,0	23.513.261	100,0	223.629	100,0	9.511	100,0

Source: élaboration ISTAT sur des données INPS – année 2007

TYPES DE PENSION	2005						2006					
	Nombre	%	Montant total		Montant moyen		Nombre	%	Montant total		Montant moyen	
			millions d'euros	%	euros	N.I.			Millions d'euros	%	euros	N.I.
IVS												
Viellisse												
Invalidité												
Survie												
Indemnisation												

Assistance												
Pensions sociales												
Invalidité civile												
Guerre												
Total												

L'incidence des dépenses moyennes sur le PIB passe de 15,10% en 2005 à **15,16%** en **2006**.

En particulier, le taux de pensions (à savoir le rapport entre le nombre de pensions et la population résidente) est de 39,76 (39,59 en 2005) et l'indice du bénéficiaire correspondant (c'est-à-dire le rapport entre le montant moyen des pensions et le PIB par habitant) passe de 38,14% en 2005 à 38,12% en 2006. L'incidence sur le PIB des dépenses pour les pensions de vieillesse passe de 10,30% en 2005 à 10,45% en 2006; celle des dépenses pour les pensions d'invalidité civile passe de 0,81% à 0,85%. Pour tous les autres types de pension, l'incidence des dépenses sur le PIB diminue par rapport à 2005.

Si on analyse le même indicateur par secteur d'intervention, on remarque que pour les dépenses dues aux pensions de type retraite, l'incidence sur le PIB est de 13,19%, avec une augmentation de 0,10 point de pourcentage par rapport à la valeur du même indicateur calculée pour 2005. Pour ce qui est du secteur de l'assistance, cet indicateur diminue et passe de 2,01% en 2005 à 1,96% en 2006.

Au niveau des types de pension, on remarquait que le nombre de **pensions d'invalidité, de vieillesse et de réversion** s'élevait à **18,5 millions d'unités**, avec un coût total de 201 765 millions d'euros (90,2% du total) et un montant moyen annuel de 10 894 euros. Spécifiquement: 49,6% des sommes versées pour les pensions (soit 63,0% des prestations de type Invalidité-vieillesse-survie) étaient représentés par les prestations de vieillesse ou pensions

d'ancienneté, pour un total de 154 115 millions d'euros (68,9% du total) et un montant moyen annuel de 13 209 euros ; 20,9% correspondaient aux pensions de survie/veuvage (15,4% en termes de dépenses) et 8,3% étaient liés à des allocations ordinaires d'invalidité ou à des pensions d'incapacité, celles-ci absorbant 5,9% des dépenses destinées à l'ensemble des pensions (6,6% des dépenses pour les pensions de type invalidité-vieillesse-survie).

Les *pensioni assistenziali* (NdT: pour le détail des **pensions d'assistance**, voir le tableau ci-dessus) représentaient le deuxième type de prestations de pension en termes de dépenses engendrées. En **2006**, elles s'élevaient à 17 618 millions d'euros (7,9% du total) et concernaient **4,0 millions** de prestations, avec un montant moyen annuel de 4 403 euros. Parmi ces prestations, la part la plus importante par rapport au total des pensions versées revenait, aussi bien en termes de nombre de pensions que de total des dépenses

(respectivement à hauteur de 12,1% et 5,6%), aux pensions d'invalidité et aux indemnités d'accompagnement correspondantes.

On trouvait enfin les *pensioni indennitarie* (NdT: les **pensions d'indemnisation** sont versées aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles) qui s'élevaient à un total de 4 245 millions d'euros (1,9% du total) pour **992 000** prestations d'un montant moyen annuel de 4 282 euros.

En ce qui concerne les données des dépenses, on observait qu'en 2006, **le montant annuel total des pensions avait augmenté de 4,1%** par rapport à l'année précédente puisqu'il était passé de 214 881 millions d'euros en 2005 à 223 629 millions d'euros la dernière année. En général, la croissance du montant total annuel, c'est le résultat de la différence d'évolution entre le nombre de pensions et leur montant moyen. Au 31 décembre 2006, le nombre de versements de pensions a augmenté de 1,1% par rapport à l'année précédente.

Dans le même temps, **le montant moyen des pensions a augmenté de 2,9%** par rapport à 2005, ce qui a engendré une grande partie de l'augmentation du montant total.

Si on observe les **titulaires de pension(s)**, en 2006, le nombre de bénéficiaires de prestations de pension était de presque 16,7 millions (avec un nombre de pensions par bénéficiaire de 1,4) et il s'avérait à peu près inchangé par rapport à 2005 (+0,7%).

Le classement des titulaires de pension par nombre de prestations perçues faisait ressortir que **68,1%** d'entre eux ne recevaient qu'**une seule pension** et que la part des bénéficiaires cumulant **deux pensions ou plus** était de **31,9%** (24,4% en cumulaient deux et 7,5% étaient titulaires d'au moins trois pensions), une valeur descendant à 29,6% en cas de titulaires de pensions de vieillesse et s'élevant à 88,5% pour les bénéficiaires de pensions de guerre. On relevait également des valeurs élevées pour les titulaires de rentes indemnitaires et de pensions d'invalidité civile (respectivement 73,9% et 77,8%), ces dernières prestations se caractérisant par la forte présence d'indemnités d'accompagnement leur étant associées.

La répartition des **pensions** par tranches de montant mensuel des prestations présentait de plus hauts taux dans les tranches de montants les moins élevées. La plupart des pensions avaient en effet des montants mensuels inférieurs à 500 euros (47,4% du total) et 27,0% correspondaient à des montants mensuels compris entre 500 et 1 000 euros. Un autre 13,0 pour cent des pensions en vigueur au 31 décembre 2006 avait des montants mensuels compris entre 1 000 et 1 500 euros et le 12,7% restant correspondait à des montants mensuels supérieurs à 1 500 euros.

Si on observait en revanche la répartition des **titulaires de pension(s)** en fonction de la tranche de montant moyen mensuel de leurs revenus de pension(s) (en tenant donc compte de la possibilité de cumuler plusieurs pensions), on relevait des taux plus élevés que pour la répartition des pensions pour les tranches incluant des valeurs d'au moins 500 euros par mois. Le groupe le plus nombreux de titulaires de pension(s) (5,0 millions

d'individus, soit 30,0% du total) recevait une ou plusieurs prestation(s) pour un montant mensuel moyen compris entre 500 et 1 000 euros. Le deuxième plus grand groupe en nombre (3,9 millions de bénéficiaires de pension(s), soit 23,5% du total) obtenait des pensions comprises entre 1 000 et 1 500 euros par mois. 22,9 autres pour cent de bénéficiaires percevaient moins de 500 euros par mois et les 23,6% restants recevaient des pensions d'un montant mensuel supérieur à 1 500 euros (12,7% dans le cas des pensions).

Le trattamento minimo (NdT: minimum garanti)

Les précédents rapports du gouvernement italien ont précisé que cette prestation consiste en un complément que l'Etat verse par le biais de l'INPS au titulaire d'une pension lorsque le montant de cette dernière (que l'on obtient par un calcul de ces cotisations) est inférieur à ce qu'on considère comme « *minimum vital* ». Dans ce cas, le montant de la pension est augmenté (complété) jusqu'à atteindre le montant qu'établit la loi chaque année.

Voici ci-dessous les **montants mensuels** définis pour les années 2005, 2006 et 2007:

année 2005	420,02 €
année 2006	427,58 €
année 2007	436,14 €

les plafonds de revenus personnels respectivement prévus pour les années 2005, 2006 et 2007 jusqu'auxquels on pouvait prétendre à l'intégralité du complément: 5 465,59 €; 5 558,54 €; 5 669,82 €. On ne pouvait en revanche prétendre qu'à un complément partiel lorsque les revenus étaient compris entre: 5 465,60 € et 10 931,18 € pour l'année 2005; 5 558,55 € et 11 117,08 € pour 2006; 5 669,82 € et 11 339,64 € pour 2007.

Le total des revenus du ménage ne devait pas dépasser 21 862,36 € en 2005; 22 234,16 € en 2006 et 22 679,28 € en 2007 afin de pouvoir bénéficier de l'intégralité du complément. Le complément partiel était versé lorsque le total des revenus des conjoints était compris entre: 21 862,37 € et 27 327,95 € en 2005; 22 234,17 € et 27 792,70 € en 2006; 22 679,28 € et 28 349,10 € en 2007.

Il convient de rappeler qu'à partir du 1^{er} janvier 2002, la *majoration sociale* en faveur des personnes défavorisées a été augmentée afin de leur garantir un montant de pension de 516,46 € par mois, avec 13 mensualités par an. Cette majoration peut revenir:

- aux titulaires de pensions versées par l'assurance générale obligatoire des travailleurs salariés ou des travailleurs indépendants (artisans, commerçants, cultivateurs directs, métayers et colons);

- aux titulaires de pensions du fonds de gestion spécial pour les travailleurs des mines, des carrières et des tourbières;
- aux titulaires de pensions sociales;
- aux titulaires d'allocations sociales;
- aux titulaires de prestations d'assistance (invalides civils, sourds-muets et aveugles civils).

Afin d'obtenir ce supplément, les titulaires de pension(s) doivent être âgés d'au moins 70 ans; cet âge peut être abaissé à 65 ans à raison d'un an de réduction de l'âge toutes les cinq années de cotisations. On peut obtenir la réduction d'une année même si on ne dispose que d'une période de cotisation inférieure à 5 ans, du moment que celle-ci est d'au moins deux années et demie.

Cette majoration est accordée si le titulaire de pension(s) ne dépasse pas certains plafonds de revenus.

Pour 2005 et pour 2006, les revenus personnels devaient respectivement être inférieurs à 7 069,27 € et à 7 167,55 €.

Le total des revenus du ménage ne devait pas dépasser 11 943,88 € en 2005 et 12 129,61 € en 2006.

Le **montant mensuel** de cette majoration était de **543,79 €** en **2005** et de **551,35 €** en **2006**.

L'assegno di invalidità (NdT: l'allocation d'invalidité)

Dans la mesure où il satisfait les conditions de santé et de cotisations requises, un travailleur présentant des diminutions de ses capacités physiques ou mentales à travailler peut demander l'allocation d'invalidité. Celle-ci est accordée aux travailleurs présentant une infirmité physique ou mentale constatée par un médecin de l'INPS et entraînant une réduction permanente des deux tiers de ses capacités à travailler. Les travailleurs doivent par ailleurs pouvoir justifier d'au moins cinq années de cotisations (dont trois versées au cours des cinq années ayant précédé la demande de pension) mais aussi être assurés auprès de l'INPS depuis un minimum de cinq ans.

Le montant de l'allocation d'invalidité est calculé sur la base des cotisations versées. Dans les cas où l'allocation s'avère très modeste et que les revenus perçus par l'intéressé ne dépassent pas les limites établies, le montant de la pension peut être augmenté d'une somme ne dépassant pas celui de *l'assegno sociale* (NdT: l'allocation sociale) (voir ci-dessous). L'allocation ne peut dans tous les cas pas dépasser le montant du *trattamento minimo* (NdT: minimum garanti) (voir ci-dessus). Il convient de souligner que le calcul des revenus à prendre en considération ne doit pas inclure: le logement appartenant au demandeur s'il y vit; les revenus n'étant pas assujettis à l'Irpef (pensions des mutilés et des invalides civils, allocations et prestations d'assistance versées par l'Etat et par d'autres Organismes publics); les revenus assujettis à des prélèvements à la source au

titre des impôts ou des impôts de remplacement (intérêts découlant d'avoirs en banque ou de dépôts postaux, bons du trésor à court et moyen terme (BOT et CCT), gains et prix, etc...); les pensions de guerre; le montant de l'allocation ordinaire d'invalidité calculé sans tenir compte du complément.

L'allocation ordinaire d'invalidité n'est pas une pension définitive: sa validité est en effet d'une durée maximale de trois ans et elle est renouvelable sur demande du bénéficiaire qui doit alors se soumettre à une nouvelle visite médicale ayant une valeur légale. Après trois confirmations consécutives, cette allocation devient définitive.

Cette prestation peut être accordée même si son titulaire continue d'avoir une activité professionnelle salariée ou indépendante. On a dans ce cas prévu: une visite médicale à valeur légale par an et une réduction du montant de l'allocation de l'ordre de 25% si les revenus de l'assuré dépassent le montant du minimum garanti annuel multiplié par 4 ou bien de l'ordre de 50% si ces revenus dépassent le montant du minimum garanti annuel multiplié par 5.

Lorsque l'intéressé atteint l'âge de la retraite, l'allocation se transforme automatiquement en pension de vieillesse à condition qu'il ait cessé toute activité salariée et qu'il réponde aux critères en matière de cotisations prévus pour la pension de vieillesse: 20 années de cotisations, âge d'au moins 65 ans pour un homme et 60 ans pour une femme. La période dans laquelle l'invalidité a bénéficié de l'allocation et n'a pas versé de cotisations professionnelles rentre malgré tout dans le calcul du droit à la pension de vieillesse.

Cette allocation ne fait pas partie des allocations de réversion.

La pensione di inabilità (NdT: la pension d'inaptitude au travail)

La loi prévoit une prestation différente si l'infirmité est si grave qu'elle empêche toute activité professionnelle.

Le travailleur salarié ou indépendant a droit à la pension d'inaptitude au travail s'il satisfait les critères de santé et de cotisations suivants:

- une infirmité physique ou mentale constatée par les médecins de l'INPS l'empêchant d'effectuer toute activité professionnelle ;
- au moins trois années de cotisations versées (156 semaines) au cours des cinq années ayant précédé la demande;
- l'inscription à l'INPS depuis au moins 5 ans.

Le montant de la pension d'inaptitude au travail est calculé en ajoutant aux périodes de cotisations effectivement versées un «bonus de cotisation» qui correspond aux années faisant défaut au travailleur pour atteindre l'âge de la retraite (dans le cas des travailleurs invalides, cet âge est de 60 ans pour les hommes et de 55 ans pour les femmes). Ce bonus ne peut dans tous les cas pas faire dépasser les 40 années d'ancienneté de cotisation. Depuis 1996, pour les personnes ayant au 31 décembre 1995

une ancienneté de moins de 18 ans, le bonus se calcule avec le système de calcul des cotisations comme si le travailleur inapte au travail avait déjà atteint l'âge de la retraite (60 ans), indépendamment de son sexe et du fonds de gestion dans lequel lui ont été accréditées les cotisations.

Il convient de rappeler que la pension d'inaptitude au travail est incompatible avec le fait d'effectuer toute activité professionnelle, soit salariée soit indépendante. Elle n'est pas non plus cumulable avec les éventuelles rentes indemnitaires de l'Inail en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Dans les cas où quelqu'un aurait droit à ces deux prestations, il lui faudra choisir celle la plus favorable .

La pension d'inaptitude au travail est réversible.

Les titulaires d'une pension d'inaptitude au travail ont également droit à l'allocation mensuelle d'aide personnelle et continue (*assegno mensile di assistenza personale e continuativa*) s'ils ne sont pas en mesure d'effectuer leur tâches quotidiennes sans une aide permanente. Cette allocation n'est pas versée lors des périodes d'hospitalisation ou de placement dans des institutions publiques de long séjour. Elle n'est pas non plus cumulable avec la rente Inail versée en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

L'assegno sociale (l'allocation sociale)

Cette prestation a été introduite par l'article 3, alinéas 6 et 7, de la loi n° 335/1995, en faveur des personnes âgées de plus de 65 ans présentant des revenus d'un montant inférieur à celui de cette allocation. Depuis le 1^{er} janvier 1996, l'allocation sociale remplace la pension sociale.

Le droit à cette allocation repose sur une condition essentielle qui est le fait de résider en Italie. Le droit italien assimile aux citoyens italiens: les habitants de Saint-Marin, les réfugiés politiques, les citoyens d'un des Etats membres de l'Union européenne qui résident en Italie et les citoyens extracommunautaires ayant obtenu une carte de séjour. Le fait d'avoir établi sa résidence habituelle en Italie constitue une condition *sine qua non*, à tel point que si le titulaire de l'allocation sociale transfère sa résidence à l'étranger, il perd ce droit. Cette allocation est une prestation qui ne peut pas être transmise aux survivants.

Le versement de cette prestation s'effectue en 13 mensualités par an et il commence à compter du mois suivant celui de la présentation de la demande correspondante.

Il convient de souligner que la *Pension sociale* a continué d'être versée après le 1995 en faveur des personnes l'ayant obtenue avant janvier 1996 et continuant à remplir les conditions requises. Les titulaires de cette pension ayant perdu le droit d'en bénéficier durant une ou plusieurs année(s) et ayant demandé sa réattribution après le 31 décembre 1995 se sont vus verser l'allocation sociale, toujours dans la mesure et aux conditions prévues pour cette dernière prestation.

A partir du 1^{er} février 1996, l'allocation sociale revient aussi aux mutilés et aux invalides civils (invalidité totale ou partielle) ainsi qu'aux sourds-muets âgés à partir de leur 65^{ème} anniversaire, en remplacement des allocations qui leurs étaient versées jusqu'à cet âge. Les aveugles civils (cécité partielle ou totale) continuent de percevoir leurs prestations spécifiques y compris après leur 65^{ème} anniversaire. Si le montant de leurs prestations est d'un montant inférieur à celui de l'allocation sociale ou bien en cas de ménages, les aveugles civils peuvent obtenir le complément correspondant par le biais de l'allocation sociale, toujours en l'absence d'autres revenus.

Les revenus pris en compte afin de déterminer le droit à l'allocation sociale sont les suivants:

- les revenus assujettis à l'Irpef, déduction faite de la taxation fiscale et des cotisations (salaires, pensions, revenus provenant de biens terrestres et immobiliers, revenus provenant d'une entreprise ou d'un travail indépendant, pension alimentaire payée au conjoint séparé ou divorcé, etc...);
- les revenus non imposables (prestations d'assistance à caractère économique et continu versées par l'Etat, d'autres organismes publics ou encore des Etats étrangers; aides versées par l'Etat ou d'autres organismes publics à titre d'assistance; prestations payées par l'Etat italien ou par des Etats étrangers à titre de réparations);
- les pensions et allocations versées par le Ministère de l'Intérieur aux aveugles civils, aux invalides civils et aux sourds-muets;
- les pensions de guerre;
- les rentes viagères payées par l'INAIL;
- les pensions privilégiées ordinaires « *tabellari* » sont des pensions versées aux personnes ayant contracté des infirmités durant leur service militaire obligatoire;
- les revenus assujettis à des prélèvements à la source au titre de la fiscalité (gains issus de tirages au sort, de loteries, de jeux d'habileté, de jeux-concours, de pronostics et de paris versés par l'Etat, par des personnes juridiques publiques ou privées);
- les revenus assujettis aux impôts de remplacement (intérêts postaux et bancaires, intérêts sur des valeurs du Trésor, intérêts, primes et autres fruits des obligations et des titres similaires émis par des banques ou des sociétés anonymes, intérêts sur des obligations ou d'autres titres, y compris les titres émis par des organismes publics de nature économique transformés par la loi en sociétés anonymes);
- les pensions alimentaires versées aux termes du code civil;
- l'allocation sociale dont est titulaire le conjoint du demandeur.

En revanche les revenus qui ne sont pas pris en compte pour déterminer le droit à l'allocation sociale sont:

- les indemnités de fin de carrière et leurs éventuelles avances;
- les honoraires reportés faisant l'objet d'un impôt à part;

- l'allocation sociale du demandeur;
- la pension liquidée, selon le système des cotisations, à hauteur d'1/3 de la pension en question et dans tous les cas sans dépasser 1/3 de l'allocation sociale;
- les *trattamenti di famiglia* (NdT: ensemble des allocations familiales);
- les indemnités d'accompagnement de quelque type que ce soit, les allocations pour l'aide personnelle continue versées par l'INAIL dans les cas d'invalidité totale et permanente, les allocations pour l'assistance personnelle et continue payées par l'INPS aux titulaires de pensions d'incapacité au travail;
- l'indemnité de communication pour les sourds-muets.

Pour les années **2005**, **2006** et **2007**, **les montants mensuels** des allocations ont été respectivement de **375,33 €**, **381,72 €** et **389,36 €**. Les **montants annuels** de l'allocation sociale étaient donc de **4 879,29 €** en **2005**; **4 962,36 €** en **2006** et de **5 061,68 €** en **2007**. Ces montants représentent également les plafonds de revenus pour les années indiquées si le demandeur n'a pas de conjoint. Si le demandeur est en ménage, les plafonds de revenus s'obtiennent en multipliant les nombres précédents par deux (ex: 5 061,68x2=10 123,36).

Si le demandeur ne reçoit ni de revenus personnels ni de revenus au sein de son ménage avec son éventuel conjoint, il percevra l'intégralité de l'allocation sociale. Si les revenus du demandeur, ceux de son éventuel conjoint ou bien la somme des deux dépassent les plafonds établis par la loi, l'allocation sociale ne pourra pas être attribuée. En revanche, si cette somme reste inférieure aux plafonds établis par la loi, la prestation pourra être attribuée avec, le cas échéant, une réduction de son montant. Dans ce dernier cas, le montant attribué sera égal à la différence entre le montant total annuel de l'allocation sociale courante et le montant total des revenus annuels.

Le montant de cette allocation peut être réduit lorsque son titulaire se trouve hospitalisé ou hébergé dans des instituts ou des communautés facturant son séjour à l'Etat. Cette réduction est de 50% si le séjour est entièrement à la charge des organismes publics et de 25% lorsque les frais sont à la charge de l'intéressé ou des membres de sa famille pour un montant inférieur à la moitié de l'allocation sociale. L'allocation ne subit aucune réduction lorsque les frais de séjour sont à la charge du titulaire ou des membres de sa famille pour un montant supérieur à 50% de l'allocation sociale. Afin d'établir le montant de l'allocation, le titulaire de la pension doit alors présenter à l'INPS la documentation délivrée par l'institut ou par la communauté dans lequel/laquelle il a séjourné afin d'attester de l'existence et du montant des frais à la charge de l'organisme public et de l'éventuelle part ayant été à la charge du titulaire ou des membres de sa famille.

La pension de vieillesse

En Italie, la législation en vigueur établit que l'on peut obtenir la pension de vieillesse en répondant à certains critères dépendant d'un système de calcul. Ce dernier peut se baser sur les cotisations, sur les rémunérations ou encore être mixte.

Le système de calcul basé sur les cotisations s'applique aux personnes ayant été embauchées après le 31 décembre 1995 et il se rapporte à la totalité des cotisations versées.

A compter du 1^{er} janvier 2008, les conditions requises pour partir à la retraite avec cette forme de pension sont les suivantes:

- l'âge: 65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes;
- les cotisations: au moins 5 années de cotisations effectives;
- la cessation du rapport de travail (ce critère ne s'applique pas aux travailleurs indépendants qui peuvent faire la demande de cette pension tout en poursuivant leur activité);
- disposer d'au moins 40 années d'ancienneté en matière de cotisations, indépendamment de l'âge.

Le système de calcul basé sur les rémunération s'applique aux personnes qui, disposaient d'au moins 18 années de cotisations au 31 décembre 1995. Il se base sur les rémunérations des dernières années d'activité professionnelle (10 années pour les travailleurs salariés et 15 pour les travailleurs indépendants).

Voici les conditions requises pour partir à la retraite avec cette forme de pension:

- l'âge: 65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes;
- les cotisations: au moins 20 années de cotisations accréditées (provenant d'une activité professionnelle, d'un rachat, de cotisations fictives, etc...);
- la cessation du rapport de travail.

Le système de calcul mixte s'applique aux personnes dont l'ancienneté en matière de cotisations était inférieure à 18 ans au 31 décembre 1995.

Le montant de la pension se calcule alors avec les deux systèmes:

- avec celui basé sur les rémunérations pour les périodes allant jusqu'au 31 décembre 1995;
- avec celui basé sur les cotisations pour les périodes à partir du 1^{er} janvier 1996.

Il convient à ce sujet de préciser que l'article 1, alinéa 5, lettre b, de la loi n° 247 du 24 décembre 2007 a introduit le système dit des «fenêtres» (*finestre*) même pour la pension

de vieillesse. D'après celui-ci, à partir de 2008, pour les personnes dont les pensions sont liquidées par les fonds de prévoyance des travailleurs salariés: dès lors qu'elles répondent aux conditions fixées pour l'attribution de la pension de vieillesse au 31 mars, elles peuvent accéder à cette forme de retraite à compter du 1^{er} juillet de la même année; dès lors qu'elles répondent aux conditions fixées pour l'attribution de la pension de vieillesse au 31 juin, elles peuvent accéder à cette forme de retraite à compter du 1^{er} octobre de la même année; dès lors qu'elles répondent aux conditions fixées pour l'attribution de la pension de vieillesse au 31 septembre, elles peuvent accéder à cette forme de retraite à compter du 1^{er} janvier de l'année suivante; dès lors qu'elles répondent aux conditions fixées pour l'attribution de la pension de vieillesse au 31 décembre, elles peuvent accéder à cette forme de retraite à compter du 1^{er} avril de l'année suivante.

La pension d'ancienneté

Le droit italien et ses caisses de prévoyance prévoient un autre type de pension, celle d'ancienneté, que l'on peut obtenir avant d'avoir atteint l'âge prévu pour la pension de vieillesse.

La loi n° 247/2007 qui est une réforme des pensions a modifié les critères prévus par la réglementation précédente (loi n° 243 du 23 août 2004) et a disposé une augmentation progressive des conditions requises en matière d'âge (en termes d'Etat Civil).

L'article 1, alinéa 2, de la loi susmentionnée a établi de nouveaux critères pour accéder à la pension d'ancienneté. Voici ces critères:

- du 1^{er} janvier 2008 au 30 juin 2009, les travailleurs salariés peuvent accéder à cette pension dès lors qu'ils sont âgés d'au moins 58 ans et qu'ils disposent de 35 ans de cotisations; les travailleurs indépendants (artisans, commerçants et cultivateurs directs) peuvent y accéder dès lors qu'ils ont au moins 59 ans et disposent de 35 années de cotisations;
- à partir du 1^{er} juillet 2009, c'est le système dit des « quotes-parts » (*quote*) qui permet d'accéder au droit à cette pension lorsque on atteint une quote-part obtenue en faisant la somme de l'âge (en termes d'Etat Civil) et de l'ancienneté en matière de cotisations (au moins 35 années de cotisations), comme indiqué dans le tableau ci-dessous:

Condition requise: au moins 35 années de cotisations				
Période	Travailleurs salariés		Travailleurs indépendants	
	Somme âge + ancienneté	Age minimum (Etat Civil)	Somme âge + ancienneté	Age minimum (Etat Civil)
Du 01/07/2009 au 31/12/2010	95	59	96	60
Du 01/01/2011 au 31/12/2012	96	60	97	61

A compter du 01/01/2013	97	61	98	62
-------------------------	----	----	----	----

Il convient dans tous les cas de signaler qu'on peut partir à la retraite quel que soit son âge, du moment qu'on dispose d'au moins 40 années de cotisations.

La loi n° 247/2007 a également modifié les dites « fenêtres de sortie », comme indiqué dans le tableau ci-dessous:

Avec moins de 40 années de cotisations		
	Date de prise d'effet de la pension	
Critères satisfaits au plus tard le	Travailleurs salariés	Travailleurs indépendants
30 juin	1 ^{er} janvier de l'année suivante	1 ^{er} juillet de l'année suivante
31 décembre	1 ^{er} juillet de l'année suivante	1 ^{er} janvier de la deuxième année suivante

Avec au moins 40 années de cotisations		
	Date de prise d'effet de la pension	
Critères satisfaits au plus tard le	Travailleurs salariés	Travailleurs indépendants
31 mars	1 ^{er} juillet de la même année*	1 ^{er} octobre de la même année
30 juin	1 ^{er} octobre de la même année**	1 ^{er} janvier de l'année suivante
30 septembre	1 ^{er} janvier de l'année suivante	1 ^{er} avril de l'année suivante
31 décembre	1 ^{er} avril de l'année suivante	1 ^{er} juillet de l'année suivante

* Pour les personnes âgées d'au moins 57 ans au 30 juin

** Pour les personnes âgées d'au moins 57 ans au 30 septembre

La prise d'effet de la pension s'effectue à la date d'ouverture de la « fenêtre de sortie » à condition que la demande ait bien été présentée avant cette date. Sinon, elle prend effet à compter du premier jour du mois suivant la présentation de la demande.

La demande s'effectue en remplissant le formulaire prévu à cet effet par l'INPS (Institut National de la Prévoyance Sociale) qui doit alors être présenté directement dans les bureaux de l'INPS ou envoyé par courrier ou encore transmis par le biais des *Patronati* (NdT: services d'assistance et de tutelle des droits des travailleurs) qui offrent une assistance gratuite.

La demande doit contenir tous les documents et toutes les informations retenus indispensables.

Le montant de la pension peut être retiré dans tous les bureaux de poste ou dans une banque de quelque province que ce soit, même si ce n'est pas celle de résidence.

La pensione ai superstiti (NdT: la pension de survie)

Conformément à la législation en vigueur, en cas de décès du travailleur assuré ou titulaire d'une/de pension(s), les membres de son foyer fiscal ont droit à la pension de survie. Celle-ci peut être:

- de réversion, si la personne décédée était déjà à la retraite;
- indirecte, si la personne exerçait encore une activité professionnelle lorsqu'elle est décédée. Dans ce cas, le travailleur décédé devait avoir accumulé tout au long de sa vie au moins 15 années de cotisations ou bien il devait être assuré depuis au moins 5 ans, dont au moins 3 années versées au cours des 5 années ayant précédé la date de son décès.

La pension de survie peut être attribuée:

- au conjoint, même s'ils étaient séparés ou divorcés, à condition qu'il/elle ait bénéficié d'une pension alimentaire et qu'il/elle ne se soit pas remarié(e);
- aux enfants (légitimes, légitimés, adoptifs, naturels, légalement reconnus ou déclarés par la justice, nés d'un précédent mariage de l'autre conjoint) qui au moment du décès étaient soit mineurs, soit étudiants, soit présentant une incapacité au travail et étant à sa charge;
- aux petits-enfants mineurs étant à la charge de leur ascendant défunt (grand-père ou grand-mère).

En l'absence de conjoint, d'enfants et de petits-enfants, la prestation en question peut aussi être attribuée aux parents du défunt ou, en l'absence de ces derniers, également à ses frères et sœurs célibataires.

Le montant de la pension de survie équivaut à un pourcentage de la pension que percevait le défunt ou, s'il s'agit d'un travailleur qui n'était pas encore à la retraite, à un pourcentage de la pension qu'il aurait perçue s'il était parti à la retraite.

Ces pourcentages s'appliquent au montant de la pension et ils varient en fonction de la catégorie des ayants droit:

- 60% au conjoint;
- 20% à chaque enfant s'il y a aussi un conjoint;
- 40% à chaque enfant si les enfants sont les seuls ayants droit;

- 70% si le seul ayant droit est un enfant;
- 15% à chacun des parents, frères ou sœurs.

Dans tous les cas, la somme de ces pourcentages ne peut dépasser 100% de la pension qui aurait dû être versée au travailleur.

Depuis le 1^{er} janvier 1996, le montant de la pension de survie dépend de la situation économique du titulaire: la pension sera réduite de 25%, de 40% ou de 50% en fonction des revenus perçus par le bénéficiaire.

La demande de pension de survie à laquelle il faut joindre les documents requis peut être présentée directement au siège de l'INPS (Institut National de la Prévoyance Sociale) ou par le biais des Patronati (NdT: services d'assistance et de tutelle des droits des travailleurs).

Le montant de la pension de survie peut être payée dans un bureau de poste ou une banque, même si ce n'est pas celle de résidence.

Pour ce qui est du nombre de bénéficiaires des pensions susmentionnées, prier de bien vouloir consulter l'article 23 du présent rapport.

§. 2

Les rentes d'accidents du travail

Le Comité européen des droits sociaux avait posé des questions afin de connaître les prestations attribuables aux travailleurs en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Voici des informations à ce sujet.

L'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles est obligatoire et elle est réglementée par les normes contenues dans le Décret du Président de la République italienne n° 1124/1965, « *Texte unique des dispositions pour l'assurance obligatoire contre les accidents du travail et les maladies professionnelles* », dans le Décret Législatif n° 38/2000, « *Dispositions en matière d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, aux termes de l'article 55, alinéa 1, de la loi n° 144 du 17 mai 1999* », et par des dispositions spéciales pour certaines catégories particulières. C'est l'INAIL (Institut national pour l'assurance contre les accidents du travail) qui se charge de la gestion de cette assurance.

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, le travailleur est tenu d'en informer son employeur qui devra envoyer la déclaration correspondante à l'INAIL dans 2 jours en cas d'accident ou dans 5 jours en cas de maladie professionnelle. S'il s'agit d'un accident ayant entraîné la mort ou entraînant un risque de décès, la

déclaration doit être réalisée dans les 24 heures à compter de l'évènement. L'INAIL protège également les travailleurs ayant des accidents lors de l'aller ou du retour vers/depuis leur lieu de travail (accidents *in itinere*).

Tout travailleur ayant un accident du travail ou contractant une maladie professionnelle a le droit de bénéficier des prestations fournies, même si l'employeur ne l'avait pas assuré (cela concerne bien sûr les cas où l'obligation d'assurance est en vigueur, c'est à dire en cas d'exercice d'une activité l'exposant à certains risques déterminés).

L'employeur est tenu de payer:

- 100% de la rémunération pour la journée durant laquelle l'accident s'est produit ou durant laquelle la maladie professionnelle s'est manifestée si cette dernière a causé son absence au travail;
- 60% de la rémunération pour les 3 jours suivants, auquel il convient d'ajouter l'éventuel complément prévu par le contrat de travail du secteur d'appartenance des différents niveaux.

L'INAIL doit payer:

- à partir du 4^{ème} jour suivant la date à laquelle l'accident est survenu ou à laquelle la maladie professionnelle s'est déclarée jusqu'à la guérison clinique (sans limites de temps);
- à partir du 91^{ème} jour et jusqu'à la guérison clinique, avec une augmentation de 75% de l'indemnité de paiement.

L'INAIL verse une *rente mensuelle* au travailleur assuré présentant un degré d'inaptitude au travail compris entre 11% et 100%. Si le degré d'inaptitude constaté est inférieur à 11%, le travailleur n'a pas le droit à cette rente. Cependant, si une aggravation vient à se manifester par la suite, le travailleur peut demander à l'INAIL auquel il est rattaché de recalculer son degré d'inaptitude, et ceci à échéance prédéterminée.

Cette rente prend effet à compter du jour suivant celui de la guérison clinique et elle est versée à vie. Le montant de cette rente peut augmenter ou diminuer et le droit à celle-ci peut même cesser suite à des variations du degré d'incapacité constaté lors des visites médicales périodiques de révision qui peuvent être réalisées:

- au cours des 10 années suivant la constitution de la rente en cas d'accident du travail;
- au cours des 15 années suivantes en cas de maladie professionnelle;
- sans limites temporelles en cas de silicozes et d'asbestoses.

Lors de la dernière révision, si le degré d'incapacité constaté s'avère compris entre 11% et 15%, la rente fait l'objet d'une liquidation du capital. La rente est complétée par l'INAIL à hauteur d'un vingtième de son montant pour:

le conjoint

les enfants mineurs

les enfants présentant une inaptitude au travail tant que celle-ci perdure, sans limite d'âge

les enfants étudiant à l'université et étant à la charge, jusqu'à l'âge de 26 ans, pendant toute la durée de leur cours de *Laurea* (NdT: diplôme universitaire).

En date du 1^{er} juillet de chaque année, la rémunération de référence pour le versement des rentes est réévaluée (chaque année) en fonction des variations effectives des prix à la consommation pour les familles d'ouvriers et d'employés intervenues par rapport à l'année précédente. Depuis le 1^{er} janvier 2000, le paiement des rentes s'effectue par le biais de l'INPS.

A titre informatif, on indique ci-dessous les montants annuels des prestations économiques versées par l'INAIL avec effet au 1^{er} janvier 2008, et ceci pour les secteurs industriel, agricole et maritime et les accidents domestiques. Ces rentes ont été revues à la hausse de 6,28%. Les nouvelles valeurs de ces rentes sont:

rémunération minimale industrie 13 899,90 €;

rémunération maximale industrie 25 814,10 €;

rémunération conventionnelle agriculture 20 978 €;

rémunération conventionnelle accidents domestiques 13 899,90 €.

L'assegno una tantum (NdT: indemnité unique) en cas de décès s'élève à 1 833,81 €. Par ailleurs, le montant de *l'assegno di incollocabilità* (allocation pour les personnes ne pouvant être placées dans le marché du travail) est passé à 226,45 € par mois à partir du 1^{er} juillet 2008. Cette allocation est versée en cas d'invalidité d'au moins 34% due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Parmi les conditions requises, on trouve également celle de l'âge: qui doit être d'au moins 65 ans. La prestation est versée jusqu'au 65^{ème} anniversaire, à moins que des variations soient intervenues entre-temps au niveau de cette condition *d'incollocabilità* (NdT: impossibilité d'être placé dans le marché du travail).

§. 3

Le §. 1 du présent article a expliqué le système des pensions de retraite actuellement en vigueur en Italie (cf. pensions de vieillesse, d'ancienneté, de survie).

Dans les Conclusions 2007, le Comité européen des droits sociaux avait formulé une demande afin de savoir si, en plus de la pension, il existait également d'autres prestations qui soient soumises à une réévaluation annuelle en fonction de l'augmentation du coût de la vie. Il convient à ce sujet de signaler que les pensions et prestations de soutien des revenus font l'objet de réévaluations comme indiquent les montants communiqués.

§. 4

En matière de sécurité sociale des citoyens étrangers, il convient de préciser que les citoyens communautaires (y compris les Roumains et les Bulgares qui sont rentrés dans l'UE depuis de 1^{er} janvier 2007) effectuant une activité professionnelle de type indépendant ou salarié ont droit à l'allocation pour le foyer prévue par la loi n° 153/1998, y compris les membres de la famille résidant dans leur pays d'origine ou dans un pays ayant établi une convention avec l'Italie.

Un travailleur extracommunautaire peut bénéficier de l'allocation pour le foyer si les membres de sa famille résident en Italie, même si le Pays duquel provient ce travailleur étranger n'a pas signé de Convention avec l'Italie en matière d'allocations familiales. Afin de certifier le lieu de résidence des membres de la famille, si la procédure de résidence n'a pas encore abouti, il existe la possibilité de présenter des documents ou des certificats attestant de la présence stable en Italie (bulletins de paye, certificats de scolarisation ou d'inscription à une crèche, etc...).

Lorsque les membres du foyer résident à l'étranger, le versement de l'allocation n'est prévu que dans les cas où le Pays d'origine du travailleur étranger ait signé une Convention avec l'Italie en matière d'allocations familiales.

Les pays ayant adhéré à la Charte Sociale Européenne et ayant signé une Convention avec l'Italie en matière de prestations familiales sont: Croatie, ex-Yougoslavie, Monaco, Saint-Marin.

Le versement de l'allocation est également prévu pour les membres de la famille résidant à l'étranger, dès lors que le travailleur étranger (même si son Pays d'origine n'a pas signé de convention en la matière avec l'Italie) a établi sa résidence légale en Italie et assujetti aux régimes de prévoyance d'au moins deux Etats membres.

Les citoyens étrangers étant des réfugiés politiques se voient reconnaître le droit aux allocations pour les membres de leur famille résidant à l'étranger même s'il n'existe pas de Convention internationale avec leur Pays d'origine.

Depuis le 19 janvier 2008, la protection offerte par l'allocation pour le foyer qui est reconnue aux travailleurs étrangers étant des réfugiés politiques a été étendue également aux citoyens étrangers non communautaires ou apatrides ayant obtenu la reconnaissance d'un « statut de protection subsidiaire ».

L'Italie participe à des systèmes garantissant la conservation des droits acquis et en voie d'acquisition à travers les accords bilatéraux suivants:

- Croatie: Convention de sécurité sociale, ratifiée par la loi n° 167 du 27/05/1999 (en vigueur depuis le 01/11/2003);
- Etats de l'ex-Yougoslavie: Convention de sécurité sociale du 14/11/1957, ratifiée par la loi n° 885 du 11/06/1960 (en vigueur depuis le 01/01/1961);

- Principauté de Monaco: Convention de sécurité sociale du 12/02/1982, ratifiée par la loi n° 130 du 05/03/1985 (en vigueur depuis le 01/10/1985);
- Saint-Marin: Convention de sécurité sociale du 10/07/1974, ratifiée par la loi n° 432 du 26/07/1975 (en vigueur depuis le 01/11/1975);
- Turquie: Convention européenne de sécurité sociale promue par le Conseil de l'Europe du 14/12/1972 (en vigueur depuis le 12/04/1990);
- Règlement CEE n° 1408/1971 de sécurité sociale entre: les 27 Etats membres; les 3 Etats tiers liés par l'accord EEE que sont l'Islande, la Norvège et le Liechtenstein; la Suisse (accord UE-Suisse en vigueur depuis le 01/06/2002);
- Règlement CE n° 859/2003 du Conseil du 14/05/2003 étendant les dispositions du Règlement CEE n° 574 de 1972 aux citoyens de Pays tiers auxquels ces dispositions n'étaient jusqu'alors pas applicables uniquement à cause de leur nationalité.

* * *

Les Conclusions 2007 contenaient une question du Comité européen des droits sociaux au sujet des prestations de sécurité sociale s'appliquant à la Turquie. Signalons à ce sujet que les prestations en question sont celles contenues dans la Convention européenne de sécurité sociale susmentionnée. L'article 2 de cette Convention établit la liste des prestations attribuables:

- a) prestations de maladie et de maternité;*
- b) prestations d'invalidité;*
- c) prestations de vieillesse;*
- c) prestations de survie;*
- e) prestations liées aux accidents du travail ou aux maladies professionnelles;*
- f) allocations en cas de décès;*
- g) prestations de chômage;*
- h) prestations familiales.*

ART. 13
Droit à l'assistance sociale et médicale

Pour un cadre plus détaillé, merci de bien vouloir consulter l'examen des **art. 11, 12, 14 et 30** du présent rapport. Vous trouverez ci-dessous les informations concernant les relevés fournis par le Comité.

Article 13§1

Comme cela a déjà été largement décrit dans le rapport précédent, les organismes locaux ont un rôle important en matière de politiques sociales.

Rappelons en effet que la loi-cadre 328 de 2000 a confié aux Communes la tâche de fournir les services et les prestations économiques, la programmation des interventions, l'accréditation et l'autorisation des structures chargées de fournir les services sociaux. Il a par ailleurs été demandé aux Communes de définir les sujets étant dans le besoin en établissant les critères d'éligibilité pour bénéficier des interventions et des services sociaux.

En Italie, les dépenses d'aide sociale ont augmenté en moyenne de 2,3% par an depuis 1996 (Rapport ISTAT Italie 2007).

L'expérimentation du Revenu minimum d'insertion (**RMI**) a été introduite par le décret législatif n° 237 du 18 juin 1998 pour la période de 2 ans 1999-2000 et elle a initialement concerné 39 Communes.

L'art. 80 de la loi n° 388 du 23 décembre 2000 a ensuite autorisé le prolongement de cette expérimentation de 2 années supplémentaires (2001-2002) et son extension à de nouvelles Communes, pour un total de 306 Communes, en établissant les critères permettant de déterminer ces dernières (Communes limitrophes aux 39 précédentes et Appartenance aux Pactes territoriaux) et en fixant le terme d'utilisation des fonds au 31 décembre 2004.

Une première prorogation a ensuite fixé la conclusion de cette expérimentation au 30 avril 2006 (loi 43/2005, art. 7, undecies) afin de permettre aux Communes disposant d'importants crédits budgétaires résiduels d'utiliser les ressources encore disponibles.

C'est pour les mêmes raisons que la loi de finances 2007 (loi 296/2006, art. 1, alinéas 1285 et 1286) a de nouveau reporté ce terme, cette fois au 30 juin 2007.

L'arrêt n° 423/2004 de la Cour constitutionnelle et l'extension du RMI (revenu minimum d'insertion), indique que plusieurs dispositions de la loi de finances 2003 (loi n° 289 du 27 décembre 2002) et de la loi de finances 2004 (loi n° 350 du 24 décembre 2003) ont été déclarées inconstitutionnelles et ne sont donc plus applicables, les juges ayant considéré que l'Etat s'était immiscé dans les compétences financières des Régions.

Cet arrêt n'a pas frappé d'inconstitutionnalité les dispositions relatives au RMI.

Le texte législatif instituant le RMI (décret-loi n° 237/1998) et la loi n° 328/2000 relative à la réalisation du système intégré des interventions et services sociaux, qui a étendu le RMI en tant que dispositif de lutte contre la pauvreté, demeurent par conséquent en vigueur.

Ce n'est donc pas l'arrêt constitutionnel qui a mis fin à l'expérience du RMI.

La lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté constitue en effet une priorité du Gouvernement, comme en témoigne le « document de programmation économique et financière » (DPEF) ; ce plan quinquennal (2007-2011) destiné à guider l'action du Gouvernement sur le terrain de la politique économique prévoit des mesures de réforme qui devraient renforcer l'efficacité et le bon fonctionnement des politiques sociales. Le DPEF envisage ainsi, pour ce qui concerne la généralisation du RMI au niveau national, de reconduire le système sur de nouvelles bases, en tirant parti des résultats et des leçons de l'expérience acquise pour en faire bénéficier les personnes en grande difficulté matérielle qui ont besoin de parcours de réinsertion sociale et professionnelle.

Dans certaines régions - notamment au Sud de l'Italie (Campanie et Basilicate) -, l'expérience du RMI s'est poursuivie et a débouché sur la mise en place d'un dispositif de solidarité combinant un ensemble de mesures actives et d'aides au titre de la garantie de ressources, dispositif qui devrait être déployé dans des zones caractérisées par des situations extrêmes de pauvreté et de dénuement et qui entend résolument répondre aux besoins culturels, sociaux et matériels des individus. Plusieurs de ces mesures cherchent à faciliter l'insertion sur le marché du travail et à combattre l'exclusion sociale, et ce par l'octroi de primes, par l'accès à la formation professionnelle, par l'offre d'emplois à des jeunes défavorisés, etc. Dans les régions où aucun RMI n'a été institué (Marches, Emilie-Romagne, par ex.), il existe des programmes locaux de protection sociale pour les personnes nécessiteuses. Il s'agit en fait de mesures destinées à venir en aide aux familles indigentes, qui sont financées grâce à des crédits alloués par les municipalités et qui consistent pour l'essentiel en envois de fonds.

Pour des approfondissements plus détaillés, merci de bien vouloir consulter le site:

<http://www.solidarietasociale.gov.it/SolidarietaSociale/>

Suivi et évaluation des politiques sociales>Etudes et Rapports:

- Rapport de suivi des politiques sociales - Partie I (septembre 2005) (fichier .pdf 1 300 kb)
- Rapport de suivi des politiques sociales - Partie II- Sect. I (mars 2006) (fichier .pdf 657 kb) et appendice statistique (fichier .zip 1,14 Mb)
- Rapport de suivi des politiques sociales - Partie II - Sect. II (octobre 2006)
- Dépenses sociales des communes, année 2004 (synthèse) (fichier .pdf 106 kb)
- Application de l'Expérimentation du Revenu Minimum d'Insertion et résultats obtenus.
Rapport au Parlement. (juin 2007)

et Fonds national pour les politiques sociales>Document>Application

Rapport au Parlement, Application de l'expérimentation du Revenu Minimum d'Insertion

et résultats obtenus

Aux termes de l'article 15, alinéa 1, du décret législatif 237/1998 et de l'article 23, alinéa 1, de la loi 328/2000 - juin 2007

Direction Générale de la gestion du Fonds National pour les

Droit de recours

Il convient de rapporter au sujet du présent point ce qu'a indiqué la représentante du gouvernement italien en réponse au cas de non-conformité à l'occasion de la 114^e session (10-12 octobre 2006) du Comité Gouvernemental de la Charte Sociale Européenne.

Le droit de recours est garanti en premier lieu par l'art. 113 de la Charte Constitutionnelle dont voici les deux premiers paragraphes:

- Al. 1: La protection juridictionnelle des droits et des intérêts légitimes contre les actes de l'administration publique est en tout état de cause admise devant les instances de la juridiction ordinaire ou administrative.
- Al. 2: Cette protection juridictionnelle ne pourra être exclue ou limitée à des moyens particuliers de recours ou à des catégories d'actes déterminées.

Ce principe général du droit italien veut, en conséquence, que toutes les décisions administratives, y compris celles qui ont trait au RMI ou, d'une manière générale, à l'assistance sociale, puissent être contestées par les intéressés devant un tribunal (administratif) en première instance.

Il est donc vrai, pour ce qui est du RMI, qu'il est possible de saisir le maire pour toutes les décisions administratives de son ressort, mais il ne s'agit là que d'une solution alternative, dans la mesure où l'intéressé peut en tout état de cause choisir d'introduire en première instance un recours devant le tribunal administratif (loi TAR n° 1034 du 6 décembre 1971). Il est par ailleurs possible de saisir le juge de seconde instance (Conseil d'Etat) pour faire appel de la décision du Tribunal Administratif Régional (TAR).

S'il ne souhaite pas s'adresser en première instance à un juge et préfère contester la décision relative au RMI en saisissant directement le maire, la décision de ce dernier peut à son tour faire l'objet d'un recours auprès du Président de la République (décret présidentiel n° 1199 du 24 novembre 1971), autorité indépendante s'il en est. La décision du Chef de l'Etat n'est pas susceptible d'appel.

Pensions et allocation sociales

Merci de bien vouloir consulter l'art. 12 du présent rapport.

Article 13§2

Le cadre législatif de référence n'ayant pas été modifié, merci de bien vouloir consulter l'art. 30 du présent rapport.

Les mesures d'intégration sociale sont en grande partie réalisées par les Régions et par les Organismes Locaux et elles sont financées par les ressources mises à leur disposition

chaque année par le Fonds national pour les politiques sociales (FNPS), prévu au départ par la loi 449/1997 puis redéfini par la loi 328/2000.

Les ressources affectées au Fonds national pour les politiques sociales pour l'année 2005 s'élevaient au total à **1 308 080 940,00 €** et elles ont été allouées aux destinataires ci-dessous dans les mesures indiquées:

1. Sommes destinées à l' INPS (NdT : Institut National de la Prévoyance Sociale):

706 630 000,00 €

2. Sommes destinées aux Régions et aux Provinces autonomes de Trente et de Bolzano:

518 000 000,00 €

3. Sommes destinées aux Communes: **44 466 940,00 €**

4. Sommes attribuées au Ministère du travail et des politiques sociales pour leurs interventions à caractère social: **38 984 000,00 €**

Décret Interministériel de répartition des ressources du Fonds National pour les politiques sociales pour l'année 2005

(Journal Officiel italien n° 220 du 21/09/2005)

Les ressources affectées au Fonds national pour les politiques sociales pour l'année 2006 s'élevaient au total à **1 624 922 940,00 €** et elles ont été allouées aux destinataires ci-dessous dans les mesures indiquées:

1. Sommes destinées à l'INPS: **55 429 000,00 €**

2. Sommes destinées aux Régions et aux Provinces autonomes de Trente et de Bolzano:

775 000 000,00 €

3. Sommes destinées aux Communes: **44 466 940,00 €**

4. Sommes destinées au Ministère de la solidarité sociale pour ses interventions à caractère social: **50 027 000,00 €**

Décret du 25 août 2006, « Répartition des ressources financières affectées au Fonds National pour les politiques sociales, pour l'année 2006 ». (Journal Officiel italien n° 235 du 09/10/2006)

Les ressources affectées au Fonds national pour les politiques sociales pour l'année 2007 s'élevaient au total à **1 564 917 148,00 €** et elles ont été allouées aux destinataires ci-dessous dans les mesures indiquées:

1. Sommes destinées à l'INPS: **732 000 000 €**

2. Sommes destinées aux Régions et aux Provinces autonomes de Trente et de Bolzano:

745 000 000 €

3. Sommes destinées aux Communes: **44 466 940 €**

4. Sommes attribuées au Ministère de la solidarité sociale pour ses interventions à caractère social: **43 450 208 €**

Décret de répartition du Fonds National pour les Politiques Sociales 2007 - Publié sur le Journal Officiel italien - Série générale n° 213 du 13 septembre 2007

Le Fonds Social finance un système structuré de Plans Sociaux Régionaux et de Plans Sociaux de Zone qui déterminent pour chaque territoire un réseau intégré de services à la personne destiné à l'intégration des personnes en difficulté et quoi qu'il en soit à une

augmentation du niveau de la qualité de vie. Les ressources contenues dans les FNPS financent deux domaines d'intervention:

- d'un côté les transferts financiers aux personnes et aux familles qui sont gérés par le biais de l'INPS;
- de l'autre, elles contribuent à financer le réseau intégré de services sociaux territoriaux; cette partie des ressources fait l'objet d'une répartition entre les différentes Régions qui les redistribuent à leur tour aux communes en se basant sur leurs normes et programmes sociaux. Les Communes sont les organisations responsables de la fourniture des services aux citoyens; ces services sont organisés et programmés dans les Plans sociaux de zone au sein desquels plusieurs communes peuvent s'associer afin d'assurer une gestion intégrée de leurs services.

Il s'agit de projets pour l'apprentissage de la langue italienne, l'éducation interculturelle et l'accès au logement ainsi que des mesures d'accueil en cas d'évènements extraordinaires.

La partie du Fonds national pour les politiques sociales qui est destinée chaque année aux interventions à caractère national est quant à elle utilisée par le Ministère de la solidarité sociale (désormais Ministère du travail, de la santé et des politiques sociales) pour financer des initiatives expérimentales et des projets pilotes, reconnaître les bonnes pratiques et promouvoir l'alphabétisation ainsi que l'éducation interculturelle.

C'est dans ce cadre que se placent quelques uns des principaux projets en cours de réalisation:

- Accords de Programme
- Médiation culturelle
- Programme Opérationnel National (PON)
- Projet pour l'accès au crédit et aux services bancaires des entrepreneurs immigrés
- Politiques du logement
- Cours de langue italienne

En plus de tout cela, le Ministère du Travail, de la Santé et des Politiques Sociales fait partie du Réseau de points de contact nationaux sur l'intégration (NCP) de la Commission Européenne, aux côtés du Ministère de l'Intérieur.

Ce Réseau a pour objectif l'échange de **bonnes pratiques** entre les pays membres en matière d'intégration des citoyens immigrés. Ce Réseau européen a pour autre rôle de rédiger un **Rapport annuel sur l'intégration** qui débouche sur la Communication annuelle de la Commission sur l'Immigration au Parlement et au Conseil.

En Italie, on célèbre le 20 novembre de chaque année la « Journée italienne des droits de l'enfance et de l'adolescence » puisque c'est à cette même date que l'Assemblée générale des Nations Unies signa en 1989 la Convention du même nom.

Cette journée représente une occasion de réfléchir sur le niveau de protection des droits des enfants de notre Pays et sur les initiatives que les institutions doivent prendre et stimuler afin de renforcer ce niveau. Le thème retenu en 2008, c'est « Grandir ensemble:

l'accueil et l'intégration des mineurs étrangers en Italie ». Parallèlement à cet événement organisé par le Gouvernement et le Parlement, on trouve aussi tous ceux qui sont organisés sur le territoire national par les Régions, les Provinces, les Communes, les écoles et le tiers secteur.

Une « **Campagne de communication sur l'intégration des migrants** » vient d'être lancée.

Elle vise à favoriser la cohabitation au sein de notre société entre les citoyens étrangers et les citoyens italiens grâce à l'information et la diffusion des principes fondamentaux de la Constitution, du système juridique national et des parcours d'inclusion sociale. Une section spéciale a été consacrée aux principales normes de sécurité sur les lieux de travail afin de favoriser leur connaissance et aussi pour souligner l'importance de l'utilisation des instruments de protection.

Article 13§3

Les précédents rapports du gouvernement italien avaient expliqué le système intégré toujours en vigueur d'interventions et de services sociaux établi par la Loi-cadre n° 328/2000 et ses décrets d'application. Comme cela a été prévu par les dispositions en vigueur, les interventions publiques ayant trait au réseau des services sociaux territoriaux sont surtout mises en œuvre au niveau communal. En fait, les ressources spécialement allouées par l'Etat et/ou les régions (et dans certains cas par les provinces) sont ensuite elles aussi utilisées directement par les communes ou par les Associations de communes constituées à cet effet.

En **2005** (source: ISTAT), les dépenses des Communes et des organismes associatifs pour l'assistance sociale s'élevaient à 5 milliards 741 mille euro et elles représentaient 0,4% du produit intérieur brut.

Par rapport à l'année précédente, les ressources utilisées ont présenté une augmentation de 6,7%. Les politiques de *welfare* (politiques sociales) des administrations communales présentaient d'importants éléments de variabilité au niveau territorial. Les principales différences concernaient les dimensions de l'offre d'assistance sociale: au niveau national, les dépenses par habitant étaient de 98 € par an, mais on passait d'une moyenne de 146 € par habitant dans le Nord-est à une valeur de 40 € par habitant dans le Sud.

En ce qui concerne les destinataires de cette aide, on trouvait à la première place les familles avec enfants auxquelles étaient destinés 38,5% du total des dépenses sociales; à la deuxième place, les personnes âgées (23,4%), suivies par les personnes handicapées (20,4%).

Les autres catégories d'utilisateurs recevaient les 17,8% restants: 7,4% pour les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2,4% pour les immigrés, 1% pour les toxicomanes et 7% **pour les activités générales et pour la partie « multi-utilisateurs »**. Par rapport à l'année précédente, on a relevé une augmentation du nombre d'utilisateurs pour tous les services et les interventions relevés dans la catégorie « pauvreté et adultes

défavorisés ». Le « service social professionnel », celui à travers lequel on a réalisé la « prise en charge » des personnes et la mise en place des parcours spécifiques d'aide, avait en particulier fait enregistrer une augmentation de 25% de son nombre d'utilisateurs, d'environ 237 900 à environ 297 500.

Voici quels ont été les principaux domaines d'intervention:

Catégorie famille et mineurs: c'est dans cette catégorie que rentrent les interventions et les services de soutien au développement des enfants et à la protection des mineurs. Les bénéficiaires des interventions et des services peuvent être des femmes seules avec enfants, celles enceintes, les jeunes couples, les familles avec enfants, les familles monoparentales et les femmes victimes de maltraitances familiales.

Catégorie personnes handicapées: c'est dans cette catégorie que rentrent les interventions et les services auxquels peuvent accéder tous les utilisateurs souffrant de handicaps physiques, psychiques ou sensoriels (y compris les personnes infectées par le VIH ou la TBC). Les prestations destinées aux personnes âgées ayant perdu leur autonomie rentrent quant à elles dans la catégorie « personnes âgées ».

Catégorie dépendances: les interventions et les services destinés aux personnes présentant une dépendance aux drogues ou à l'alcool rentrent dans cette catégorie

Catégorie personnes âgées: c'est dans cette catégorie que rentrent les interventions et les services visant à améliorer la qualité de vie des personnes âgées mais aussi à favoriser leur mobilité, leur intégration sociale et la réalisation de leurs activités de base. Les services et les interventions en faveur des personnes âgées souffrant de la maladie d'Alzheimer rentrent eux aussi dans cette catégorie

Catégorie immigrés et nomades: c'est dans cette catégorie que rentrent les interventions et les services destinés à l'intégration sociale, culturelle et économique des étrangers immigrés en Italie. On entend par étrangers les personnes n'ayant pas la nationalité italienne, y compris celles dans des situations particulièrement fragiles comme les réfugiés, les demandeurs d'asile et les victimes de la traite.

Catégorie pauvreté et adultes défavorisés: c'est dans cette catégorie que rentrent les interventions et les services pour les anciens détenus, les femmes battues, les personnes sans domicile fixe, les indigents, les personnes ayant des troubles mentaux (psychiatriques) et les autres personnes ayant des difficultés ne rentrant pas dans les autres catégories.

Catégorie « multi-utilisateurs »: c'est dans cette catégorie que rentrent les services sociaux s'adressant à plusieurs types d'utilisateurs, les activités générales effectuées par les Communes et les coûts engendrés par les exemptions et les réductions appliquées aux utilisateurs des différentes catégories.

Parmi les instruments utilisés par les Communes pour répondre aux différents besoins des citoyens, on peut distinguer trois stratégies principales:

1) les services rendus directement aux personnes (par exemple l'aide et l'assistance à domicile, le soutien fourni par les assistants sociaux, ou « service social professionnel », les activités pour l'intégration sociale des personnes âgées, handicapées, immigrées, etc....);

- 2) les aides économiques pour les citoyens dans le besoin (aides aux revenus, allocations logement, aides pour les services scolaires, etc....) ;
- 3) les services qui présupposent le fonctionnement et la gestion de structures stables sur le territoire (les crèches, les centres d'accueil de jour et les foyers d'accueil pour les personnes ne disposant pas du soutien familial adéquat).

Au niveau national, la part des dépenses absorbée par les services de soutien aux exigences des différentes catégories d'usagers et celle destinée au fonctionnement des structures ont été presque équivalentes, respectivement à hauteur de 39% et 38%. La partie restante (23%) a été destinée aux transferts d'argent qui ont été soit directement versés aux familles dans le besoin à des fins spécifiques d'assistance, soit virés aux différents organismes œuvrant dans ce secteur.

82% des ressources utilisées pour l'aide sociale fournie au niveau local concernaient les catégories d'usagers « famille et mineurs », « personnes âgées » et « personnes handicapées ». La partie restante a été répartie entre les autres types de bénéficiaires: 7,4% des dépenses étaient destinées à la catégorie « pauvreté et adultes défavorisés » qui comprend les interventions spécifiques pour les troubles mentaux, 2,4% étaient destinés aux « immigrés et nomades » et 1,0% aux « dépendances »; les compétences en matière de toxicomanies reviennent du reste surtout aux organismes travaillant dans le domaine de la santé.

7,0% des dépenses revenaient aux activités générales comme le **secrétariat social**, les services d'information et de conseil pour accéder au réseau des services, les actions de prévention et de sensibilisation et tout ce qui rentrait dans la catégorie « multi-usagers ».

Dans le cadre des politiques de soutien aux pauvres et aux adultes défavorisés, les interventions des Communes se sont avant tout concrétisées sous forme d'aides économiques qui ont absorbé 48,8% des dépenses de cette catégorie. Les dépenses restantes ont concerné les *structures résidentielles* qui ont accueilli environ 43 600 personnes en difficulté, le *service social professionnel*, avec environ 300 000 usagers pris en charge, et les *services et les interventions pour l'insertion professionnelle* auxquels ont eu recours environ 40 400 adultes ayant des problèmes de nature économique et presque 6 000 personnes souffrant de troubles mentaux.

D'autres interventions significatives de cette catégorie ont été représentées par le *service de restauration*, avec plus de 50 000 usagers par an, et par les *unités de rue pour les interventions rapides*, avec presque 40 000 cas traités dans des situations d'urgence.

En 2005, le nombre d'usagers de la catégorie « pauvreté et adultes défavorisés » avait augmenté au niveau de tous les types d'interventions et de services offerts par les Communes et par les organismes associatifs. Par exemple, les personnes prises en charge par le service social professionnel étaient passées d'environ 237 900 en 2004 à environ 297 500 en 2005.

La norme concernant le *5 pour mille* a été introduite de façon expérimentale par la loi de finances pour l'année 2006 puis elle a été confirmée les années suivantes. Elle prévoit qu'en présentant leur déclaration de revenus, les contribuables puissent indiquer une organisation à but non lucratif (ONLUS, associations de promotion sociale, organisations de volontariat, coopératives sociales, fondations culturelles nationales, associations de

sports de loisirs inscrites au Comité Olympique National Italien, etc...) à laquelle destiner **5 pour mille** de leur IRPEF (NdT: impôt sur le revenu des personnes physiques).

Au cours de la première année d'application, environ 15 millions de contribuables ont indiqués des organismes bénéficiaires pour un montant total d'environ 300 millions d'euros.

Le grand nombre d'organisations à but non lucratif destinataires du 5 pour mille (environ 21 000), leur hétérogénéité et l'extrême diversité des montants à leur verser (de quelques euros à plus de cinq millions) a engendré une activité préliminaire complexe afin d'obtenir les informations nécessaires aux versements.

Article 13§4

L'Azienda Sanitaria Locale ou ASL (NdT: Agence sanitaire locale), c'est l'ensemble d'hôpitaux, de cabinets médicaux, de centres de consultation et de services se chargeant de la santé de la population au niveau territorial.

L'inscription au *Servizio Sanitario Nazionale* ou SSN (NdT: Service national de santé) est obligatoire pour les citoyens étrangers séjournant de façon régulière ou ayant demandé le renouvellement de leur permis de séjour pour: activité professionnelle salariés; activité professionnelle indépendante; inscription sur les listes de placement; raisons familiales et rassemblement familial; asile politique; asile humanitaire; attente d'adoption; placement (adoption); acquisition de la nationalité; raisons de santé (en cas de maladie ou d'accident ne permettant pas de quitter le territoire national).

Lorsqu'il s'inscrit, le citoyen étranger se voit délivrer la carte sanitaire qui lui donne le droit de recevoir gratuitement, c'est-à-dire sur paiement d'une partie des frais à titre de participation (ticket modérateur), les prestations sanitaires suivantes: visites médicales générales dans les cabinets médicaux et visites médicales spécialisées, visites médicales à domicile, hospitalisation, vaccinations, examens de sang, radiographies, échographies, prescription de médicaments, assistance en cas de rééducation ou de prothèses, etc...

Cette inscription est valable pendant toute la durée du permis de séjour et ne peut échoir durant la phase de renouvellement de ce dernier: elle peut par conséquent être renouvelée même en présentant à l'ASL les documents attestant de la demande de renouvellement du permis de séjour.

Les citoyens extracommunautaires séjournant de façon régulière en Italie ont droit à l'inscription obligatoire au SSN par lequel ils seront traités comme des citoyens italiens.

Cela inclut également les citoyens qui:

- exercent de façon régulière une activité professionnelle salariée ou indépendante;
- sont inscrits sur les listes de placement;
- sont emprisonnés ou internés;
- sont en possession du permis de séjour ou du justificatif de la demande de renouvellement pour:
 - travail salarié;

- travail indépendant;
- raisons familiales;
- asile politique;
- asile humanitaire;
- demande d'asile;
- phase d'attente de l'adoption et/ou placement;
- acquisition de la nationalité;
- traitement médical pour les femmes enceintes ou dans les 6 mois après la naissance de l'enfant à leur charge.

L'assistance sanitaire est également assurée aux membres de la famille à charge séjournant de façon régulière, ainsi qu'aux mineurs étant nés de citoyens extracommunautaires inscrits au SSN, et ça lors de leur naissance.

Les citoyens extracommunautaires disposant d'un permis de séjour en règle n'ayant pas droit à l'inscription obligatoire peuvent demander l'*iscrizione volontaria* au SSN contre le paiement du droit d'inscription correspondant dont le montant varie en fonction des revenus perçus et du statut d'étudiant ou de travailleur (Décret du Ministère de la Santé du 1^{er} octobre 1986). Ces citoyens sont par ailleurs tenus de souscrire une assurance valide sur le territoire italien contre les risques d'accidents qui couvre également les membres de leur famille à leur charge.

L'inscription volontaire est ouverte:

- aux étudiants;
- aux personnes au pair;
- au personnel religieux;
- aux titulaires du permis de séjour pour « *residenza elettiva* » (NdT: résidence élue);
- aux salariés extracommunautaires des organisations internationales œuvrant en Italie, sans préjudice des accords internationaux en la matière;
- au personnel accrédité auprès des représentations diplomatiques et consulaires;
- aux travailleurs n'étant pas tenus de verser en Italie l'impôt sur le revenu des personnes physiques;
- aux autres catégories exclues de l'inscription obligatoire.

Le droit d'inscription a une validité d'une année civile, il n'est pas fractionnable et ne peut avoir d'effet rétroactif. L'inscription couvre également les membres de la famille à charge, sauf pour les étudiants et les personnes au pair. L'inscription volontaire au SSN ne s'étend pas aux citoyens extracommunautaires ayant un permis de séjour pour raisons de traitement médical ou pour raisons touristiques.

Pour les citoyens étrangers qui ne sont pas en règle par rapport aux normes concernant l'entrée et/ou le séjour (c'est-à-dire sans permis de séjour ou avec un permis de séjour périmé depuis plus de 60 jours), s'ils ne disposent pas de ressources économiques suffisantes, l'assistance médicale leur est garantie par le biais de la délivrance par toute ASL ou tout Hôpital (*Azienda Ospedaliera*) d'une carte où figure un code d'identification appelé S.T.P. (Etranger Temporairement Présent).

La délivrance de cette carte est assujettie à une déclaration d'indigence de la part de l'étranger qui doit remplir le formulaire prévu à cet effet par le Ministère du Travail, de la Santé et des Politiques Sociales.

Les citoyens étrangers qui ne sont pas en règle par rapport aux normes concernant l'entrée et/ou le séjour ont droit aux soins ambulatoires et hospitaliers urgents ou essentiels, même prolongés, dans les structures publiques et accréditées, en cas de maladie ou d'accident.

Dans les structures accréditées du SSN, les citoyens extracommunautaires qui ne sont pas en règle par rapport aux normes concernant l'entrée et le séjour se voient garantir:

- 1) les soins ambulatoires et hospitaliers urgents (n'étant pas reportables sans entraîner de danger pour leur vie ou de dommages à leur santé) ou du moins essentiels (prestations sanitaires, diagnostiques et thérapeutiques relatives à des pathologies n'étant pas dangereuses dans l'immédiat ou à court terme mais qui pourraient entraîner des dommages plus sévères à leur santé ou des risques pour leur vie) en cas de maladie ou d'accident;
- 2) les interventions de médecine préventive et les prestations de soins dont l'issue ait trait

la sauvegarde de la santé individuelle et collective, à savoir:

- a) la protection de la grossesse et de la maternité comme s'il s'agissait de citoyennes italiennes;
- b) la protection de la santé des mineurs;
- c) les vaccinations obligatoires dans le cadre d'interventions de prévention collective autorisées par les Régions;
- d) les interventions de prophylaxie internationale;
- e) la prophylaxie, le diagnostic, le traitement de maladies infectieuses et l'éventuelle éradication des foyers correspondants;
- f) les activités destinées à la protection de la santé mentale.

Les prestations fournies à des personnes sans recours économiques suffisants sont assurées sans frais pour le demandeur.

Toutes les prestations, les prescriptions pharmaceutiques et les dossiers de compte-rendu seront réalisés en utilisant un code STP (étranger temporairement présent). Ce code a une validité semestrielle et il est délivré par les Services des admissions des hôpitaux et par les structures territoriales établies par les agences sanitaires locales à l'occasion de la première fourniture d'assistance, au moment de la déclaration de l'état d'indigence. Ce code est reconnu sur l'ensemble du territoire national et il est renouvelable si l'étranger reste en Italie. Dans tous les cas, la structure sanitaire doit enregistrer les informations concernant l'identité du patient que celui-ci fournira, même s'il ne dispose pas de ses papiers. L'accès aux structures sanitaires n'entraîne aucune déclaration aux autorités de police (*autorità di pubblica sicurezza*), sauf dans les cas où cette déclaration soit obligatoire. Le non-paiement des prestations hospitalières urgentes ou du moins essentielles, même prolongées, engendre une dépense pour le Ministère de l'Intérieur tandis que les frais des interventions de médecine préventive sont prélevés dans le Fonds Sanitaire National.

ARTICLE 14

Droit au bénéfice des services sociaux

§. 1

Le précédent rapport du gouvernement italien avait expliqué le système intégré toujours en vigueur d'interventions et de services sociaux établi par la Loi-cadre n° 328/2000 et ses décrets d'application.

On souligne que le système susdit a vu l'approbation de la loi de réforme du Titre V de la Constitution, en 2001, ce qui a confirmé le caractère inspirateur de la Loi 328/2000 en définissant l'organisme local comme l'acteur institutionnel chargé de fournir les services (subsidiarité verticale) et en assurant la promotion du partenariat public/privé (subsidiarité horizontale). Toujours en continuité avec la loi n° 328/2000, l'offre des services était liée à la reconnaissance de véritables droits sociaux dont la définition était confiée à l'Etat à travers des LEP (niveaux essentiels des prestations) tandis que les compétences législatives en matière de politiques sociales étaient exclusivement confiées aux Régions (cf. encadré pages 3, 4 et 5).

Malgré cette forte continuité, le nouveau cadre constitutionnel n'a pas facilité le processus d'application de la loi-cadre de 2000.

Des difficultés se sont présentées au niveau des interactions entre les différents niveaux de gouvernement, à savoir le national et le local.

Pour ce qui est du financement du système, l'article 119 de la Constitution n'a pas prévu de fonds de secteur ayant des caractéristiques similaires à celles du Fonds national pour les politiques sociales (FNPS) préexistant.

Enfin, le Plan national des services et des interventions sociales n'a pas été renouvelé, à l'échéance de sa première période de trois ans (décembre 2003), les normes-cadres prévues par la loi de 2000 (adoption partielle pour l'art. 11, pas d'adoption pour les art. 12 et 13) n'ont pas été adoptées et les LEP n'ont pas été déterminés. Seulement le mécanisme annuel d'allocations demeure avec des ressources qui annuellement passent (même si à présent avec des obligations plus faibles quant à leur affectation) de l'Etat central aux régions, et donc en dernier ressort aux communes.

ENCADRE 1. CADRE SYNOPTIQUE DES MESURES LEGISLATIVES ET DE PROGRAMMATION DES REGIONS

Régions	Lois-cadres sur le système des services sociaux	Plan Social Régional (et Plans Sanitaires)
Abruzzes		Délibération n° 977 du 28/08/2006 Lignes générales du troisième Plan social régional 2007-2009
Basilicate	Loi Régionale n° 25/1997 Remaniement du système d'assistance sociale	Prorogation en 2003 et en 2004 du Plan d'assistance sociale 2000-2002
Calabre	L. R. n° 23/2003	L. R. n° 11/2004 Plan Régional pour la Santé 2004/2006
Campanie	Projet de loi n°13/2004 (loi sur la dignité sociale et les droits de citoyenneté)	Lignes directrices annuelles pour l'intégration sanitaire et sociale
Emilie-Romagne	L. R. n° 2/2003	
Frioul Vénétie Julienne	L. R. n° 6/2006 Système intégré d'interventions et de services pour la promotion et la défense des droits de citoyenneté sociale	Délibération du Comité exécutif régional (<i>Giunta Regionale</i>) n° 2834 du 06/08/2002 L. R. n° 18/1996, art. 6. Approbation du rapport de programmation pour l'année 2002 dans le secteur des politiques sociales. Délibération du Comité exécutif régional n° 1891 du 29 mai 2002 «Programme pour la première application de la loi n° 328/2000 - affectation des fonds d'Etat 2001 et années précédentes»
Latium		Délibération du Comité exécutif régional du 29/10/2002 (Plan d'assistance sociale 2002-2004)
Ligurie		Délibération du Conseil Régional n° 65/2001 (Plan triennal des services sociaux 2002-2004)
Lombardie		Délibération du Conseil Régional n° VII/0462 du 13/03/2002 Plan Sanitaire et Social régional 2002-2004 «Liberté et innovation au service de la santé»
Marches		Délibération du Conseil Régional n° 306/2000 (Plan Régional Social 2000-2002) Délibération du Comité exécutif régional n° 1968/2002 (Lignes directrices pour les Plans sociaux de Zone 2003) Délibération du Conseil Régional n° 97/2003 (Plan Sanitaire Régional 2003-2006)
Molise	L. R. n° 1/2000 Remaniement des activités d'assistance sociale et institution d'un système de protection sociale et des droits sociaux de citoyenneté L. R. n° 9/2005 Remaniement du Service régional de santé	Délibération du Comité exécutif régional n° 251 du 12/11/2004 Plan d'assistance sociale régional. Période de 3 ans 2004-2006. Loi n° 328 du 8 novembre 2000 et Loi Régionale n° 1 du 7 janvier 2000 Délibération du Comité exécutif régional n° 906

		du 04/07/2005 Délibération du Conseil Régional n° 251 du 12/11/2004 « Plan social régional sur 3 ans 2004-2006 ». Plans sociaux de zone (<i>piani sociali di zona</i>). Mesures. Lignes directrices pour la rédaction des Plans Sociaux de Zone
Prov. aut. de Bolzano	Loi Provinciale n° 13/1991 «Remaniement des services sociaux de la Province de Bolzano»: cela constitue à l'heure actuelle la base législative de référence pour le secteur des politiques sociales	Plan Sanitaire Provincial 2000-2002 Délibération du Comité exécutif provincial n° 5513 du 13/12/1999 Approbation du Plan social provincial 2000-2002
Prov. aut. de Trente	L. P. n° 14/1991 Système des services d'assistance sociale dans la province de Trente	Délibération du Comité exécutif provincial n° 581/2002 Plan Social et d'Assistance pour la Province de Trente 2002-2003
Piémont	L. R. n°1/2004 Normes pour la réalisation du système régional intégré d'interventions et de services sociaux et remaniement de la législation de référence	Plan Sanitaire et Social 2002-2004 Délibération du Comité exécutif régional n° 51-13234 du 03/08/2004 Approbation des lignes directrices pour la préparation des Plans de Zone aux termes de l'art. 17 de la L. R. n° 1 du 8 janvier 2004
Pouilles	L. R. n° 19/2006 Réglementation du système intégré des services sociaux pour la dignité et le bien-être des femmes et des hommes dans les Pouilles	Délibération du Comité exécutif régional n° 1104/2004 (Plan Régional des Politiques Sociales 2004-2006) Délibération du Comité exécutif régional n° 2100/2004 (Plan Régional des Politiques pour la Famille et Lignes Directrices pour l'immigration)
Sardaigne	L. R. n° 23/2005 Système intégré des services aux personnes Abrogation de la loi régionale n° 4/1998 (Remaniement des fonctions d'assistance sociale)	Délibération du Comité exécutif régional n° 4/21 du 10/02/2005 Plan Régional des services sanitaires et sociaux
Sicile	L. R. n° 22/1986	Délibération du Comité exécutif régional de juillet 2002 Lignes directrices d'orientation des communes pour la rédaction des Plans de Zone – Période de 3 ans 2001-2003, en application de la loi 328/2000. Vers le plan sanitaire et social de la Région sicilienne Délibération Provinciale n° 243 du 04/11/2002 Lignes directrices pour l'application du Plan sanitaire et social de la Région sicilienne Délibération Provinciale du 11/05/2000 Plan Sanitaire Régional 2000-2002
Toscane	L. R. n° 41/2005 (Loi sur le système intégré des services sociaux et la défense des droits de citoyenneté)	Délibération du Conseil Régional n° 60/2002 (Lignes directrices pour le Plan Intégré Social Régional ou PISR 2002-2004) L. R. n° 40/2005 (Approbation du Plan Sanitaire Régional). Prorogation pour 2005 du PISR 2002-2004
Ombrie		Délibération du Conseil Régional n° 759 du 20/12/1999 Plan Social Régional 2000-2002 Délibération du Comité exécutif régional n° 649 du 21/06/2000 Lignes directrices régionales pour la mise au point

		des Plans de Zone Délibération du Comité exécutif régional n° 248 du 06/03/2002 Acte directif pour les communes pour la programmation sociale de leur territoire Plan 2005-2007 en cours de rédaction
Val d'Aoste	L. R. n° 5/2000 Normes pour la rationalisation de l'organisation du Service sanitaire et social régional et pour l'amélioration de la qualité et du caractère adéquat des prestations sanitaires, sanitaires et sociales et aussi d'assistance sociale produites et fournies au sein de la région	L. R. n° 18 du 04/09/2001 Approbation du plan sanitaire et social régional pour la période de 3 ans 2002-2004
Vénétie	Projet de loi n° 3/2002 (Texte organique sur les politiques sociales)	Délibération du Comité exécutif régional du 10/06/2003 Plan régional des services aux personnes et à la communauté 2003-2005 Politiques sanitaires, socio sanitaires et sociales de la Région de la Vénétie des années 2003-2005 Délibération du Comité exécutif régional n° 1764 du 18/06/2004 Lignes directrices pour la préparation des Plans de Zone

Malgré les criticités précédemment indiquées, le «*Rapport de contrôle des politiques d'inclusion 2003-05*» fournit un cadre des processus de rationalisation et d'extension du système des services mis en place au niveau central et périphérique pour capter de façon plus efficace et adéquate les besoins émergents. Les interventions et les expérimentations ont concerné tous les domaines de la politique sociale et elles ont été menées avec la mise au point des procédures de programmation promue par la Loi n° 328/2000 cité (Planification sociale régionale, de zone, etc...), ce qui a renforcé le partenariat public-privé dans la fourniture des services en recourant aux opportunités offertes par les Fonds structurels durant la période de programmation 2000-2006. Des différenciations subsistent entre les zones régionales au niveau de la définition et de l'offre des services. Dans ce sens, le SIS (le registre des services sociaux) prévu par la loi 328/00 représente un instrument valide pour agir de manière plus ponctuelle.

La connaissance et l'évaluation du système de protection sociale (*welfare*) sous ses différents aspects se sont consolidées à travers des activités orientées vers le suivi et l'évaluation des politiques sociales afin de conférer à ces dernières une plus grande efficacité et efficience ainsi qu'une plus vaste qualité des interventions et des services.

Ceci s'est réalisé à travers:

- a. la constitution d'un *Groupe d'évaluation* avec des experts en politiques sociales au sein et en dehors des administrations (y compris celles locales);
- b. la définition d'un programme pluriannuelle de recherche sur la *demande sociale* dans le Pays (en collaboration avec le CNR) destiné à une meilleure compréhension de la

demande sociale au niveau national et territorial et subdivisée par zones de besoin par rapport aux principales caractéristiques socio-démographiques de la population;

c. la création d'un portail informatique réalisé en collaboration avec différents acteurs institutionnels et étroitement raccordé à ce qui avait déjà été activé au niveau régional afin de constituer un point de collecte et de diffusion des enquêtes et des rapports sur le *welfare* social, c'est-à-dire sur le système intégré de services et de prestations effectivement en place au niveau central et local. Ceci est conforme aux termes de l'art. 21 de la loi-cadre 328/00, (réalisation d'un Système informatif sur les Service sociaux).

Le « *Rapport de contrôle des politiques sociales – 2006* » étudie le système des services sociaux territoriaux avec une analyse détaillée tenant compte des informations statistiques les plus récemment produites en matière de prestations sociales et de dépenses des communes et associations de communes. On y prend en considération: la triple mesure des dépenses, le nombre de bénéficiaires et le coût unitaire ou le coût par habitant de la prestation.

En plus de l'hétérogénéité territoriale, on relève que la manque persistante d'offre dans les services – en particulier ceux liés à la garde des enfants et des personnes âgées – contribue à maintenir le taux d'activité féminine bas (seulement 45% des femmes ont un emploi, 30% dans le Mezzogiorno) avec des effets négatifs sur le taux de croissance potentielle de l'économie et avec pour corollaire un faible taux de natalité. L'objectif du Gouvernement, des Régions et des Autonomies locales vise donc, dans le respect de leurs zones de responsabilité respectives, à améliorer et à renforcer l'offre de services sur le territoire, à assurer aux mineurs et aux personnes âgées de nouveaux instruments de promotion et de défense de leurs droits tout en renforçant la parité des chances pour les femmes; celles-ci assurent en effet les 2/3 du travail de garde au sein de leurs familles, ce qui les pénalise particulièrement au niveau de la conciliation des temps de vie privée/professionnelle.

L'un des objectifs premiers reste celui de promouvoir des modalités d'accès aux prestations de façon coordonnée, intégrée et programmée.

Il est prévu de développer et mettre en place différents modèles d'intégration complémentaire:

- *l'intégration complémentaire interinstitutionnelle* qui permet aux différents acteurs titulaires des compétences, aussi bien au niveau sanitaire que social, d'agir conjointement même lorsqu'il n'existe pas de modalités de gestion unitaire des services (ou tant qu'elles n'existent pas);
- *l'intégration complémentaire professionnelle* qui permet à des opérateurs différents d'intervenir de manière coordonnée sur les besoins vérifiés des citoyens tout en garantissant des réponses unitaires et complémentaires.

Ce processus se développe à travers la diffusion de systèmes présentant les caractéristiques du *point unique d'accès* et qui soient en mesure: d'effectuer une

évaluation globale du besoin, de préparer le diagnostic et les parcours choisis et enfin d'orienter les différentes actions.

Pour les raisons qui viennent d'être expliquées, les interventions publiques concernant le réseau des services sociaux territoriaux sont surtout mises en œuvre au niveau communal. En fait, les ressources spécialement allouées par l'Etat et/ou les régions (et dans certains cas par les provinces) sont ensuite elles aussi utilisées directement par les communes ou par les Associations de communes constituées à cet effet.

Parmi les instruments utilisés par les Communes pour répondre aux différents besoins des citoyens, on peut distinguer trois stratégies principales:

- 1) les services rendus directement aux personnes (par exemple l'aide à domicile, le soutien fourni par les assistants sociaux, ou bien le « service social professionnel », des activités pour l'intégration sociale de personnes âgées, handicapées, immigrées, etc....) ;
- 2) les aides économiques pour les citoyens dans le besoin (aides aux revenus, allocations logement, aides pour les services scolaires, etc....) ;
- 3) les services qui présupposent le fonctionnement et la gestion de structures stables sur le territoire (les crèches, les foyers de jour et les foyers d'accueil pour les personnes ne disposant pas du soutien familial adéquat).

Au niveau national, la part des dépenses absorbée par les services de soutien des exigences des différentes catégories d'utilisateurs et celle destinée au fonctionnement des structures sont presque équivalentes, respectivement à hauteur de 39% et 38%. La part restante (23%) est destinée aux transferts d'argent qui peuvent être directement virés aux familles en état de besoin à des fins spécifiques d'assistance ou bien être versés aux différents organismes œuvrant dans ce secteur.

Dans le Sud, sont plus remarquables les dépenses pour les services aux personnes (48,5% contre 39,4% pour l'ensemble de l'Italie) et les transferts d'argent (30,6% contre 22,8% au niveau national); les Communes du Centre et du Nord-est destinent quotités de dépenses plus élevées aux structures (44,7% dans le Centre et 42,5% dans le Nord-est contre 37,8% au niveau national) tandis que, dans le Nord-ouest, on relève substantiellement la même répartition que celle observée au niveau national.

En 2005 (dernière année relevée), selon l'ISTAT, les dépenses des Communes et des organismes associatifs pour l'assistance sociale s'élevaient à 5 milliards 741 mille euros et elles représentaient 0,4% du produit intérieur brut. Par rapport à l'année précédente, les ressources utilisées présentent une augmentation de 6,7%.

Comme a été précédemment évoqué, les politiques de *welfare* (politiques sociales) des administrations communales présentent d'importants éléments de variabilité au niveau du territoire. Le rapport entre les différentes zones géographiques reflète également cette tendance : plus de la moitié du total des dépenses (58,6%) revient aux Communes

du Nord, tandis que celles du Centre et du Mezzogiorno (NdT : le midi italien) en utilisent respectivement 21,8% et 19,6%. Les principales différences concernent les dimensions de l'offre d'assistance sociale: au niveau national, les dépenses par habitant sont de 98 euros par an, mais on passe d'une moyenne de 146 euros par habitant dans le Nord-est à une valeur de 40 euros par habitant dans le Sud.

Tableau 1

Coûts des interventions et services sociaux pour les communes ou associations de communes par zone géographique – Année 2005 (*valeurs absolues en pourcentages et coût moyen par personne*)

REGION ET ZONE GEOGRAPHIQUE	DEPENSES ⁽¹⁾		DEPENSES MOYENNES PAR PERSONNE
	Valeurs absolues	Valeurs en pourcentages	
Nord-ouest	1.745.453.379	30,4	112,6
Nord-est	1.618.153.998	28,2	146,1
Centre	1.252.164.495	21,8	111,0
Sud	565.246.159	9,8	40,1
Iles	560.336.930	9,8	84,0
ITALIE	5.741.354.961	100,0	98,0

(1) Par dépenses, on entend les dépenses engagées sur le compte courant correspondant pour l'année 2005 et débitées aux communes ou associations de communes pour la fourniture des services et des interventions d'assistance sociale. Cela comprend les coûts du personnel, la location de biens immobiliers ou d'équipements ainsi que l'achat de biens et de services (dépenses gérées de façon directe). Si le service est géré par d'autres organisations (par exemple des coopératives sociales), les dépenses correspondent aux coûts engendrés par la couverture de ce service par des tiers (dépenses gérées de façon indirecte). Les dépenses sont fournies déduction faite de la participation des usagers et du Service National de Santé.

Source: ISTAT, 2005

Pour ce qui est des destinataires de cette assistance, on trouve à la première place les familles avec des enfants auxquelles sont destinés 38,5% du total des dépenses sociales; à la deuxième place, les personnes âgées (23,4%), suivies par les personnes handicapées (20,4%). Les autres catégories d'usagers reçoivent les 17,8% restants: 7,4% pour les politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, 2,4% pour les immigrés, 1% pour les toxicomanes et 7% pour les activités générales et pour la partie « multi-usagers » (secrétariat social, services d'informations et de conseils pour accéder au réseau des services, actions de prévention et de sensibilisation, etc...).

Par rapport à l'an 2004, on relève une augmentation du nombre d'usagers pour tous les services et les interventions relevés dans la catégorie « pauvreté et adultes défavorisés ». Le « service social professionnel », qui réalise la « prise en charge » des personnes et active des parcours spécifiques d'aide, a en particulier fait enregistrer une augmentation de 25% du nombre d'usagers, (environ 237 900 à environ 297 500).

Tableau 2

Dépenses engendrées par les interventions et les services sociaux des communes ou associations de communes par catégorie d'usagers - Année 2005

DEPENSES	CATEGORIE D'USAGERS							
	Famille et mineurs	Personnes âgées	Personnes handicapées	Pauvreté et adultes défavorisés	Immigrés	Dépendances	Multiusagers	Total
Valeurs absolues								
Valeurs en pourcentages								

Spesa per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per area di utenza – Anno 2005

SPESA	AREA DI UTENZA							
	Famiglie e minori	Anziani	Disabili	Povert� e disagio adulti	Immigrati	Dipendenze	Multiutenza	Totale
Valori assoluti	2.211.938.925	1.340.954.906	1.168.892.933	423.335.164	136.725.090	56.854.496	402.653.447	5.741.354.961
Valori percentuali	38,5	23,4	20,4	7,4	2,4	1,0	7,0	100,0

Source: ISTAT, 2005

Dans la catégorie « *famille et mineurs* », les dépenses par personne¹ oscillent entre 36,4 euros dans le Sud et 140,5 euros dans le Nord-est. Au niveau national, les dépenses par habitant sont de 94,8 euros. Plus de la moitié des dépenses destin es aux mineurs et aux familles avec des enfants servent au fonctionnement des structures; les *crèches* absorbent en particulier environ 40% du total des dépenses de cette catégorie d'usagers. Les structures résidentielles où les mineurs sans protection et parfois des ménages entiers en difficulté peuvent être accueillis absorbent 8% des dépenses de la catégorie « familles et mineurs ». En 2005, on relève pour les structures de ce type environ 25 000 usagers au cours de l'année et une dépense moyenne pour les Communes d'environ 7 000 euros par

¹ La population de référence pour la catégorie «famille et mineurs» est constitu e par le nombre de membres des familles avec au moins un mineur, ce calcul se base sur les données du Recensement de la population 2001.

usager. De plus, les familles avec des enfants disposent également de différentes structures de jour comme les *ludothèques/ateliers*, les *centri di aggregazione per bambini e ragazzi* (centres d'insertion des enfants et des jeunes) et les *centres d'été de jour (sans hébergement)*. Les dépenses moyennes annuelles des Communes pour ces structures sont inférieures à 150 euros par usager et le nombre de mineurs en bénéficiant varie d'environ 315 000 pour les centres d'été de jour à 390 000 pour les ludothèques/ateliers. Les aides économiques pour soutenir les revenus et les autres types de transferts d'argent se voient destiner 24% des dépenses pour la catégorie « famille et mineurs » tandis que les 19% restants sont utilisés pour les services.

En ce qui concerne ces services, une composante importante de l'offre d'assistance réalisée sur le territoire, c'est le « *service social professionnel* » qui consiste dans la prise en charge par les assistants sociaux des familles et des individus s'adressant à eux. Les usagers du service social professionnel (environ 676 000 dans la catégorie « famille et mineurs ») sont ensuite orientés vers le réseau des services disponibles par le biais de parcours d'aide servant à résoudre leurs difficultés.

Parmi les autres services assurés par les Communes et par les organismes en charge qui concourent à l'offre pour les familles avec enfants, on trouve le *soutien socio-éducatif* organisé dans les écoles (soutien scolaire), avec presque 100 000 usagers par an, et le *soutien socio-éducatif* fourni dans des structures spécifiques ou à domicile (*soutien territorial et/ou à domicile*), avec plus de 62 000 usagers, les interventions pour l'insertion professionnelle, l'aide à domicile, la cantine et le transport social. Dans l'ensemble, ces postes budgétaires s'élèvent à environ 185 869 000 euros.

Les frais *pro-capite* par personne âgée varient entre une fourchette de 48 euros par an dans le Sud et de 192 euros par an dans le Nord-est avec une moyenne nationale de 116,7 euros par an. Dans cette catégorie d'usagers, la principale dépense correspond aux interventions et aux services qui absorbent 47,2% du total disponible.

Dans les stratégies d'intervention pour aider les *personnes âgées* (cf. article 23), l'*aide à domicile* présente une importance particulière attendu que 37% des dépenses destinées à cette catégorie d'usagers y sont consacrées.

Il existe plusieurs modalités de fourniture de ces prestations à domicile: *l'assistenza domiciliare socio-assistenziale* (aide à domicile avec assistance sociale) est la forme la plus typique sous laquelle les Communes assistent les personnes partiellement indépendantes et s'occupent de leur logement puisque c'est celle qui enregistre le plus grand nombre d'usagers (presque 190 000 dans toute l'Italie).

Dans l'« *Enquête de recensement sur les interventions et les services sociaux des Communes – Année 2005* » menée par l'ISTAT, l'ADI (*Assistenza domiciliare integrata con i servizi assistenziali* / aide à domicile intégrée aux services d'assistance), qui tient compte de l'aide à domicile, puisque la partie des soins médicaux, infirmiers et de rééducation est à la charge du Service National de Santé, relève environ 70 000 usagers .

Les « chèques, allocations pour les soins et bons d'aide sanitaire » dont l'attribution donne le droit de recevoir différentes prestations de la part de professionnels publics et privés ont bénéficié à environ 55 000 personnes âgées ; d'autres formes d'aide à domicile prévoient le *télé secours* et la *téléassistance*, avec presque 73 000 usagers, ainsi que la *fourniture de repas et/ou de blanchissage à domicile* (plus de 54 000 usagers).

L'*assistenza domiciliare socio-assistenziale* (aide à domicile avec assistance sociale) pour les personnes âgées présente un haut niveau de couverture dans la péninsule : le pourcentage de Communes dotées de ce service varie entre 68% dans le Sud et 93% dans le Nord-est, avec une valeur nationale de 84%. Environ 1,6% des personnes âgées résidentes a bénéficié de ces prestations. Dans ce cas, les plus hauts niveaux d'utilisation de ce service sont relevés dans les Iles avec 2,7% des personnes âgées assistées, tandis que le Centre enregistre les niveaux les plus bas avec un résultat de 1,1%.

Si on prend uniquement en considération l'ADI (*Assistenza Domiciliare Integrata* / Aide à domicile intégrée), la couverture territoriale diminue drastiquement : seules 34% des Communes s'avèrent dotées de ce service. Dans le Nord et le Centre, ce pourcentage dépasse 40% tandis qu'il est de 17% dans le Sud et de 10% dans les Iles.

Les *chèques/bons (vouchers)* sont plus répandus dans le Nord où plus de 70% des Communes recourent à cette modalité de gestion des services d'aide à domicile.

Les coûts de l'aide à domicile pour les Communes sont en moyenne plus contenus en ce qui concerne la composante d'aide de l'ADI, avec une moyenne de 860 euros par usager, alors que pour les chèques/bons, la moyenne est de 1 360 euros par an et que, pour l'aide avec assistance sociale, elle est de 1 727 euros. Les dépenses associées aux articles restants de l'aide à domicile sont toutes plus modestes.

Une autre composante importante de l'aide fournie aux personnes âgées réside dans les *structures résidentielles* (NdT: types de foyers) qui absorbent 25% des dépenses sociales de cette catégorie d'usagers. En plus des dépenses courantes liées au fonctionnement des structures communales, il y a les frais d'hébergement réglés par les Communes pour les personnes âgées vivant dans des structures privées conventionnées, ce qui correspond à 12% des dépenses sociales de la catégorie des personnes âgées. Moyennement, une personne âgée vivant dans une structure avec assistance engendre un coût d'environ 4 580 euros pour la Commune², ce à quoi s'ajoutent la cotisation payée par l'utilisateur (environ 3 800 euros par an) et l'éventuel complément pris en charge par le Service National de Santé (environ 3 300 euros en moyenne par an). Le montant des frais d'hébergement à la charge de la Commune ou des organismes associatifs est légèrement plus élevé dans le cas des structures communales (4 854 euros par an et par

² Ce chiffre correspond à la fois aux structures communales et aux frais réglés par les Communes pour l'hébergement dans des structures privées conventionnées

usager) et plus contenu dans le cas des frais d'hébergement dans des structures privées conventionnées.

L'offre de structures résidentielles pour les personnes âgées est présente dans 64% des Communes italiennes. Sur les 110 000 usagers relevés, la plupart se trouvent dans le Nord dont presque la moitié au Nord-est où le pourcentage d'usagers par rapport à l'ensemble de la population des personnes âgées est de 2% contre 0,9% au niveau national et 0,3% dans le Sud.

Les Communes et les organismes associatifs fournissent par ailleurs des services à caractère récréatif et différentes activités pour favoriser l'intégration sociale et la mobilité des personnes âgées. Tous ces services engendrent des coûts qui sont en moyenne modérés pour les organismes en charge, mais ils s'avèrent conséquents étant donné leur nombre d'usagers: par exemple, dans les centres sociaux et d'intégration, on relève plus de 400 000 usagers avec un coût moyen pour les Communes d'environ 47 euros par an.

Au niveau national, les dépenses par habitant pour ce qui est des **personnes handicapées** sont de 2 070 euros. Pour une personne handicapée résidant dans le Nord-est, les Communes et les organismes associatifs ont alloué en moyenne 4 610 euros aux services sociaux, aux structures et aux aides économiques; dans le Nord-ouest, les dépenses par habitant handicapé descendent à environ 2 800 €, dans le Centre à 2 296 €, dans les Iles à

1 467 € pour arriver dans le Sud à 520 euros.

Presque la moitié des dépenses engagées (48,5%) est liée aux services, 31,1% au fonctionnement des structures et les 20,4% restants ont été versés sous forme de contributions financières.

En ce qui concerne les politiques de soutien des personnes handicapées, là aussi on enregistre un poids significatif de l'aide à domicile et des structures résidentielles qui présentent, dans ce cas, des coûts unitaires plus élevés, que ce soit pour les organismes publics que pour les usagers bénéficiant de leurs services : en moyenne, les Communes dépensent en un an 3 456 euros par usager pour l'aide à domicile avec assistance sociale, 2 272 euros pour l'aide à domicile intégrée et 1 935 euros pour les bons/chèques.

Le service d'*aide à domicile* pour les personnes handicapées oscille sur le territoire entre 47% dans les Iles et 78% dans le Nord-est. Le rapport du nombre de personnes handicapées adultes aidées à domicile sur 100 usagers potentiels s'élève à 5,6 au niveau national, avec des valeurs moyennes par zone géographique variant entre 4,3 dans le Sud et 8,8 dans le Centre.

La présence de *structures résidentielles* destinées aux personnes handicapées concerne surtout le Nord et en particulier le Nord-est où 92% des Communes ont activé ce type d'offre contre 4% dans le Sud. On compte 19 292 usagers de ces structures avec un coût moyen par usager de 10 991 euros pour les Communes. La part des frais payée par les

familles est en moyenne de 2 094 euros et celle prise en charge par le Service National de Santé de 3 843 euros.

Dans le cadre de cette dernière catégorie d'usagers, les *centres (d'accueil) de jour* fournissent par ailleurs un important soutien logistique aux familles. En 2005, ceux-ci ont accueilli environ 26 400 personnes handicapées, avec un coût moyen pour les Communes d'environ 7 400 euros par usager; il convient d'ajouter les frais payés par les Communes aux centres d'accueil de jour privés pour un total de presque 7 300 usagers et un coût moyen d'environ 5 170 euros par an et par personne.

Les interventions destinées à la formation, à l'instruction et à l'insertion professionnelle ont une incidence d'environ 22% sur le total des dépenses destinées aux personnes handicapées. On relève en particulier le *soutien socio-éducatif scolaire* dont ont bénéficié environ 38 200 usagers, le *soutien socio-éducatif territorial*, avec environ 15 770 usagers, et les *interventions pour l'insertion professionnelle*, avec 27 670 usagers.

Pour ce qui est de la catégorie « *pauvreté et exclusion sociale* », les dépenses par personne³ au niveau national sont de 11,4 euros par an. Les valeurs les plus hautes sont relevées au Centre et dans les Iles (un peu plus de 15 euros) tandis que les plus basses sont enregistrées dans le Sud (5,7 euros).

Dans le cadre des politiques de soutien des pauvres et des adultes défavorisés, les interventions des Communes résident surtout dans les *contributions financières* auxquelles sont destinées 48,8% des dépenses de cette catégorie. Les parts restantes correspondent aux *structures résidentielles* qui accueillent environ 43 600 personnes en difficulté, au *service social professionnel*, avec environ 300 000 usagers pris en charge, aux *services et aux interventions pour l'insertion professionnelle* auxquels ont eu recours environ 40 400 adultes ayant des problèmes de nature économique et presque 6 000 personnes souffrant de troubles mentaux. Voici d'autres interventions significatives de cette catégorie qui ont été réalisées avec des chiffres relativement modestes : le *service de restauration*, avec plus de 50 000 usagers par an, et les *unités de rue pour les interventions rapides* avec presque 40 000 cas traités dans des situations d'urgence.

En 2005, il s'avère que les usagers de la catégorie « *pauvreté et adultes défavorisés* » ont augmenté au niveau de tous les types d'interventions et de services offerts par les Communes et par les organismes associatifs. Par exemple, les personnes prises en charge par le service social professionnel sont passées d'environ 237 900 en 2004 à environ 297 500 en 2005.

³ La population de référence pour la catégorie « *pauvreté et adultes défavorisés* » est constituée par la population âgée de 18 à 65 ans – Année 2005

Les dépenses par personne de la catégorie « *immigrés et nomades* » s'élèvent à 53,9 euros par an, avec les valeurs les plus hautes enregistrées dans le Centre de l'Italie (71,2) et les plus basses dans le Sud (31,8).

Parmi les interventions de soutien des immigrants, on trouve à la première place en termes de dépenses les *contributions financières* qui ont mobilisé 26,4% des ressources destinées à la catégorie d'utilisateurs « immigrants et nomades ». A la deuxième place, on trouve la gestion des *structures résidentielles* qui absorbe environ 21% des dépenses des Communes pour les immigrants, auxquelles s'ajoutent les 4,6% de frais des prestations résidentielles privées conventionnées. Les ressources restantes se répartissent entre le *service social professionnel* (16,2%), les *activités pour l'intégration sociale* (18,3%) et les autres activités résiduelles.

Parmi les activités organisées au niveau local pour les étrangers présents en Italie, le « *service social professionnel* » est le premier auquel s'adressent les citoyens immigrants pour obtenir des informations d'orientation et de soutien. En 2005, le service social professionnel a fourni le soutien de ses assistants sociaux à un bassin d'utilisateurs de plus de 188 000 étrangers.

Les activités pour « *l'intégration sociale* » des étrangers proposées par les Communes ont bénéficié dans leur ensemble à plus de 280 000 utilisateurs. Ces activités comprennent les *services de médiation culturelle* et les activités récréatives, sociales et culturelles organisées sur le territoire afin de favoriser l'intégration de la population immigrée.

Malgré leur poids plus réduit en terme de dépenses engagées, d'autres types d'interventions réalisées par les Communes et par leurs associations sont dans tous les cas importantes étant donné leur nombre d'utilisateurs et l'utilité sociale des prestations offertes : c'est le cas des « *services d'assistance éducative et d'insertion professionnelle* », avec plus de 34 000 bénéficiaires durant l'année de référence, ainsi que du « *service de restauration* », avec plus de 15 000 utilisateurs.

La gestion des *structures résidentielles* a permis d'offrir un accueil à environ 11 800 étrangers pendant l'année, tandis que 1 400 autres étrangers ont bénéficié du paiement de leurs frais d'hébergement dans des structures de type privé. Les Communes dépensent en moyenne 2 430 euros par an et par utilisateur pour la gestion des structures résidentielles pour les étrangers tandis que les frais d'hébergement payés aux structures privées s'élèvent à environ 4 400 euros par an et par personne aidée. A ce type de soutien s'ajoute la gestion des zones aménagées pour les nomades qui correspond à 7,4% des dépenses sociales des Communes pour les étrangers et s'avère avoir un bassin d'utilisateurs d'environ 16 000 nomades en 2005.

Un des principaux services relevés par l' « *Enquête de recensement sur les interventions et les services sociaux des Communes – Année 2005* » menée par l'ISTAT, sont les crèches où convergent environ 16% du total des dépenses sociales des Communes. Avec une dépense publique d'environ 900 millions d'euros et un complément de la part des

familles de aux plus près 206 millions, presque 150 000 enfants ont bénéficié des crèches publiques ou conventionnées. Par rapport à la population résidente d'âge compris entre zéro et deux ans, les usagers des crèches représentent à peine 9,1% du total, avec des valeurs moyennes plus élevées dans le Nord-est (14%) et plus faibles dans le Sud (2,5%). Afin de remplir leurs fonctions d'assistance sociale, les Communes du Nord se dotent de façon significative de différentes formes d'associations intercommunales grâce auxquelles les Communes les plus petites parviennent à renforcer l'offre de services et de structures de leur territoire. Dans le Nord de l'Italie, environ 30% des dépenses sociales sont gérées par les organismes associatifs et les services sanitaires et sociaux. Les Communes du Centre et du Mezzogiorno gèrent la plupart des activités d'assistance sociale de façon individuelle. Il convient d'indiquer les exceptions constituées par certaines régions comme la Toscane et l'Ombrie au Centre, les Abruzzes, la Campanie et la Basilicate au Sud, où les divisions sanitaires et sociales, les groupements et les communautés de montagne contribuent significativement à l'offre d'assistance sociale. La part des dépenses gérée sous forme associée s'élève dans le Centre à 14,5%, dans le Sud à 13,9% et dans les Iles à 1%.

Les Conclusions 2007 contenaient une demande du Comité des droits sociaux quant à d'éventuels critères pour accéder aux services sociaux en plus de ceux indiqués dans le précédent rapport.

*Signalons à ce sujet que l'article 2, alinéa 2, de la loi 328/2000 garantit le caractère d'« **universalité** » du système intégré des interventions et des services sociaux. Il avait par ailleurs été spécifié que certains critères avaient été adoptés afin de garantir une priorité d'accès aux services à certaines catégories de citoyens en vertu de leur niveau particulier de difficultés, qu'elles soient de nature physique ou psychique.*

L'article 13 de la loi 328/2000 citée ci-dessus prévoit par ailleurs l'adoption d'une Charte des services sociaux par tous les organismes fournissant ces services. Cette Charte définit les critères d'accès aux services, les modalités de fonctionnement de ceux-ci, les conditions pour faciliter leur évaluation par les usagers et par les acteurs représentant leurs droits en plus des procédures pour assurer la protection des usagers. C'est à cette dernière fin que la Charte prévoit pour les usagers, sans préjudice de leur protection par voie juridictionnelle, la possibilité de former des recours contre les responsables de la gestion de ces services.

Pour ce qui est de la demande du Comité des droits sociaux au sujet des méthodes utilisées par les Régions pour remplir leur rôle de contrôle de l'activité menée par les organismes en charge des services sociaux, il convient de signaler que ces tâches sont réalisées par les professionnels de la santé des ASL (NdT: agences locales de santé) territorialement compétentes. Dans le cadre de leur autorité législative, les Régions fixent les conditions requises pour l'autorisation et

l'accréditation des services et des structures d'accueil résidentiel et semi-résidentiel. Elles définissent également les instruments servant à la vérification des résultats.

§.2

Comme a été déjà expliqué dans le précédent rapport du gouvernement italien, les acteurs publics pourvoient à l'entretien et à l'offre des services et, conformément au principe de subsidiarité horizontale, c'est à dire : *les organismes à but non lucratif d'utilité sociale, les organismes de coopération, les organisations de volontariat, les associations et les organismes de promotion sociale les fondations, les enti di patronato (NdT: services d'assistance et de tutelle des droits des travailleurs) et les autres acteurs privés*, en qualité de sujets actifs dans la conception et la réalisation concertée des interventions. Les acteurs privés doivent cependant avoir été tout d'abord autorisés puis accrédités afin de pouvoir participer au réseau des services sociaux territoriaux. En d'autres mots, l'autorisation est indispensable pour tout acteur privé souhaitant fournir des services aux personnes tandis que pour les « fournisseurs de services » de l'administration publique (qui font partie du système intégré des interventions et des services sociaux), l'accréditation et l'autorisation sont nécessaires. La loi 328/2000 a confié aux Communes la tâche d'autoriser et d'accréditer les acteurs privés en se basant sur un ensemble de critères établis par les lois régionales. Les Régions définissent ces critères en réunissant et en complétant, le cas échéant, les conditions minimales requises par l'Etat. De plus, les Régions réalisent des activités de surveillance des organismes fournisseurs conformément aux modalités décrites dans le paragraphe précédent.

Volontariat

D'après l'enquête ISTAT « *Les organisations de volontariat en Italie. Année 2003* » publiée en 2006, les Associations de volontariat ont augmenté de 152,0% par rapport au premier relevé de 1995, et elles sont ainsi passées de 8 343 à **21 021 unités**.

Cette augmentation notable depuis 1995 est due d'une part à la constitution de nouvelles unités (8 530) et d'autre part à l'inscription d'organisations préexistantes (4 148) aux différents registres.

Malgré la hausse remarquable du nombre d'unités, l'analyse des données du dernier relevé permet de confirmer certaines des caractéristiques importantes du monde des organisations de volontariat. On observe en particulier:

- le fort enracinement des organisations de volontariat dans les régions du Nord, même si les unités présentes dans le Mezzogiorno ont augmenté de façon relativement plus marquée au fil des ans;
- la prédominance relative d'organisations de petites dimensions, que ce soit en termes de volontaires actifs ou de ressources économiques disponibles;
- la plus forte présence parmi les volontaires des hommes, de personnes âgées de 30 à 54 ans diplômées et ayant un emploi;
- la concentration relative d'unités dans les secteurs de la santé et de l'assistance sociale même si dans le temps le nombre de celles œuvrant dans des secteurs moins « traditionnels » va en augmentant;
- la croissance du nombre d'organisations ayant des usagers directs et, de ce fait, l'augmentation du nombre des usagers s'adressant à elles pour satisfaire leurs exigences.

En 2003, 28,5% des organisations de volontariat étaient situées dans le Nord-ouest, 31,5% dans le Nord-est, 19,3% dans le Centre et 20,7% dans le Sud et les Iles. Par rapport à 1995, le nombre d'organisations de volontariat a augmenté de façon supérieure à la moyenne nationale (+152,0%) dans le Mezzogiorno et dans le Nord-est (respectivement +263,1% et +161,9%) et dans une moindre mesure dans le Nord-ouest et dans le Centre (respectivement +119,0% et +115,6%).

Toujours la même année, les organisations inscrites aux registres régionaux employaient environ 12 000 salariés et 826 000 volontaires. Par rapport à 1995, le nombre de salariés a augmenté de 77,0% et celui des volontaires de 71,4%.

Durant la période 1995-2003, le nombre de salariés a augmenté de façon significative surtout dans le Mezzogiorno (+281,4%), dans le Nord-est (+202,6%) et dans le Nord-ouest (+128,7%) tandis qu'il a diminué dans le Centre (-16,4%).

La **santé** (28,0%) et l'**assistance sociale** (27,8%) confirment être les secteurs dans lesquels travaille le plus grand nombre d'organisations de volontariat. Cependant, entre 1995 et 2003, le pourcentage d'organisations a diminué de 14,4 points de pourcentage dans le secteur de la santé et de 2,7 points de pourcentage dans celui de l'assistance sociale. On a en revanche enregistré une augmentation dans les secteurs des loisirs et de la culture, de la protection civile et de la protection de l'environnement dans lesquels les pourcentages passent respectivement de 11,7% à 14,6%, de 6,4% à 9,6% et de 2,2% à 4,4%. On relevait la constance du poids des organisations actives de façon prépondérante dans l'éducation, dans la défense et la protection des droits et dans les activités sportives tandis que celui concernant les autres secteurs s'élevait à 7,6% (en incluant les secteurs de la philanthropie et de la promotion du volontariat, de la coopération et de la solidarité internationale, du développement économique et de la cohésion sociale et enfin de la religion).

Les services les plus répandus étaient ceux de l'écoute, du soutien, de l'aide morale et celui du don du sang (proposés respectivement par 19,9% et 17,4% des organisations). On trouve ensuite les services des loisirs et de la détente (14,5%), l'accompagnement et l'insertion sociale (13,0%), la réalisation de cours thématiques (12,9%), l'organisation de spectacles de divertissement (12,6%), les campagnes d'information et de sensibilisation (11,8%), l'aide à domicile (11,8%), le transport des personnes âgées et/ou handicapées (11,4%), les exercices de protection civile (11,3%) et les prestations de secours et/ou le transport des malades (10,7%).

En 2003, le nombre d'organisations avec des usagers directs était de 15 652 (il y en avait 5 650 en 1997, 7 862 en 1999 et 13 451 en 2001) et il représentait 74,5% du total des organisations inscrites (48,2% en 1997, 52,2% en 1999 et 73,5% en 2001). Le nombre d'usagers a lui aussi augmenté en passant de 2,5 millions en 1997 à environ 6,8 millions en 2003.

En 2003, les catégories d'usagers les plus fréquentes étaient celles des personnes malades et/ou victimes de traumatismes (51,6%), des usagers ne souffrant pas de gênes spécifiques (9,9%), des personnes âgées indépendantes (9,4%), des mineurs (7,7%), des immigrés (4,3%), des personnes handicapées (2,8%), des individus ayant des difficultés financières (2,5%), des membres de familles avec une/des personne(s) souffrant de gênes spécifiques (2,4%), des personnes âgées dépendantes (2,2%) et des sans-abri (1,1%). Les autres catégories correspondent à des pourcentages inférieurs ou égaux à 1% des usagers.

Le total des ressources financières des organisations de volontariat est passé de 675 millions d'euros en 1997 à 1 630 millions d'euros en 2003 (soit 1 426 millions d'euros à prix constants en se basant sur 1997).

En 2003, 29,8% des unités se finançaient avec des fonds d'origine exclusivement privée (24,9% en 1997), 35,1% avec des ressources d'origine surtout privée (33,7% en 1997), 29,9% avec des ressources surtout publiques (35,8% en 1997) et 5,2% avec des ressources exclusivement publiques (5,7% en 1997).

Coopératives sociales

Le relevé « *Les coopératives sociales en Italie – année 2005* » réalisé par l'ISTAT et publié en 2007 fait ressortir qu'au 31 décembre 2005, il y avait **7 363** coopératives sociales actives tandis qu'il y en avait 652 qui n'avaient pas encore lancé leur activité ou qui l'avaient temporairement suspendue à la date de référence du relevé.

Par rapport au précédent relevé (au sujet de 2003), les coopératives sociales ont augmenté de 19,5% ; par rapport au premier relevé de 2001, il y a eu 33,5% de croissance.

La relative nouveauté de ce phénomène est confirmée par le fait que plus de 70% des coopératives sociales sont nées après 1991. Dans 59% des cas (4 345 unités), il s'agit de coopératives fournissant des services sanitaires, sociaux et éducatifs (coopératives de type A) et, dans 32,8% des cas (2 419 coopératives), ce sont des unités s'occupant de l'insertion professionnelle de personnes défavorisées (coopératives de type B). Les coopératives de type mixte, c'est-à-dire celles réalisant aussi bien des activités de type A que de type B, et les consortiums étaient bien moins nombreux, à savoir respectivement 315 (4,3%) pour les premières et 284 pour les seconds (3,9%).

Les coopératives sociales employaient environ 244 000 travailleurs rétribués (dont 211 000 salariés, 32 000 travailleurs avec un contrat de collaboration et un peu plus de 1 000 travailleurs intérimaires) et 34 000 non rétribués (30 000 volontaires, 3 000 volontaires du service civil et environ 700 religieux). Les femmes représentent 71,2% des ressources humaines.

Parmi les coopératives de type A, le secteur d'activité le plus répandu est l'assistance sociale, le service le plus fréquemment proposé est l'aide à domicile et la catégorie d'usagers la plus commune est constituée par les mineurs. Dans les coopératives de type B, le secteur d'activité plus répandu est l'insertion professionnelle qui concerne surtout les personnes handicapées (handicapés physiques, psychiques et sensoriels).

En 2005, la plupart des coopératives sociales étaient situées dans le Mezzogiorno (33,8%, soit 2 487 unités). On trouve ensuite le Nord-ouest avec le 26,9% (1 979 unités), le Nord-est avec 19,9% (1 466) et le Centre avec 19,4% (1 431).

En ce qui concerne leur type, l'ensemble des coopératives sociales est constitué de façon prépondérante par des coopératives de type A (4 345 unités, soit 59%) ; on trouve ensuite les coopératives de type B (2 419 unités, soit 32,8%), les coopératives de type mixte (315 unités, soit 4,3%) et les consortiums sociaux (284 unités, soit 3,9%).

Au niveau territorial, on relève que dans le Nord-ouest, les coopératives de type B sont relativement plus fréquentes (35% contre les 32,8% enregistrés au niveau national), dans le Nord-est sont les coopératives de type mixte (5,4% contre 4,3%), dans le Centre les coopératives de type B et de type mixte (respectivement 43% et 7,4%) et, enfin, dans le Mezzogiorno, les coopératives de type A (67,8% contre 59%).

Fin 2005, les coopératives sociales employaient 278 849 unités de personnel, dont 211 307 salariés, 31 629 travailleurs avec un contrat de collaboration, 30 478 volontaires, 3 415 volontaires du service civil, 1 287 travailleurs intérimaires et 733 religieux. On comptait 244 223 travailleurs rétribués (les salariés, les travailleurs avec un contrat de collaboration et les intérimaires) alors que le personnel non rétribué s'élevait à 34 626 unités.

Coopératives sociales de type A

Les coopératives appartenant à cette catégorie offrent des services sanitaires, sociaux et éducatifs à travers la gestion de résidences médicalisées, de crèches, de foyers de jour, de communautés, d'équipements médicaux ou encore en fournissant de l'aide à domicile à une vaste gamme d'usagers dont la plupart se trouvent dans des situations défavorisées ou fragiles socialement parlant.

Pour ce qui est du secteur d'activité prépondérant, 59,1% des coopératives de type A travaillent dans le domaine de l'Assistance sociale. Le deuxième secteur par nombre de coopératives est celui de l'Education et de la recherche (21%). On trouve ensuite le secteur de la Culture, des sports et des loisirs (10,7%) et de la Santé (9%) tandis que la partie restante des coopératives œuvre dans d'autres secteurs (0,2%).

En ce qui concerne la palette de services proposés par les coopératives de type A, les plus répandus sont ceux liés à l'aide à domicile (fournie par 36,5% des unités), à l'assistance dans les résidences médicalisées (offerte dans 35,9% des cas) et aux services de loisirs, divertissement et animation (assurés par 31,8% des coopératives).

Au niveau territorial, ce sont les unités situées dans le Centre et dans le Mezzogiorno qui fournissent le plus souvent le service d'aide à domicile. L'assistance dans des résidences médicalisées est plus fréquemment proposée par les coopératives basées dans les régions du Nord. Par ailleurs, le service de loisirs, divertissement et animation est particulièrement répandu dans le Nord-ouest et dans le Centre.

Au cours de l'année 2005, les coopératives sociales de type A ont offert leurs services à plus de 3,3 millions d'usagers. Ce grand nombre d'usagers est principalement dû d'une part à la capacité de ces « entreprises » à répondre rapidement aux demandes, souvent complexes et difficiles à interpréter, de personnes dans des situations défavorisées, et d'autre part à la flexibilité de leur offre qui couvre également les demandes d'usagers n'étant pas nécessairement mus par des besoins d'assistance spécifiques.

Pour ce qui est des catégories d'usagers les plus fortement assistées, on relève tout d'abord les mineurs (28,8%) puis les usagers ne souffrant pas de gênes spécifiques (26,8%) et les personnes âgées dépendantes (11,4%) ou indépendantes (10,4%).

Dans les différentes zones géographiques, voici les catégories étant respectivement les plus fréquentes:

- dans le Nord-ouest, les personnes âgées (indépendantes ou dépendantes), les mineurs et les immigrés;
- dans le Nord-est, les personnes malades et/ou victimes de traumatismes, celles souffrant d'autres types de gênes, les immigrés et les personnes sans emploi;
- dans le Centre, les usagers ne souffrant pas de gênes spécifiques et les mineurs;
- dans le Mezzogiorno, les usagers ne souffrant pas de gênes spécifiques.

Coopératives sociales de type B

Les coopératives d'insertion professionnelle fournissent des opportunités d'emploi à des personnes défavorisées, ce qui facilite l'intégration sociale d'individus qui resteraient

autrement exclus du marché du travail. Afin d'atteindre cet objectif, les coopératives de type B peuvent réaliser toutes les activités d'entreprise dans le secteur agricole, industriel, artisanal, commercial et des services mais elles sont tenues de réserver une partie des postes à des personnes défavorisées (alcooliques, détenus et anciens détenus, handicapés physiques, psychiques et sensoriels, mineurs, patients psychiatriques, toxicomanes et autres personnes dans des conditions d'exclusion sociale).

En 2005, on comptait 30 141 individus défavorisés présents dans les coopératives sociales de ce type et le pourcentage de personnes défavorisées présentes dans ces coopératives par rapport au nombre total d'employés rétribués s'élevait, au niveau national, à 55,5%, un chiffre bien supérieur au minimum (30%) imposé par la loi n° 381 de 1991.

La plus forte concentration de personnes défavorisées était relevée dans le Nord-ouest (33,2%), suivi par le Nord-est (26%), le Centre (24,5%) et le Mezzogiorno (16,3%).

Pour ce qui est des types d'individus défavorisés, les catégories les plus nombreuses sont celles des personnes handicapées (46,3%), des toxicomanes (16%) et des patients psychiatriques (15%).

Les individus défavorisés les plus présents au sein des coopératives situées dans les différentes zones géographiques sont respectivement :

- les patients psychiatriques et les toxicomanes dans le Nord-ouest ;
- les alcooliques, les patients psychiatriques et les détenus et anciens détenus dans le Nord-est ;
- les personnes handicapées dans le Centre ;
- les mineurs et les personnes souffrant d'autres types de gênes dans le Mezzogiorno.

Consortiums

Les consortiums sociaux représentent une des principales formes d'intégration entre les coopératives sociales. Leur fonction première est d'offrir des services destinés à soutenir les capacités et les activités de gestion des coopératives membres, soit par rapport à des fonctions internes (gestion des ressources humaines, assistance en comptabilité et conseils fiscaux, accomplissement de formalités administratives, formation, information) soit par rapport aux relations avec l'extérieur (élaboration de projets, aide à la participation à des appels d'offres publics, soutien dans l'élaboration de stratégies politiques, participation à des appels d'offres publics pour le compte des coopératives membres).

Le cadre ressortant du traitement des données présente une grande variété d'activités. Globalement, en ce qui concerne la palette de services proposés, les plus répandus sont ceux liés à l'aide à la participation à des appels d'offres publics (proposée par 74,6% des consortiums), à la mise au point et la coordination de projets (72,5%), à l'organisation d'échanges d'informations et d'expériences entre les coopératives (70,8%), à la promotion de l'image des coopératives et de nouveaux services (chacune à hauteur de 67,6%). Les services d'assistance pour l'acquisition de fournitures et ceux de transmission de connaissances

concernant les processus de production sont moins représentés (respectivement 23,2% et 26,4%).

Si on examine la répartition territoriale, on observe que les consortiums du Nord proposent plus fréquemment des services liés aux activités de formation et d'accréditation vers l'extérieur de la coopérative tandis que ceux du Centre et du Mezzogiorno sont plus enclins à offrir leur soutien pour repérer des ressources économiques.

ARTICLE 23

Droit des personnes âgées à une protection sociale

§. 1

Les politiques en faveur de la population âgée avaient été illustrées dans les précédents rapports du gouvernement italien. Celles-ci prévoyaient des programmes caractérisés par une vision positive de l'âge mûr et par la mise en valeur de la personne âgée en sa qualité d'acteur social au sein d'une société intégrée et solidaire. Les objectifs concernés incluaient: le soutien aux familles avec des personnes âgées dépendantes ayant besoin d'une aide à domicile, l'innovation et la diversification de l'offre de services et de prestations ainsi que la possibilité d'exercer le droit de choisir où la personne âgée souhaite vivre.

La loi 328/2000 (Loi-cadre sur l'assistance) avait été accompagnée de façon notoire par la mise au point d'un système structuré d'interventions et de services pour tous les citoyens afin d'assurer un soutien aux familles et aux cas de situations de marginalisation, le tout à travers des plans de zone et l'implication de tous les acteurs institutionnels présents sur le territoire.

Cette loi avait entre autre introduit les niveaux essentiels des prestations (LEP) et des services sociaux de façon à garantir un standard homogène sur tout le territoire national.

Les Plan national des interventions et des services sociaux – années 2001-2003 – approuvé par le D.P.R. du 3 mai 2001 prévoyait des mesures en faveur des personnes et des familles avec des prestations flexibles et diversifiées basées sur des projets personnalisés. **Parmi les objectifs prioritaires, on trouvait la mise en valeur et le soutien des responsabilités familiales et ceci en portant une attention particulière aux exigences des membres les plus fragiles au sein de ces familles.**

Ce Plan impliquait une grande pluralité d'acteurs: les syndicats, les forces sociales, les associations de volontariat, les Organismes locaux et les Régions.

A l'heure actuelle, on relève des pratiques et des normes positives au niveau central et territorial. En partant des conditions légales précédemment décrites, celles-ci s'adaptent aux transformations législatives sur le Système des Organismes locaux prévues par le Texte Unique 267/2000. Le T. U. susmentionné confirme et régit à nouveau ce qui avait déjà été indiqué par la loi 142/90 quant à la prévision constitutionnelle des villes métropolitaines et il souligne, conformément au principe de subsidiarité, le rôle important des Communes en tant qu'Organismes de base tout en établissant leur autonomie statutaire.

§.2

Bien que de façon partielle et non spécifique, l'ampleur des récentes initiatives législatives fait que celles-ci touchent également la thématique des personnes âgées, notamment: la régularisation des flux migratoires de travailleurs à embaucher dans le domaine de l'assistance (*badanti*), des solutions concernant les problèmes de logement, plusieurs stratégies comprenant des amortisseurs sociaux ou encore la jurisprudence de sentences en faveur de travailleurs assistant des personnes dépendantes (NdT: ayant perdu leur autonomie).

En matière d'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes, il convient de signaler la **arrêt de la Cour Constitutionnelle n° 158 du 18 avril 2007** qui a déclaré l'illégitimité constitutionnelle de l'art. 42, alinéa 5, du décret législatif 151/2001 – « *Texte Unique des dispositions en matière de protection et de soutien de la maternité et de la paternité, conformément à l'article 15 de la loi n° 53 du 8 mars 2000* » dans la mesure où « il n'est pas prévu le droit du conjoint d'une personne gravement handicapée (aux termes de la loi 104/92) de bénéficier du congé payé de deux ans ». L'exclusion du conjoint de la personne gravement handicapée de la catégorie des sujets pouvant bénéficier du congé en question (parents ou, si ceux-ci sont décédés ou complètement invalides, frères et soeurs vivant sous le même toit que la personne handicapée) s'avère contraire aux art. 2, 3, 29 et 32 de la Constitution. D'après la Cour, le rejet du droit au congé payé extraordinaire au conjoint de la personne handicapée entraînerait une plus faible protection du foyer si le travailleur ne conservait par la même rétribution. Dans ce cas, il est en effet probable que le conjoint soit le seul en mesure de subvenir aux besoins économiques non seulement de son époux/se requérant une assistance continue mais aussi des autres membres du foyer.

Dans ce sens et en considération de l'orientation consolidée de la jurisprudence, la **Circulaire n° 90/2007 de l'INPS** (NdT: Institut national italien de sécurité sociale) précise que **la présence d'une assistante familiale est compatible avec le droit de bénéficier d'aménagements des horaires de travail pour le parent demandeur (jusqu'au 3^{ème} degré de parenté).**

Dans le cadre de la formation de projets et donc des prévisions de dépenses destinées à la protection sociale s'étendant à la population âgée, il convient de rappeler que la **Loi n° 244 du 24/12/2007, « Dispositions pour la formation du budget annuel et pluriannuel de l'Etat » (loi de finances 2008), prévoit:**

- 1- Article 2, alinéa 465, **Fonds pour les personnes dépendantes (non autonomes):** augmentation de 100 millions d'euro de la somme allouée pour l'année 2008 et de 200 millions pour celle de l'année 2009.
- 2- L'article 2, alinéa 462, prévoit l'extension des finalités du **Fonds pour les politiques de la famille:** cela permet entre autre aux personnes partiellement ou

totallement dépendantes de rester ou de retourner dans leur famille au lieu de vivre dans des structures résidentielles avec assistance sanitaire.

- 3- En matière d'**aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes**, il convient de rappeler quelques mesures fiscales: **l'employeur peut déduire de ses impôts bruts 19% des frais engendrés par les personnes employées pour l'aide aux personnes dépendantes, avec un plafond maximum de 2 100 €. Cette déduction bénéficie à la personne dépendante ou aux membres de sa famille supportant les frais correspondants (pour pouvoir effectuer cette déduction, il faut avoir un total de revenus annuel ne dépassant pas 40 000 €).**

Particulièrement important aussi bien pour le Gouvernement que pour la collectivité, le thème du *vieillissement actif* s'est centré d'un côté sur la réforme du système de retraite et de l'autre sur la solidarité intergénérationnelle.

Réforme du système des retraites

C'est à travers le Protocole du 23 juillet 2007 que le Gouvernement a proposé aux Parties sociales un nouveau système de retraite caractérisé par un vieillissement actif de la population plus marqué, même si celui-ci s'effectuera progressivement. En ce qui concerne spécifiquement les aspects de la sécurité sociale, avec un programme d'initiative gouvernementale on a tenté de répondre aux exigences de modernisation de l'actuel système de retraite et de pensions tout en essayant d'éviter que n'entre pas en vigueur, à faire date du 1^{er} janvier 2008, la réforme prévue par la Loi 243/2004 (dont l'application avait été repoussée de 3 ans). Celle-ci prévoyait le passage de l'âge minimum pour avoir droit à la pension d'ancienneté de 57 à 60 ans.

Les ressources économiques et financières pour soutenir les mesures de sécurité sociale intéressées par les interventions programmées par le Protocole ont été estimées à hauteur de 10 milliards d'euros pour la décennie 2008-2017.

Il a été prévu que celles-ci soient obtenues par le biais d'une augmentation des cotisations des parasubordonnés (estimation des recettes additionnels: 3,6 milliards d'euro) et des professionnels non assujettis à une caisse de sécurité sociale et de retraite obligatoire (estimation des recettes additionnels: 0,8 milliard d'euro). Des ressources financières supplémentaires (environ 2,1 milliards d'euro) doivent être obtenues grâce à l'harmonisation des anciens fonds spéciaux INPS (pour les employés des compagnies de téléphone, d'électricité, des chemins de fer, les pilotes, les dirigeants d'entreprise) et grâce à une cotisation de solidarité sur les retraites supérieures à 3 500 euro (c'est-à-dire sur celles huit fois supérieures au minimum retraite) mais aussi à travers l'activation éventuelle de quatre «fenêtres de sortie» (*finestre di uscita*), y compris pour les prestations vieillesse des hommes et des femmes. Enfin, il est prévu que le programme

de réorganisation des organismes de la sécurité sociale et d'assurance engendre environ 3,5 milliards d'euro (en dix ans).

Le nouveau régime de retraite se traduira donc par un vieillissement de la population active plus marqué, même si cela s'effectuera progressivement: il a été décidé qu'à partir du 1^{er} janvier 2008, il sera possible de partir à la retraite à l'âge de 58 ans et avec 35 ans d'ancienneté au niveau des cotisations; en revanche, à partir du 1^{er} juillet 2009, grâce à l'activation du système des *quotes-parts*, le droit à la retraite sera assujéti au respect d'un paramètre constitué par la somme algébrique de l'âge (au niveau de l'état civil) et de l'ancienneté en matière de cotisations.

Les modifications apportées à la réglementation des conditions requises pour le départ à la retraite ne concerneront pas le groupe des personnes employées à des postes considérés comme *pénibles*⁴ (estimées à environ 1,4 millions d'unités) qui pourront partir à la retraite trois ans plus tôt (en termes d'âge par rapport à l'état civil) que ceux qui relèvent du régime général.

Solidarité intergénérationnelle

Mis à part les mesures susmentionnées, il convient d'indiquer que la **Loi de finances 2007 (L. 296/2006)** est également intervenue dans le domaine des retraites et pensions. Afin de favoriser la « *création de nouveaux postes de travail et de réduire les sorties du système productif des travailleurs de plus de cinquante ans* », on a en effet introduit la possibilité d'adhérer à une sorte de **pacte de solidarité entre les générations** (*staffetta giovani-anziani/roulement jeunes-anciens*) prévoyant la possibilité pour les travailleurs âgés de plus de 55 ans de faire passer leur rapport professionnel de plein temps à temps partiel, ce qui permet d'embaucher des jeunes, chômeurs ou du moins sans emploi, âgés d'au moins 25 ans et au plus de 29 ans (s'ils ont obtenu le diplôme universitaire de *Laurea*), toujours avec un contrat de travail à temps partiel.

Parallèlement à la mesure susmentionnée, il convient de citer une autre intervention prévue par la Loi n° 296/2006 et, plus précisément, l'anticipation par rapport à l'échéance prévue dans le décret législatif n° 252/2005 de l'application du transfert de la cotisation de la protection sociale complémentaire des indemnités de départ conformément à l'art. 2120 du code civil italien. A partir du 1^{er} juillet 2007, les quotes-parts relatives aux indemnités de départ mûries à compter du 1^{er} janvier 2007 et les

⁴ En termes généraux, le décret législatif n° 374/1993 définit comme postes de travail pénibles ceux qui requièrent un travail psychophysique particulièrement intense et continu conditionné par des facteurs ne pouvant pas être prévenus par des mesures adéquates.

cotisations supplémentaires éventuellement prévues par les négociations collectives pourront donc être transférées dans les fonds qui gèrent la cotisation sociale complémentaire. La finalité de cette réforme de la protection sociale complémentaire (qui ne concerne pour l'instant que les salariés privés), c'est de permettre aux travailleurs d'obtenir des gestions, y compris spéculatives (avec toutes les précautions prévues à cette fin par le décret législatif n° 252/2005), des fonds de pension des rendements plus élevés en mettant de côté une partie de leur rémunération différée par rapport à ce qu'ils auraient pu obtenir avec le coefficient de réévaluation de leur indemnité de départ . Grâce à la mise en place de cette réforme de la protection sociale complémentaire, il est probable qu'il soit possible d'obtenir indirectement des résultats encourageants en termes de vieillissement actif de la population.

Parmi les mesures destinées à favoriser l'emploi ou le retour à l'emploi de travailleurs de plus de cinquante ans, il convient de citer la loi n° 127 du 24 mars 2006 par laquelle le Ministère du Travail et Italia Lavoro (agence technique du Ministère) ont promu un Programme expérimental de soutien aux revenus destiné à la réintégration de 3 000 travailleurs adultes ayant au moins cinquante ans au 31 décembre 2006. Ce programme repose sur des accords passés avant le 15 avril 2006 entre le Ministère du Travail, les organisations de travailleurs comparativement les plus représentatives et les entreprises. Les activités destinées au retour à l'emploi des travailleurs sont assurées par les agences du travail et par d'autres professionnels autorisés ou accrédités aux termes des art. 4, 5, 6 et 7 du décret législatif n° 276/2003, sur ordre des entreprises qui fournissent au Programme les travailleurs en excédent. A cette fin, 1 300 000 d'euro ont ainsi été alloués pour l'année 2006, 2 600 000 euro pour 2007 et 15,6 millions d'euros à partir de 2008.

* * *

En réponse à la question du Comité des droits sociaux qui souhaite savoir si le montant du minimum retraite indiqué est fourni avant ou après déduction des impôts, signalons que le montant de ce minimum retraite est indiqué déduction faite des impôts et que les pensions sociales sont exemptes de toute taxe.

Pour ce qui est de la possibilité pour toutes les personnes âgées sans moyens de subsistance de bénéficier de la pension sociale, rappelons que cette allocation sociale est une prestation dont la nature est l'aide sociale et qu'elle est réservée à tous les citoyens italiens ayant au moins 65 ans, résidant en Italie et déclarant des revenus nuls ou faibles. Les habitants de la République de Saint-Marin, les réfugiés politiques, les citoyens des Etats membres de l'Union européenne et les citoyens extracommunautaires ayant obtenu une carte de séjour sont assimilés aux citoyens italiens.

Le montant de cette aide est établi chaque année et il est non imposable.

§.3

Viellissement actif

En 2006, le taux d'emploi des personnes âgées entre 55 et 64 ans a atteint 32,5%, soit une augmentation de 4 points de pourcentage en une décennie. Cette hausse provient presque entièrement de la période ayant débuté en 2001 et elle est causée par la augmentation de la composante féminine.

Les caractéristiques scolaires des 55-64 ans ayant un emploi se différencient de celles des générations plus jeunes par l'infériorité des niveaux de formation atteints; presque la moitié ne dispose que d'un certificat d'études primaires ou du brevet des collèges, et un peu plus d'un cinquième, à savoir moins de 400 000 individus, a décroché le diplôme universitaire de *Laurea*.

Les données de l'enquête « ISFOL *Plus* » (2006) font ressortir qu'environ 20% des Italiens perçoivent une pension obtenue avant leur cinquantième anniversaire. Parmi les causes de ce non-emploi, pour les ultra50 ans, les motifs professionnels arrivent bien avant ceux personnels. Le facteur principal reste en tout état de cause la perte de l'emploi: dans la tranche d'âge des 50-64 ans, quatre personnes sur dix déclarent n'être plus formellement actives et deviennent cinq sur dix pour la tranche entre 55-64 ans.

Les pensions

En 2006, le **montant total** annuel des prestations de pension (retraite et assistance) versées en Italie s'élevait à **223 629 millions d'euro**, soit 15,16% du produit intérieur brut (+0,06 point de pourcentage par rapport à la valeur de cet indicateur calculée pour l'année 2005). Le coût total avait ainsi augmenté de 4,1% par rapport à 2005 (source INPS). Spécifiquement, le taux de titulaires de pension(s) (à savoir le rapport entre le nombre de titulaires de pension(s) et la population résidente) était de 39,76 (39,59 en 2005) et l'indice du bénéfice correspondant (c'est-à-dire le rapport entre le montant moyen des pensions et le PIB par habitant) était passé de 38,14% en 2005 à 38,12% en 2006. L'incidence sur le PIB des dépenses pour les retraites des vieux travailleurs était passée de 10,30% en 2005 à 10,45% en 2006; celle des dépenses pour les pensions d'invalidité civile était passée de 0,81% à 0,85%. Pour tous les autres types de pension, l'incidence des dépenses sur le PIB avait diminué par rapport à 2005.

Au 31 décembre 2006, le **nombre de prestations de pension (retraite et assistance)** s'élevait à 23,5 millions d'unités pour un **montant moyen** annuel de 9 511 euros.

Tavola 1 – Prestazioni pensionistiche e relativo importo annuo, complessivo e medio, per tipologia di pensione. Anni 2005-2006

TIPOLOGIE DI PENSIONE	2005						2006					
	Numero	%	Importo complessivo		Importo medio		Numero	%	Importo complessivo		Importo medio	
			milioni di euro	%	euro	N.I.			milioni di euro	%	euro	N.I.
ivs	18.382.820	79,0	194.071	90,3	10.557,18	114,3	18.520.067	78,8	201.765	90,2	10.894	114,5
Vecchiaia	11.399.513	49,0	146.639	68,2	12.863,61	139,2	11.667.860	49,6	154.115	68,9	13.209	138,9
Invalidità	2.077.259	8,9	13.830	6,4	6.657,71	72,1	1.946.775	8,3	13.288	5,9	6.826	71,8
Superstiti	4.906.048	21,1	33.602	15,6	6.849,10	74,1	4.905.432	20,9	34.362	15,4	7.005	73,7
Indennitarie	1.032.827	4,4	4.268	2,0	4.132,00	44,7	991.523	4,2	4.245	1,9	4.282	45,0
Assistenziali	3.841.833	16,5	16.542	7,7	4.305,87	46,6	4.001.671	17,0	17.618	7,9	4.403	46,3
Pensioni sociali	769.784	3,3	3.415	1,6	4.436,06	48,0	775.501	3,3	3.505	1,6	4.520	47,5
Invalidità civile	2.668.540	11,5	11.565	5,4	4.333,94	46,9	2.842.460	12,1	12.571	5,6	4.423	46,5
Guerra	403.509	1,7	1.562	0,7	3.871,83	41,9	383.710	1,6	1.542	0,7	4.018	42,2
Totale	23.257.480	100,0	214.881	100,0	9.239,23	100,0	23.513.261	100,0	223.629	100,0	9.511	100,0

Tableau 1 – Prestations de pension et montant annuel correspondant, total et moyen, par type de pension. Années 2005-2006

TYPES DE PENSION	2005						2006					
	Nombre	%	Montant total		Montant moyen		Nombre	%	Montant total		Montant moyen	
			millions d'euros	%	euros	N.I.			Millions d'euros	%	euros	N.I.
IVS*												
Vieillesse												
Invalidité												
Survie												
Indemnisation												
Assistance												
Pensions sociales												
Invalidité civile												
Guerre												
Total												

*invalidité vieillesse survie

Relativement aux types de pension, on remarque que le nombre de **pensions d'invalidité, de retraites des vieux travailleurs et de pensions réversion** (NdT : en italien IVS, c'est-à-dire Invalidità, Vecchiaia, Superstiti) s'élevait à **18,5 millions**

d'unités, avec un coût total de 201 765 millions d'euros (90,2% du total) et un montant moyen annuel de 10 894 euros. En détail: 49,6% des sommes versées pour les pensions (soit 63,0% des prestations de type Invalidité-vieillesse-survie) étaient représentés par les prestations de vieillesse ou d'ancienneté, pour un total de 154 115 millions d'euros (68,9% du total) et un montant moyen annuel de 13 209 euros ; 20,9% correspondaient aux pensions de survie/veuvage (15,4% en termes de dépenses) et 8,3% étaient liés à des allocations ordinaires d'invalidité ou à des pensions d'incapacité, celles-ci absorbant 5,9% des dépenses destinées à l'ensemble des pensions (6,6% des dépenses pour les pensions de type invalidité-vieillesse-survie).

Les *pensioni assistenziali* (NdT: pour le détail des pensions d'assistance, voir le tableau ci-dessus) représentaient le deuxième type de prestations de retraite en termes de dépenses engendrées. En 2006, elles s'élevaient à 17 618 millions d'euros (7,9% du total) et concernaient **4,0 millions** de prestations, avec un montant moyen annuel de 4 403 euros. Parmi ces prestations, la part la plus importante par rapport au total des pensions versées revenait, aussi bien en termes de nombre de bénéficiaires que de total des dépenses (respectivement à hauteur de 12,1% et 5,6%), aux pensions d'invalidité civile et aux indemnités d'accompagnement correspondantes.

On trouvait enfin les *pensioni indennitarie* (NdT: les **pensions d'indemnisation** sont versées aux victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles) qui s'élevaient à un total de 4 245 millions d'euros (1,9% du total) pour **992 000** bénéficiaires qui recevaient en moyenne 4 282 euros. En ce qui concerne les données des dépenses, on observait qu'en 2006, **le montant annuel total des pensions avait augmenté de 4,1%** par rapport à l'année précédente puisqu'il était passé de 214 881 millions d'euros en 2005 à 223 629 millions d'euros la dernière année. En général, la augmentation du montant total annuel est le résultat de la différence d'évolution entre le nombre de pensions et leur montant moyen. Au 31 décembre 2006, le nombre de versements de pensions avait augmenté de 1,1% par rapport à l'année précédente.

Dans le même temps, le **montant moyen des pensions augmentait de 2,9%** par rapport à 2005, ce qui engendrait une grande partie de l'augmentation du montant total.

Par rapport à 2005, la plus forte hausse des dépenses annuelles globales s'enregistrait pour les pensions d'invalidité civile (+8,7%); cette croissance était plutôt due à l'augmentation du nombre de prestations qu'à la variation du montant moyen des celles-ci; pour ce qui concernait les dépenses pour les pensions de vieillesse, l'augmentation était de 5,1%. L'augmentation des dépenses pour les pensions de survie (+2,3%) et pour les pensions et allocations sociales (+2,6%) était quant à elle plus modérée.

On relevait en revanche la diminution des dépenses pour les pensions d'invalidité et les allocations ordinaires d'invalidité (-3,9%), pour les pensions de guerre (-1,3%) et pour les pensions d'indemnisation (-0,5%). Dans ces cas, la chute des dépenses était due à la

réduction du nombre de prestations qui avait été plus forte que la variation positive des montants moyens.

Si l'on observe maintenant les **titulaires de pension(s)**, en 2006, le nombre de bénéficiaires de prestations de pension était de presque 16,7 millions (avec un nombre de pension par bénéficiaire de 1,4) et il s'avérait à peu près inchangé par rapport à 2005 (+0,7%). Bien que les femmes représentaient 53% des bénéficiaires, les hommes percevaient 56,0% du montant total des pensions, et ceci parce que le montant annuel moyen de leur(s) pension(s) était plus élevé que celui des femmes (respectivement 15 990 euros et 11 133 euros en moyenne).

Le classement des titulaires de pension par nombre de prestations perçues fait ressortir que **68,1%** d'entre eux ne recevaient qu'**une seule pension** et que la part des bénéficiaires cumulant **deux pensions ou plus** était de **31,9%** (24,4% en cumulent deux et 7,5% sont titulaires d'au moins trois pensions), une valeur descendant à 29,6% en cas de titulaires de pensions de vieillesse et s'élevant à 88,5% pour les bénéficiaires d'une pension de guerre. On relevait également des valeurs élevées pour les titulaires de rentes indemnitaires et de pensions d'invalidité civile (respectivement 73,9% et 77,8%), ces dernières prestations se caractérisant par la forte présence d'indemnités d'accompagnement leur étant associées.

Le groupe de titulaires de pension le plus conséquent était constitué par les bénéficiaires de **pensions de vieillesse** (11,1 millions) auxquels était destiné un montant de 173 844 millions d'euros (dont 11,3% provenant de pensions cumulées appartenant à d'autres catégories).

Le deuxième groupe en termes de consistance numérique était constitué par les titulaires de **pensions de réversion** (4,6 millions d'unités) qui recevaient de ces prestations 34 362 millions d'euros (55,2% de leurs revenus de pension); dans 66,3% des cas, ces bénéficiaires de pension(s) percevaient également une/des autre(s) pension(s) pour un total de 27 846 millions d'euros (44,8% du total des revenus de pensions perçus par ce groupe de titulaires de pensions).

On trouvait ensuite les bénéficiaires de **pensions d'invalidité civile** (2,3 millions, dont 65,9% également titulaires d'autres pensions) et les titulaires de **pensions d'invalidité** (1,9 millions, dont 57,5% percevant aussi d'autres prestations). On comptait 983 000 titulaires de **pensions d'indemnisation** et 73,7% d'entre eux cumulaient cette prestation avec d'autres types de pension dont ils tiraient 68,9% du total des revenus de pension leur étant destinés (soit 13 641 millions d'euros). Il y avait 775 000 bénéficiaires de **pensions et/ou d'allocations sociales**; dans 41,2% des cas, ceux-ci recevaient d'autres prestations pour un total de 2 759 millions d'euros (44,0% du total). Enfin, les titulaires de **pensions de guerre** représentaient le groupe le moins nombreux des bénéficiaires de pensions (371 000 unités) avec un montant total de pensions de 6 427 millions d'euros, dont 1 541 millions d'euros (24,0% de total) provenant exclusivement de pensions de guerre.

On relevait dans les différentes zones géographiques des disparités sensibles entre les parts en pourcentage du nombre de prestations et de leurs bénéficiaires d'un côté et les parts de dépenses correspondantes ou de revenus provenant des pensions de l'autre côté. C'est dans les **régions du Nord** que se concentrait la **plus grande partie des prestations de pension**, des titulaires correspondants et des dépenses soutenues (respectivement 48,2%, 48,7% et 51,2%); dans les régions du Sud, que ce soit pour le nombre de pensions versées ou celui de leurs bénéficiaires, on relevait une part de 31,2% du total national alors que le total des dépenses atteignait quant à lui 27,3% du total italien; enfin, les régions du Centre présentaient des pourcentages plus faibles, à savoir 20,5% en termes de nombre de traitements (20,1% pour ce qui est de leurs titulaires) et à 21,5% en termes de dépenses soutenues.

La partie la plus conséquente de bénéficiaires de traitements de pension était bien sûr située dans la partie supérieure de la pyramide des âges. **69,1%** des **titulaires de pensions** avaient **plus de 64 ans**. Une partie assez consistante était constituée par les titulaires appartenant à la tranche d'âge immédiatement inférieure à celle normalement considérée comme seuil de la vieillesse: **27,4%** des bénéficiaires de pension appartenaient en effet à la tranche d'âge des **40-64 ans** et **3,6%** avaient **moins de 40 ans**.

La présence de titulaires de pension âgés de moins de 65 ans est associée au type de normes réglementant l'accès aux différents types de prestations. En effet, tandis que les critères d'âge pour avoir droit à la pension de vieillesse et à la pension sociale oscillent entre 60 et 65 ans, il existe d'autres prestations qui sont surtout versées à des personnes en âge de travailler comme les rentes indemnisant des accidents du travail ou des maladies professionnelles, les pensions d'invalidité due au travail et celles d'invalidité civile. Enfin, les pensions allouées aux survivants peuvent être versées à des personnes en âge de travailler et aux membres de leur famille étant à leur charge et qui ont, dans certains cas, moins de 14 ans. Si l'on analyse les données en les différenciant par type de prestation, on relève donc quelques différences de profil par tranche d'âge. C'était par exemple chez les bénéficiaires de pensions d'invalidité civile que l'on enregistrait le plus haut taux de titulaires de pension âgés de moins de 40 ans (15,9%) et chez les bénéficiaires de pensions de guerre que l'on relevait le plus fort taux de personnes de 80 ans et plus (60,8%).

La répartition des **pensions** par tranches de montant mensuel des prestations présentait de plus hauts taux dans les tranches de montants les moins élevées. La plupart des pensions avaient en effet des montants mensuels inférieurs à 500 euros (47,4% du total) et 27,0% correspondaient à des montants mensuels compris entre 500 et 1 000 euros. 13,0 autres pour cent des pensions en vigueur au 31 décembre 2006 avaient des montants mensuels compris entre 1 000 et 1 500 euros et les 12,7% restants correspondaient à des montants mensuels supérieurs à 1 500 euros.

Si l'on observait en revanche la répartition des **titulaires de pension(s)** en fonction de la tranche de montant moyen mensuel de leurs revenus de pension(s) (en tenant compte

de la possibilité de cumuler plusieurs pensions), on relevait des taux plus élevés que pour la répartition des pensions pour les tranches incluant des valeurs d'au moins 500 euros par mois. Le groupe le plus nombreux de titulaires de pension(s) (5,0 millions d'individus, soit 30,0% du total) recevait une ou plusieurs prestation(s) pour un montant mensuel moyen compris entre 500 et 1 000 euros. Le deuxième plus grand groupe en nombre (3,9 millions de bénéficiaires de pension(s), soit 23,5% du total) obtenait des pensions comprises entre 1 000 et 1 500 euros par mois. 22,9 autres pour cent de bénéficiaires percevaient moins de 500 euros par mois et les 23,6% restants recevaient des pensions d'un montant mensuel supérieur à 1 500 euros (12,7% dans le cas des pensions). Les répartitions masculines et féminines présentaient des différences consistantes: on relevait pour les hommes des taux plus élevés dans les tranches de montant mensuel plus élevées alors que pour les femmes, les taux les plus élevés correspondaient aux tranches de montant les plus faibles.

La santé des personnes âgées

L'Italie est l'un des pays présentant la plus forte présence de personnes âgées, parce que l'espérance de vie s'y est allongée progressivement (en 2005: 77,6 ans pour les hommes et 83,2 ans pour les femmes). Au 1^{er} janvier 2005, la population âgée de 65 ans et plus dépassait les 11 millions de personnes (19,5%) et elle était composée à 59% de femmes. Le pourcentage de population âgée de 80 ans et plus a lui aussi augmenté: la population des personnes très âgées ou dite du «4^{ème} âge» (*grandi vecchi*) représentait en 2005 5% du total (soit presque trois millions de personnes). Les fortes différences territoriales contribuent de façon déterminante à rendre hétérogène le panorama du vieillissement de la population. Bien qu'il touche toutes les zones du Pays, ce phénomène est plus marqué dans les Centre-nord où le pourcentage de jeunes âgés au plus de 14 ans s'est fortement réduit jusqu'à atteindre en moyenne la valeur de 13%. Dans le Mezzogiorno, on relève un équilibre numérique entre jeunes et anciens mais avec une tendance très claire au processus de vieillissement de la population (source ISTAT).

D'après les données publiées par le Ministère de la Santé, on a enregistré en 2005 environ 3 611 000 hospitalisations de personnes âgées avec une augmentation par rapport à l'année 1999 des hospitalisations de personnes de plus de 75 ans (+2,5%) et une réduction des hospitalisations de la tranche d'âge des 65-74 ans (-10,6%). Le pourcentage d'hospitalisation des plus de 75 ans par rapport au total des hospitalisations a connu une croissance constante au cours de la période observée et il est ainsi passé de 36,9% à 40,2% en 2005.

Les périodes d'hospitalisation étaient respectivement de 9,2 et 10,6 jours pour les tranches d'âges des 65-74 ans et des 75 ans et plus, ce qui était donc nettement supérieur à la durée moyenne d'hospitalisation de 7,4 jours.

Toujours en 2005, les taux d'hospitalisation en soins aigus des deux tranches d'âge prises en considération (65-74 ans et 75 ans et plus) s'élevaient respectivement à 241 et 354 hospitalisations pour 1 000 habitants; pour la population en général, on enregistrait environ 140 hospitalisations en soins aigus pour 1 000 habitants. De la même façon, on relevait pour l'activité de rééducation 15 à 20 hospitalisations pour les deux tranches d'âge mûr alors que la valeur nationale était de 5,1.

Aide à domicile intégrée (ADI-Assistenza domiciliare integrata)

Comme a été expliqué dans les précédents rapports, l'ADI est la formule d'aide qui inclut l'intervention de plusieurs professionnels de la santé et du secteur social pour réaliser au domicile du patient un projet d'assistance personnel, limité et continu dans le temps, le tout avec différents niveaux d'intensité sur la base de l'évaluation des besoins de ce patient. Son objectif, c'est l'amélioration de la qualité de vie de ce dernier ainsi que l'humanisation du traitement, le tout dans un contexte familial incontestablement plus adéquat que l'hôpital, en particulier pour les patients âgés. L'ADI s'insère dans le réseau des services territoriaux des ASL (NdT: agences locales de santé) dont dépendent les professionnels de la santé offrant leurs prestations; le médecin généraliste reste dans tous les cas le point de référence numéro 1 pour la couverture sanitaire à domicile de la personne âgée dépendante. Le service de soins à domicile prend en charge le patient après avoir mis au point un projet de soin personnalisé basé sur une évaluation multidimensionnelle des besoins et du degré de dépendance du patient.

En 2005, ce service était proposé par 184 ASL sur 195. Le nombre de patients assistés chez eux a augmenté au fil des ans: de 316 000 en 2003 à 396 000 en 2005, soit une hausse de 25%. Les personnes de plus de 65 ans ayant bénéficié de cette aide à domicile représentaient une partie très importante du total: au niveau national, leur pourcentage s'élevait à 84,2%.

Le tableau ci-dessous fournit les données de l'année 2005.

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA - anno 2005

Regione	Casi trattati				Ore di assistenza erogata per caso trattato		
	Numero	x 100.000 abitanti	di cui Anziani (%)	Anziani per 1.000 residenti anziani (età > 65)	Terapisti della Riabilitazione	Infermieri Professionali	Altri Operatori
PIEMONTE	21.890	506	79,7	18,1	2	14	7
VALLE D' AOSTA	40	33	92,5	1,5	6	36	290
LOMBARDIA	68.186	726	86,2	32,7	4	12	4
PROV. AUTON. BOLZANO	275	58	86,9	3,1		8	
PROV. AUTON. TRENTO	1.491	300	52,2	8,5		21	
VENETO	59.031	1.256	76,1	50,6	1	8	1
FRIULI VENEZIA GIULIA	26.499	2.200	81,0	80,3	2	8	1
LIGURIA	13.807	867	97,1	31,7	4	20	4
EMILIA ROMAGNA	57.107	1.376	89,1	54,1	0	21	3
TOSCANA	21.298	592	81,1	20,8	1	13	6
UMBRIA	10.174	1.184	81,7	41,6	0	12	2
MARCHE	13.609	896	84,2	33,7	6	23	3
LAZIO	37.017	702	89,7	33,5	6	12	3
ABRUZZO	5.598	431	86,2	17,6	14	26	0
MOLISE	4.798	1.490	89,1	61,0	5	11	1
CAMPANIA	13.416	232	90,3	13,9	9	30	3
PUGLIA	16.401	403	86,0	20,5	23	23	2
BASILICATA	5.529	927	83,0	39,2	19	25	3
CALABRIA	6.900	343	86,1	16,4	9	16	1
SICILIA	9.372	187	76,0	8,0	10	26	1
SARDEGNA	4.319	262	72,3	11,0	15	66	1
ITALIA	396.757	679	84,2	29,4	4	16	3

A.D.I. (Aide à Domicile Intégrée) – année 2005

Région	Cas traités				Heures d'assistance fournies par cas traité		
	Nombre	pour 100 000 hab.	dont Personnes âgées (%)	Personnes âgées pour 1 000 habitants âgés (>65ans)	Rééducateurs	Infirmiers professionnels	Au
PIEMONTE							
VAL D'AOSTE							
LOMBARDIE							
PROV. AUT. DE BOLZANO							
PROV. AUT. DE TRENTE							
VENETIE							
FRIOUL-VENETIE JULIENNE							
LIGURIE							
EMILIE-ROMAGNE							
TOSCANE							

OMBRIE							
MARCHES							
LATIUM							
ABRUZZES							
MOLISE							
CAMPANIE							
POUILLES							
BASILICATE							
CALABRE							
SICILE							
SARDAIGNE							
ITALIE							

Hébergement médicosocial et social en résidence (Assistenza residenziale)

Les résidences destinées aux personnes âgées ont connu une remarquable expansion à partir des années 90, suite à l'interaction de plusieurs facteurs ayant contribué à augmenter la demande d'assistance dont : le vieillissement de la population, l'affaiblissement des réseaux de soutien familial, les politiques de réduction des durées d'hospitalisation et par conséquent l'orientation de nombreuses personnes âgées vers les structures de longue durée offrant une assistance médicosociale.

L'augmentation du nombre d'hébergements dans des résidences de ce type n'a pas concerné de façon uniforme toute la population âgée: elle s'est concentrée sur les tranches d'âges de plus de 75 ans et sur les personnes âgées dépendantes tandis que les patient âgés indépendants ont diminué.

En ce qui concerne les années prises en considération pour le présent rapport, on n'est pas encore en mesure d'évaluer l'impact des politiques sociales les plus récentes qui devraient avoir pour effet la réduction des hébergements dans ces résidences. La loi de réforme des services sociaux (Loi n° 328/2000) qui a été expliquée à plusieurs reprises dans les rapports précédents tend à étendre les opportunités d'assistance offertes aux personnes dans le besoin et à favoriser la permanence des personnes âgées dans leur contexte de vie habituel. Tout en essayant d'optimiser les ressources disponibles et de garantir un ensemble cohérent et universel de prestations, on tente de redimensionner le rôle historiquement central de ces structures d'hébergement médicosocial.

Comme a été précédemment argué, on ne dispose pas dans l'état actuel des choses de données en mesure d'évaluer l'ampleur du phénomène de l'hébergement médicosocial et social dans des résidences pour la période 2005-2007. On observe malgré tout que les relevés réalisés par l'ISTAT pendant la période 2003-2005 ont indiqué une légère diminution de toutes les personnes âgées placées dans des résidences de ce type; cette tendance pourrait vraisemblablement être confirmée pour les périodes suivantes. Si on peut d'un côté prévoir que le développement des services à domicile et de ceux territoriaux puisse réduire les effets du vieillissement démographique sur la demande d'hébergement dans des résidences de ce type, il est d'autre part évident que le type d'usagers s'adressant à ces structures présente des besoins de plus en plus complexes:

en 2003, les hôtes non autonomes ont représenté 68,7% des personnes âgées assistées. On a parallèlement assisté à une concentration croissante des usagers dans les tranches d'âges les plus mûres. Au 31 décembre 2003, on comptait 227 315 personnes âgées placées dans ces résidences, dont 77% de femmes. 76,3% des personnes âgées assistées se trouvaient dans les résidences du Nord. Au cours de la période 2003-2005, on a assisté à un développement de ces services: le nombre de lits dans ces structures résidentielles est passé d'environ 155 000 en 2003 à presque 170 000 en 2005, soit une augmentation d'environ 10%; au cours des mêmes années, le nombre de places dans les structures d'accueil semi-résidentielles est passé d'environ 31 000 à environ 36 000, soit une hausse de 17%.

Les changements relatifs à l'offre de structures résidentielles proposées aux personnes âgées reflètent bien la complexité croissante des besoins d'assistance des usagers. En effet, parallèlement à l'augmentation des résidents dépendants et à la diminution de ceux indépendants, on assiste à une prolifération des structures avec de hauts niveaux d'intégration médicosociale, comme par exemple les Résidences médicalisées (les Rsa - *Residenze sanitarie assistenziali*) tandis que l'on relève la diminution des résidences où la présence de personnel médical et infirmier est réduite. Les Rsa sont les structures ayant enregistré le plus grand nombre de nouveaux placements en 2003 (54 411 personnes). Les Rsa sont par ailleurs les structures présentant le plus haut rapport entre personnel et patients, que ce soit pour l'ensemble des qualifications professionnelles (avec presque un professionnel pour chaque patient) ou que ce soit par rapport aux professionnels médicaux et infirmiers (médecins, infirmiers et rééducateurs).

Comme a été indiqué ci-dessus, on ne dispose pas pour le moment de données plus récentes concernant le nombre de personnes âgées dans les résidences susmentionnées ni sur le nombre de demandes d'hébergement restées en souffrance.

Le logement

Comme a été rappelé dans le précédent rapport du gouvernement italien, la Loi n° 21/2001 avait lancé le programme expérimental «**Contratti di quartiere II**» (contrats de quartier II). Ce programme concernait les quartiers périphériques ou dans tous les cas les quartiers dégradés et il était destiné à la requalification des banlieues, sans les limites d'affectation des ressources précédemment imposées aux fonds GESCAL (surtout destinés au secteur du logement). Financé à 65% par des fonds d'Etat, à 35% par des fonds régionaux mais aussi avec la participation d'investissements privés, le nouveau programme était destiné à renforcer la dotation infrastructurelle des quartiers dégradés des communes et des villes connaissant le plus de problèmes au niveau du logement et de l'emploi. Le Décret du 8 mars 2006 du Ministre des Infrastructures allouait la somme de 311 455 000,00 € à la « Finalisation du programme innovateur en milieu urbain - Contrats de quartier II ». Le décret cité a été annulé par la sentence du 5 novembre 2007

du Tribunal Administratif Régional (Tar) du Latium, sur recours de la Région Ombrie. Malgré tout, afin d'utiliser les ressources allouées, on a financé un **Programme de requalification urbaine pour des logements à loyer modéré**. Afin de pouvoir réaliser ce programme approuvé par le Décret n° 2295 du Ministre des Infrastructures du 26 mars 2008, 280 millions d'euros financés par l'Etat ont été rendus disponibles, ce à quoi s'ajoutent des cofinancements régionaux pour un total de 84 millions d'euros et des cofinancements communaux à hauteur d'au moins 14% du total financé par l'Etat et les Régions pour chaque proposition d'intervention. La finalité de ce programme, c'est d'augmenter la disponibilité de logements à proposer en location à loyer modéré aux catégories prévues, dont les personnes de plus de 65 ans ne disposant pas de revenus adéquats pour la location d'un logement au prix du marché.

ARTICLE 30

Droit à la protection contre la pauvreté et l'exclusion sociale

Le précédent rapport du gouvernement italien avait expliqué le « *Plan d'Action National pour l'Inclusion Sociale 2003-2005* » qui, dans la foulée de ce qui avait déjà été indiqué dans le *Libro Bianco sul Welfare* (NdT: Livre Blanc sur la Protection Sociale) de 2003, proposait une approche stratégique des problématiques du secteur.

On peut globalement rassembler les sept domaines d'intervention prioritaires établis en trois groupes:

1. un premier groupe de lignes d'actions consolidées avec des cibles spécifiques (personnes handicapées, personnes âgées, mineurs et catégories faibles) ;
2. un groupe d'interventions qui voient dans la sphère professionnelle un instrument d'inclusion sociale et qui rentrent dans le cadre des réformes mises en œuvre dans le marché du travail, en particulier en ce qui concerne la participation féminine et le prolongement de la durée de vie active ;
3. un groupe d'actions centrées sur la famille, considérée dans ce cas comme acteur protagoniste des politiques de protection sociale. Dans l'optique de ce Plan, les efforts visant d'autres objectifs doivent eux aussi concourir à soutenir la famille, en particulier pour ce qui est des soins et attentions portés aux personnes (handicapées et âgées), de la condition des mineurs (diffusion du placement, lutte contre l'abandon scolaire) et du travail des femmes (crèches et autre services d'aide et de garde).

Les années 2003-2005 ont fait enregistrer des progrès dans la mise au point d'un nouveau système organisé et coordonné capable de se rapprocher progressivement aux objectifs de Lisbonne comme : le plein emploi, à travers l'amélioration de la capacité d'insertion professionnelle ainsi que l'investissement dans le capital humain et dans la formation tout au long de la vie; des nouveaux processus d'inclusion sociale et de promotion de l'égalité des chances, notamment en faveur des femmes et, de façon plus générale, des personnes défavorisées.

Le « *Rapport de Suivi du Plan National pour l'Inclusion Sociale 2003-2005* » publié en 2006 fournit les résultats obtenus et les objectifs que on souhaitait atteindre.

L'un des principaux objectifs visés était l'élévation du taux de croissance réelle et potentielle, et ceci afin de « harmoniser la crédibilité et le développement à travers des interventions structurelles comprenant des réformes économiques, sociales et fiscales, sans oublier le Mezzogiorno », conformément à ce qu'indiquait le *Document de Programmation économique et financière 2005-2008*.

C'est en 2005 qu'a été réduit le nombre de taux du barème d'imposition personnelle en se basant sur le critère d'équité horizontale qui tient compte des revenus et de la situation familiale. Les principaux cadres d'intervention ont été la famille et la solidarité envers les groupes défavorisés et envers les jeunes couples (en particulier pour leur premier achat d'un logement).

Par ailleurs, l'alinéa 330 de la loi de finances pour l'année 2006 (loi n° 266 du 23 décembre 2005) avait prévu l'institution d'un Fonds *famille et solidarité* afin de réaliser des interventions destinées au soutien des familles et au développement socio-économique, avec une enveloppe budgétaire de 1 140 millions d'euros (déductions fiscales, abattements pour les plus démunis louant un bien immobilier afin d'y vivre).

Dans le cadre des politiques de protection sociale, une attention spécifique a été portée aux processus de transformation démographique et à leurs retombées sur la morphologie de la société, sur le développement économique et productif du Pays, sur la cohésion sociale et sur le rôle que peut jouer la famille dans ce contexte. Le pacte intergénérationnel a eu et continue à avoir un rôle important, se traduisant en un engagement croissant en ce qui concerne d'une part les thèmes du prolongement de la durée de la vie active et d'autre part les personnes âgées vivant dans des conditions de dépendance (cf. Article 23), parallèlement à de nouvelles stratégies pour étendre les opportunités d'inclusion sociale et professionnelle des jeunes. Il convient à ce sujet de citer l'institution en 2005 d'un **Fonds spécial pour la promotion des politiques des jeunes** au niveau national et local.

Ce Fonds, prévu par l'art. 1, alinéas 153 et 154 de la Loi n° 311 du 30 décembre 2004 (Loi de finances du 2005), s'élevait à 500 000,00 € dont 70% destinés au financement des programmes et des projets du Forum national des jeunes, dont le siège est situé à Rome, et 30% alloués aux Forums régionaux et locaux, proportionnellement à la présence d'associations et des jeunes sur leurs territoires respectifs.

En matière de soutien et de promotion du « Troisième Secteur », au vu du grand nombre de personnes que celui-ci emploie et de l'importance sociale de ses actions, la Loi n° 266/2005 (loi de finances pour l'année 2006) a prévu pour les contribuables la possibilité d'indiquer, lorsqu'ils présentent leur déclaration de revenus, une organisation à but non lucratif (ONLUS, associations de promotion sociale, organisations de volontariat, coopératives sociales, fondations culturelles nationales, associations de sports de loisirs inscrites au Comité Olympique National Italien, etc...) à laquelle destiner **5 pour mille** de leur Irpef (NdT: impôt sur le revenu des personnes physiques). Ces cotisations sont ensuite distribuées proportionnellement aux préférences exprimées par les citoyens. Cette mesure a également été prévue par les lois de finances suivantes. Au cours de la première année d'application de la loi, 15 millions de contribuables ont indiqué approximativement 21 000 organismes et organisations bénéficiaires pour un montant total d'environ 300 millions d'euros. Mi-juin 2008, presque 80 millions d'euros avaient été versés, soit plus de 40% du montant total (193 millions d'euros).

La loi n° 296/2006 (**loi de finances 2007**) a prévu une série d'interventions au soutien des travailleurs et des familles ayant des revenus moyens et bas.

Une de priorités d'action, c'est la **réforme du système de répartition de la richesse** du pays par le biais d'une fiscalité plus équitable et d'un système de mesures de soutien des revenus destinées en particulier aux familles avec des enfants mineurs d'âge. Ce sont en effet ces dernières qui vivent les conditions les plus défavorisées, surtout dans le Sud. Les interventions prévues par la loi de finances 2007 ont pour fin d'alléger la pression fiscale pesant sur les revenus moyens et bas des familles, des retraités et titulaires de pension(s), des travailleurs salariés et indépendants et de renforcer les revenus familiaux.

Avec un investissement global de **7,3 milliards d'euros**, cette loi de finances s'organise comme suit :

- **extension de la « no tax area »** (NdT: la partie des revenus n'étant pas imposable), avec la hausse du seuil minimum de revenus au-dessus duquel ceux-ci deviennent imposables, et ceci en faveur des travailleurs salariés, indépendants et retraités, mais aussi avec la transformation des déductions sur les revenus du travail et de la pension (retraite et autres) en abattements fiscaux ;
- **réorganisation des taux et des échelons de revenus** afin de réduire l'imposition des revenus moyens et faibles⁵.
- **réorganisation des allocations et des déductions**, soutien aux familles avec enfants. Par ailleurs, les déductions liées aux charges familiales étaient dans le même temps transformées en abattements fiscaux égaux pour tous avec une augmentation marquée.

Le montant des allocations familiales pour les travailleurs salariés et parasubordonnés a été augmenté: la hausse moyenne par an et par enfant mineur à charge a été d'environ 250,00 €. En fait, la combinaison des allocations familiales avec la réduction fiscale atteint pour les revenus bas (jusqu'à 13 000 €) 2 400 € par an en présence d'enfants à charge âgés de moins de trois ans et 2 300 € en cas d'enfants à charge âgés de 3 à 18 ans. Avec la déduction fiscale, les travailleurs indépendants mêmes peuvent bénéficier d'une augmentation, à hauteur de plus de 100 € en moyenne pour chaque enfant mineur. La

⁵ Le plafond de revenus en dessous duquel aucun prélèvement fiscal n'est effectué est passé pour les titulaires de pension(s) de 7 000 à 7 500 euros. Pour les salariés, en tenant compte de l'augmentation des frais liés au travail, on est passé à 8 000 euros; le minimum imposable pour les travailleurs indépendants est quant à lui passé de 4 500 à 4 800 euros.

- Le taux du premier échelon reste de 23% jusqu'à 15 000 euros par an
- Le deuxième et le troisième sont respectivement de 27% (jusqu'à 28 000 €) et de 38% (jusqu'à 55 000 €)
- Un quatrième taux, à 41%, a été introduit (jusqu'à 75 000 € de revenus)
- Le taux maximum, à 43%, s'applique à partir de 75 000 €.

loi de finances pour l'année 2007 a alloué 1 400 millions d'euros à la hausse des allocations familiales.

Les objectifs prioritaires de la stratégie d'inclusion sociale pour les années **2006-2008** ont été définis conformément aux indications communautaires et aux évaluations fournies par la Commission d'enquête sur l'exclusion sociale (CIES) instituée par l'art. 27 de la loi n° 328/2000. Les priorités d'action ont été définies comme suit:

- lutte contre la pauvreté monétaire, en particulier sous forme de soutien aux revenus des familles
- lutte contre les inégalités
- lutte contre la précarité du travail
- lutte contre les différences territoriales
- soutien aux revenus des chômeurs
- instruments pour favoriser l'emploi, notamment des femmes
- investissements dans l'école et l'université
- intégration des immigrés
- renforcement des protections pour les individus n'étant pas indépendants.

D'après la stratégie ici indiquée, le premier pas consistait en la réduction des niveaux de pauvreté afin de rapprocher l'Italie à la moyenne européenne ainsi que la réduction des inégalités dues aux disparités territoriales.

Les destinataires de cette stratégie sont: les familles nombreuses avec des enfants mineurs ou des personnes âgées, les personnes ayant un bas niveau d'instruction, celles ayant un accès limité au marché du travail et celles appartenant aux groupes les plus fragiles, notamment les personnes handicapées et les immigrés.

Une importance remarquable a été accordée à l' « **écart entre les sexes** » (ou *gender gap*) qui est considéré comme une des causes menant à l'exclusion sociale et qui touche les familles, les mineurs et les personnes âgées tout en étendant le terrain des difficultés sociales. Les nouvelles formes de pauvreté frappent plus fréquemment les femmes et en particulier celles se trouvant dans les conditions les plus vulnérables: les femmes immigrées, les femmes en situation de grande pauvreté, les mères seules, chef de famille et disposant de minimum de revenus, les femmes avec un bas niveau d'instruction et les femmes âgées.

La mise en œuvre d'une intervention destinée à l'amélioration globale des conditions de vie et de réalisation des femmes fait donc partie des objectifs prioritaires de la stratégie destinée à renforcer l'emploi chez les femmes et la conciliation des temps de vie privée/professionnelle. Dans ce contexte, les dispositions contenues dans la loi de finances 2007 (L. 296/2006) visent à favoriser l'emploi féminin, en particulier dans le Sud. En effet, grâce à la réduction du coût du travail dans les zones méridionales et dans les zones défavorisées du Centre-nord, l'embauche d'une femme a ainsi permis de faire

économiser aux entreprises entre 50 et 170 euros supplémentaires par mois. Pour ce qui est de la conciliation des temps de vie privée/professionnelle, on a relevé l'efficacité particulière du financement de projets concernant l'expérimentation de nouvelles formes de travail flexible (temps partiel, formes de flexibilité d'entrée et de sortie), de nouvelles formes de contrats, de modèles innovateurs de gestion et d'organisation de l'entreprise et du territoire. En particulier, les travailleurs/euses ont pu bénéficier de programmes de formation destinés à leur réinsertion après une période de congé. Une part du *Fonds pour la famille* (augmentée par la loi de finances pour l'année 2007) a été spécifiquement destinée au financement de ces projets (loi 53/2000, art. 9).

Il convient pourtant de souligner que la **pauvreté et les difficultés des mineurs** requièrent une approche ciblée basée non seulement sur les transferts de fonds aux familles mais aussi sur l'examen concret de leurs droits et de l'égalité des chances ainsi que sur la prévention afin de fournir tous les instruments et les services nécessaires à une croissance harmonieuse. La réduction de l'abandon scolaire et les actions destinées à assurer aux enfants un système d'enseignement répondant aux processus de croissance et d'innovation du pays sont ainsi devenues des priorités stratégiques. Dans les principaux objectifs de la stratégie d'inclusion sociale 2006-2008, on relève l'augmentation de l'offre de services pour la petite enfance de 6 points de pourcentage d'ici à 2011, l'amélioration de la qualité de l'enseignement pour ses niveaux supérieurs et la prévision de centres d'orientation en mesure d'aiguiller les jeunes dans leurs choix pour l'avenir. La réduction de l'abandon scolaire a fait un premier pas en avant avec l'élévation de l'âge scolaire (instruction obligatoire jusqu'à 16 ans) et subséquemment le passage de 15 à 16 ans de l'âge minimum pour entrer dans le monde du travail, conformément aux prévisions de l'art. 1, alinéa 622, loi n° 296 du 27 décembre 2006 (loi de finances 2007).

POLITIQUES DE LA JEUNESSE

En matière de **politiques des jeunes**, il convient de citer les dispositions contenues dans la loi de finances 2007 qui mirent à favoriser l'accès et la permanence des jeunes dans le marché du travail. En particulier les dispositions visant à la transformation des rapports professionnels (de CDD à CDI) afin de réduire les zones de précarité, en synergie avec les autres mesures introduites (NdT **cuneo fiscale** pour le travail en CDI) et celles concernant les contrats d'apprentissage pour lesquelles est prévu une prorogation jusqu'en 2007 de 100 millions d'euros allouée pour les initiatives de formation.

Il a également été prévu, principalement en liaison avec les administrations locales, des formes facilitées d'accès au crédit pour les études, la formation informelle, la location

d'un/de logement(s), l'acquisition d'équipements et de programmes d'inclusion professionnelle, en particulier dans les régions du Sud.

C'est afin de favoriser la participation active des jeunes au marché du travail et pour garantir des parcours de formation culturelle, professionnelle et sociale adéquats qu'a été institué le Fonds pour les politiques de la jeunesse. Doté de 3 millions d'euros pour l'année 2006 et de 10 millions d'euros pour le 2007, ce Fonds est destiné à la réalisation d'interventions visant à favoriser l'accès au logement et au crédit pour l'achat et l'utilisation de biens et de services. La loi de finances 2007 a prévu de compléter cette somme à hauteur de 125 millions d'euros pour chacune des années 2007, 2008 et 2009. Compte tenu de l'offre et des coûts de location que doivent soutenir les étudiants universitaires vivant en dehors de leur commune, des abattements fiscaux ont été prévus à hauteur de 19% des dépenses engendrées par les contrats de location, pour un montant maximum de 2 633 €. Pour les étudiants méritants, le Protocole ABI (Association Bancaire Italienne) - POGAS (Présidence du Conseil - Département des Politiques de la jeunesse et des Activités sportives) du 19/12/2007 a prévu une formule d'accès au crédit à travers un fonds de garantie institué auprès du POGAS (**33 millions d'euros** en 3 ans), sans aucune garantie nécessaire. Il est possible d'accéder au crédit facilité jusqu'à 6 000 euros pour le programme *Erasmus*, les masters post-universitaires, les taxes universitaires ainsi que pour les frais de location ou d'achat d'un ordinateur. L'Accord sur la répartition du *Fonds National pour les Politiques de la Jeunesse* signé lors de la Conférence Unifiée Etat-Régions du 14 juin 2007 a été d'une importance capitale pour permettre de garantir le niveau maximum de coopération entre le Gouvernement et le système des organismes territoriaux en matière de politiques de la jeunesse. L'Accord pour l'an 2007 a en particulier alloué **60 millions d'euros** au Fonds National pour les Politiques de la Jeunesse. Un accord analogue a également été signé pour l'année 2008. L'Accord passé en juin 2007 avec les organismes territoriaux sur l'utilisation du Fonds National pour la Jeunesse a par ailleurs établi qu'une part du Fonds (**15 millions d'euros**) devait être destinée au cofinancement d'interventions proposées par les Communes (12 millions d'euros avec un cofinancement de 4 millions d'euros supplémentaires de la part des Communes) et les Provinces (environ 3 millions d'euros) à travers des accords spécifiques à passer avec l'ANCI (l'Association Nationale des Communes Italiennes) et l'UPI (l'Union des Provinces Italiennes). En outre, 27 Plans Locaux de la Jeunesse ont été financés dans autant de communes réparties dans 16 Régions.

POLITIQUES DU LOGEMENT

Etant donnée l'importance dans le cadre global de la lutte contre les marginalités sociales, les **politiques du logement** représentent un aspect marquant pour lequel le Gouvernement a prévu une série d'interventions en accord avec les Régions et les

autonomies locales. En premier lieu, la loi de finances pour l'année 2005 (loi n° 311 du 30 décembre 2004) avait institué un fonds de 10 millions d'euros à destiner aux jeunes couples souhaitant réaliser leur premier achat d'un logement conventionné auprès de sociétés coopératives de construction, d'entreprises territoriales de construction résidentielle publiques ou d'entreprises privées. Afin de réduire les difficultés de logement, les organismes locaux se sont orientés vers la réalisation d'interventions ou de projets spéciaux caractérisé(e)s par une rapidité d'exécution et une forte faisabilité technique et administrative privilégiant des interventions de récupération du patrimoine immobilier déjà existant mais non occupé. Avec le D.M. du 16/03/2006, le Ministère des Infrastructures a réparti à cette fin plus de 99 millions d'euros entre les 14 communes métropolitaines (Rome, Milan, Venise, Trieste, Naples, Florence, Bari, Bologne, Gènes, Turin, Messine, Catane, Palerme et Cagliari), cette somme étant à affecter à la réalisation de logements expérimentaux ainsi qu'à des projets spéciaux pour augmenter la disponibilité de logements sociaux en faveur des personnes soumises à des procédures d'expulsion forcée. Les interventions ont été financées par la contribution de l'Etat à hauteur de 50% et, pour le 50% restant, par des ressources fournies par les différentes communes et régions ou par les opérateurs publics ou privés adhérant aux différentes initiatives.

Dans l'état actuel des choses, des accords de programme ont été signés avec les villes suivantes: Milan, Rome, Naples, Florence, Bari, Bologne, Gènes et Turin.

Il convient par ailleurs de mentionner le **Programme de requalification urbaine pour les habitations à loyer modéré (*alloggi a canone sostenibile*)**. Afin de pouvoir réaliser ce programme approuvé par le Décret n° 2295 du Ministre des Infrastructures du 26 mars 2008, 280 millions d'euros alloués par l'Etat ont été rendus disponibles, ce à quoi s'ajoutent des cofinancements régionaux pour un total de 84 millions d'euros et des cofinancements communaux à hauteur d'au moins 14% du total financé par l'Etat et les Régions pour chaque proposition d'intervention. La finalité de ce programme, c'est d'augmenter la disponibilité de logements à proposer en location à un loyer abordable tout en améliorant la dotation infrastructurelle des quartiers caractérisés par des conditions de logement très difficiles.

En plus des politiques destinées à la population en général, certaines autres visent expressément des **groupes cibles** spécifiques.

Immigrés

Dans le cadre de la stratégie d'inclusion sociale, les politiques d'immigration ont pris une importance remarquable et elles ont touché tous les domaines possibles: la reconnaissance et l'application des droits (unité familiale, logement, éducation, santé, etc...), la promotion de mesures contre toute forme de discrimination et d'exploitation. la consolidation de la culture de l'accueil et de la reconnaissance de la «diversité» dans les processus d'intégration. En ce qui concerne le thème de l'intégration, il convient de

souligner l'adoption, par le Décret du Ministre de l'Intérieur du 23 avril 2007, de la *Charte des valeurs de la citoyenneté et de l'intégration* visant à diffuser la connaissance des principes fondamentaux du droit italien en matière de vie collective, que ce soit pour les citoyens italiens ou pour les immigrés.

Toujours en matière d'intégration des migrants, l'art. 1, alinéa 1267, de la loi n° 296 du 27/12/2006 (loi de finances 2007) a prévu l'institution auprès du Ministère de la solidarité sociale (désormais Ministère du travail, de la santé et des politiques sociales) d'un fonds intitulé « *Fonds pour l'inclusion sociale des immigrés* » destiné à favoriser l'inclusion sociale des migrants et de leur famille. Le fonds en question s'est vu allouer la somme de 50 000 000,00 € pour chacune des années 2007, 2008 et 2009. La directive du 03/08/2007 promulguée par le Ministre de la solidarité sociale d'un commun accord avec le Ministre des droits et de l'égalité des chances a défini les domaines sur lesquels concentrer en 2007 les interventions finançables avec les ressources du Fonds. La programmation des interventions contenues dans la directive s'est appliquée à travers des interventions directes du Ministère de la solidarité sociale (entre autre par le biais de conventions et de contrats) ainsi qu'à travers des projets d'inclusion sociale cofinancés par l'administration en question, la réalisation de ces projets étant confiée aux acteurs considérés par la directive comme aptes à présenter des propositions d'actions. Voici les différents domaines d'intervention en question:

1) Aide à l'accès au logement

Son objectif, c'est de prévenir les phénomènes de marginalité en matière de logement ou ceux de discrimination entravant ou empêchant l'accès des migrants au logement. Les projets peuvent être proposés par les Régions, les Provinces autonomes, les Organismes locaux ainsi que les Organisations d'entrepreneurs, d'employeurs et de travailleurs. Les destinataires, ce sont les citoyens extracommunautaires séjournant de façon régulière sur le territoire de l'Etat italien. Les ressources financières s'élèvent au total à 17 000 000,00 € et le financement requis pour chaque projet ne peut dépasser 1 500 000,00 €. La directive suivante, datée du 19/12/2007, a réévalué cette somme à 2 920 000,00 €. **20 projets** ont ainsi été financés pour un total de **2 915 546,23 €**.

2) Accès au logement des communautés «Rom», «Sintis» et «Gens de Voyage»

Cette action vise à prévenir et à combattre les phénomènes de marginalité en matière de logement et de discrimination entravant ou empêchant l'accès au logement des personnes appartenant aux communautés Rom, Sintis et Gens de Voyage (Camminanti). Les projets peuvent être proposés par les Régions, les Provinces autonomes, les Organismes locaux ainsi que les Organisations d'entrepreneurs, d'employeurs et de travailleurs. Les destinataires sont les populations «Rom», «Sintis» et «Gens de Voyages» présentes sur les territoires de Rome, Padoue, Turin et Milan. Les ressources allouées s'élèvent à 3 000 000,00 €.

Le financement requis ne peut pas dépasser 750 000,00 €. Ce financement de l'Etat a admis **4 projets** pour une coût totale de **2 636 892,50 €**.

3) Accueil des élèves étrangers

Ici, l'objectif est de faciliter les parcours d'insertion et d'orientation scolaire des élèves étrangers et/ou de favoriser les relations entre les familles et les établissements scolaires. La présentation des projets est confiée aux associations et aux organismes accrédités. Les projets sont destinés aux élèves italiens et étrangers présents sur le territoire italien ainsi qu'à leurs familles.

Les ressources financières s'élèvent à 1 000 000,00 €.

Le financement pour chaque projet ne peut pas dépasser 70 000,00 €. Pour garantir la diffusion des interventions sur l'ensemble du territoire national, le montant total de

1 000 000,00 € sera réparti sur la base de l'ampleur de la présence de destinataires dans les différentes zones géographiques, de la façon suivante:

Nord (60%), Centre (30%), Sud et Iles (10%).

Si le total des projets retenus adéquats n'épuise pas les montants alloués à une zone géographique, les ressources financières restantes seront proportionnellement redistribuées entre les différentes zones géographiques restantes. La directive du 19/12/2007 précédemment citée a réévalué les sommes allouées pour le financement des projets, à hauteur de **1 614 448,07 €**.

Un financement a été accordé à **10 projets** au **Nord**, pour un total de **637 524,42 €** ; il y en a eu **11** au **Centre**, pour un montant de **708 145,40 €**; enfin dans le **Sud** les **4** projets retenus ont bénéficié d'un financement de **268 344,01 €**.

4) Accueil des élèves appartenant aux communautés «Rom», «Sintis» et «Gens de Voyage»

Les actions pointent à faciliter les parcours d'insertion et d'orientation scolaire des élèves appartenant aux communautés Rom, Sintis et Gens de Voyage et/ou à favoriser les relations entre les familles et les institutions scolaires. Dans ce cas, également, les propositions doivent provenir des organismes et des associations accréditées. Les destinataires, sont les élèves appartenant aux communautés «Rom», «Sintis» et «Gens de Voyage» présentes sur les territoires métropolitains de Rome, Bologne, Naples, Florence et Milan. Les ressources financières allouées s'élèvent à

1 000 000,00 €. Le financement requis pour chaque projet ne peut pas dépasser 200 000,00 €. Ce financement a été accordé à **5 projets** pour un total de **941 551,93 €**.

5) Valorisation des deuxièmes générations

Il s'agit d'actions destinées à la promotion de parcours d'inclusion sociale dans le but de favoriser la reconnaissance des différentes identités culturelles (émergentes et d'origine) dont sont porteurs les jeunes étrangers de deuxième génération. Les projets peuvent être proposés par les organismes locaux et par les organismes

rattachés a ceux-ci. Les destinataires sont les jeunes italiens et étrangers de deuxième génération ainsi que leurs familles. Les ressources financières allouées s'élèvent à 1 500 000,00 €. Le financement requis pour chaque projet ne peut pas dépasser 200 000,00 €.

La directive suivante, datée du 19/12/2007, a réévalué cette somme et l'a accrue à **2 920 000,00 €**, de la façon que **20 projets** ont ainsi été financés pour un total de **2 915 546,23 €**.

6) Protection des femmes immigrées présentant un risque de marginalisation sociale

L'objectif des actions est de prévenir et de combattre les phénomènes de marginalisation sociale, d'exploitation et/ou de discrimination multiple frappant les femmes immigrées. Les projets peuvent être présentés par des organismes ou des associations effectuant des activités en faveur des immigrés. Ils sont destinés aux femmes immigrées présentes sur le territoire de l'Etat italien et souffrant de conditions familiales, professionnelles, économiques et/ou sociales difficiles. Les ressources financières s'élèvent à **2 500 000,00 €**. Le financement demandé pour chacun des projets ne peut pas dépasser **400 000,00 €**.

Si les propositions de projet correspondent à la réalisation d'interventions de formation, le coût moyen par heure et par élève ne pourra pas dépasser 17,00 € en cas de *corsi residenziali* (NdT: formules de cours incluant l'hébergement), ou 11,00 € pour les *corsi non residenziali* (NdT: formules de cours n'incluant pas l'hébergement). Suite à la directive du 19/12/2007 précédemment citée, les sommes allouées ont atteint

3 393 367,00 €. **Once** projets ont ainsi été financés pour un total de **3 317 107,46 €**.

7) Diffusion de la langue et de la culture italienne

Les projets sont destinés à l'apprentissage de la langue et de la culture italienne par les adultes étrangers, notamment les femmes immigrées, par faciliter leur insertion dans la société italienne ainsi que leur participation sociale. Les projets peuvent être présentés par des organismes ou des associations effectuant des activités en faveur des immigrés. Les projets, qui consistent avant tout en des cours de formation, sont destinés à des adultes, hommes et femmes, séjournant de façon régulière en Italie. Les ressources financières allouées s'élèvent à **1 500 000,00 €** et le financement demandé pour chaque projet ne peut pas dépasser **50 000,00 €**, avec un coût moyen par heure et par élève ne dépassant pas 11,00 €. Ont ainsi été financés **11 projets** pour un montant total de **480 632,18 €**.

Personnes Handicapées

La lutte contre toutes les formes de discrimination à l'encontre des personnes handicapées et le soutien à leur participation à la vie de la communauté ont représenté ces dernières années l'une des priorités d'action, conformément aux engagements pris par l'Italie au cours de l'Année européenne des personnes handicapées (2003) et à la

stratégie lancée par la Commission européenne pour garantir une société véritablement inclusive pour tous. L'objectif de cette stratégie, c'est le renforcement des politiques en faveur des personnes handicapées afin d'augmenter leur participation au monde du travail, à l'éducation et à la formation.

Des interventions et des actions ont donc été promues, notamment en ce qui concerne l'accessibilité (des services, des technologies, du travail et de l'enseignement), le soutien aux familles avec des personnes handicapées et les projets de vie indépendante (15 millions d'euros destinés à la réalisation de structures pour « Il dopo di noi / L'après-nous »).

Fondé sur les principes de non discrimination et d'égalité des chances tout en étant cohérent avec les défis posés au niveau communautaire (accès à tout pour tous), le nouveau parcours d'interventions vise à obtenir des résultats significatifs dans le domaine de l'intégration professionnelle et de l'accès aux services, à l'environnement, aux transports et aux technologies. On a ainsi en particulier prévu:

- une coordination entre toutes les administrations, centrales et décentralisées, les représentations d'associations et les parties sociales pour la définition de nouvelles stratégies d'inclusion à travers la constitution d'un Organisme spécifique sur la condition des personnes handicapées;
- la rationalisation du système de protection des personnes handicapées, entre autre à travers la simplification et l'homogénéisation des procédures en matière de vérification des handicaps;
- des ressources spécifiquement destinées à la suppression des barrières architecturales (l. 13/89) et un plan global pour favoriser la mobilité des personnes handicapées tenant particulièrement compte du récent Règlement de l'UE en matière de transport aérien;
- la poursuite et l'extension de la première expérimentation effectuée pour introduire au niveau national la nouvelle classification des handicaps (ICF approuvé par l'OMS/NdT: l'ICF équivaut à la CIF en France);
- la systématisation de la réglementation en vigueur afin de garantir un cadre législatif sans équivoque ;
- des mesures spécifiques destinées à l'éducation, à la formation et à l'intégration professionnelle des personnes handicapées, le tout en portant une attention particulière au passage école-travail. C'est dans ce sens qu'a été institué un Observatoire auquel participent les associations au sein du Ministère de l'Education. Pour ce qui est du travail et en plus des projets déjà lancés, une priorité est accordée à la redéfinition de certains aspects de la législation en matière de placement ciblé (loi 68/1999 et décret législatif 276/2003) afin de favoriser les parcours d'insertion personnalisée des travailleurs handicapés. En plus de cela, le Fonds pour le droit au travail des personnes handicapées pour

L'année 2006 a été réparti entre les différentes régions et provinces autonomes pour un total de **30 987 414,00 €**.

Des informations plus détaillées figurent dans le VII rapport sur l'article 15 de la Charte sociale européenne révisée.

Les pauvretés extrêmes

Dans le cadre des politiques visant à l'inclusion sociale des catégories les plus faibles, les interventions mises en place au cours de ces dernières années ont surtout présenté des caractéristiques d'assistance découlant de l'art. 23 de la loi 328/2000, « Revenu minimum d'insertion » (cf. Article 13 du présent rapport).

LES RESSOURCES FINANCIERES

Les ressources financières nécessaires pour atteindre les objectifs définis par les politiques d'inclusion sociale proviennent de différentes sources. Les principaux instruments de financement des politiques et des interventions sociales sont représentés par le Fonds national des politiques sociales et par les ressources communautaires (FSE, Progress, etc...).

Par ailleurs, comme cela a été précédemment indiqué, en plus des sommes allouées par rapport à la fiscalité générale, la loi de finances pour l'année 2007 a institué des fonds à des catégories spécifiques du développement des politiques sociales, comme par exemple le Fonds pour la famille (**228 millions** d'euros par an), celui pour les jeunes (**150 millions** d'euros par an), celui pour les politiques du logement (**50 millions** d'euros par an) ou le Fonds pour la dépendance (NdT: ici au sens de perte d'autonomie) (**500 millions** d'euros sur trois ans).

Le Fonds national pour les politiques sociales

Il représente le principal instrument de financement central des politiques sociales en Italie. Il est établi chaque année par la loi de finances et sa répartition relève d'une mesure gouvernementale après accord entre Etat et Régions, le tout dans un cadre permettant aux Régions d'établir leurs propres priorités spécifiques, conformément à leur programmation sociale régionale.

La répartition des ressources financières est la dernière étape d'un processus complexe au sein duquel l'Etat et les Régions interagissent conformément à ce que définit le nouveau titre V de la Constitution. C'est pour cette raison que le DPEF 2007-2011 a mis l'accent sur l'importance de renforcer et de réorganiser le Fonds, et ceci afin de rationaliser et de rendre plus efficaces les instruments nécessaires à la programmation au niveau national mais aussi et surtout au niveau régional et local.

C'est dans ce contexte que s'insère la préparation de formes de financement récompensant des initiatives des autonomies locales. Le FNPS a été doté de **300 millions d'euros** pour la période de 3 ans **2006-2008** afin de garantir des ressources plus adéquates aux objectifs d'équité sociale préfixés par le DPEF (NdT: Document de Programmation Economique et Financière).

Pour l'année **2006**, le total des ressources allouées s'élevait à environ **1 625 millions d'euros**; en revanche, pour **2007**, ce montant était d'environ **1 565 millions d'euros**.

Utilisation des fonds communautaires et notamment du FSE

Au cours de la programmation communautaire des Fonds 2000-2006, le FSE a garanti son soutien à la promotion d'interventions visant à l'intégration des personnes présentant un risque d'exclusion sociale (Mesure B1 « Actions de système pour l'exclusion sociale »). C'est dans ce cadre qu'ont été réalisées des interventions centrées sur des études et des recherches gérées de façon homogène au niveau national et destinées à appuyer les principaux processus de réforme et d'innovation dans le domaine des politiques sociales.

Les enquêtes réalisées représentent un instrument de soutien et d'accompagnement des fonctions de programmation et de conception de projets relevant des Régions dans le cadre des interventions programmées par les Programmes Opérationnels Régionaux.

Sur la base du Programme Opérationnel National « Assistance Technique et Actions de système », le FSE a financé dans les Régions du Sud (Objectif 1) les Projets Opérationnels « Actions de système pour la croissance professionnelle des professionnels des Organismes Locaux et pour le soutien du développement d'interventions intégrées pour l'inclusion sociale » et « Plan d'assistance technique pour favoriser le développement des services à la personnes et à la communauté » à travers les lignes d'intervention suivantes:

- les compétences professionnelles dans le social ;
- modèles entrepreneuriaux innovateurs dans les différentes zones du Mezzogiorno ;
- mise en place de la structure d'information sur les services sociaux ;
- relevé des besoins et des potentiels locaux.

Toujours dans les Régions du Sud (Objectif 1), sur la base du Programme Opérationnel National « L'école pour le Développement » qui est l'un des 7 programmes opérationnels nationaux prévus par le Cadre Communautaire de Soutien (QCS en italien) et financés par les Fonds Structurels (Objectif 1), le titulariat de ce programme revient au Ministère de l'Éducation. Le Programme Opérationnel National « Ecole » bénéficie de deux Fonds: le Fonds Social Européen (FSE) et le Fonds Européen de Développement Régional (FEDER). Son cadre de référence territoriale, ce sont les

écoles publiques de 6 Régions du Mezzogiorno, à savoir: la **Basilicate**, la **Calabre**, la **Campanie**, les **Pouilles**, la **Sardaigne** et la **Sicile**.

Le plan financier, initialement prévu pour un montant de 718 557 millions d'euros, a bénéficié d'une augmentation de 111 millions d'euros à compter de 2004 suite à l'atteinte de tous les indicateurs prévus par la réserve de performance communautaire et nationale: ce plan s'élevait ainsi à 830 millions d'euros en 2006.

Il s'agit donc d'un vaste plan de soutien financier au développement du système d'enseignement et de formation des régions du Mezzogiorno ayant pour objectifs primordiaux:

1. La réduction du phénomène de l'abandon scolaire
2. Le développement de la société de la connaissance et de l'information
3. L'extension des compétences de base
4. Le soutien à la mobilité des jeunes et le développement des instruments permettant de la garantir
5. L'intégration au monde du travail (stage, accréditation des compétences, certification)
6. Le développement de l'éducation permanente
7. La formation des enseignants et du personnel scolaire
8. Le renforcement de l'égalité des chances entre les sexes
9. Le développement d'une culture environnementale

Les dépenses sociales

En 2005, les dépenses engendrées par les prestations de protection sociale se sont élevées à 25,6% du PIB en Italie et elles ont presque entièrement été réalisées par les administrations publiques (plus de neuf dixièmes du total). La dynamique de ces dépenses durant la première moitié de la décennie a été plus forte que celle du PIB, ce qui a généré une croissance de la part du PIB destinée aux dépenses sociales d'environ un point par rapport au début de la décennie.

En termes de perspectives, l'Italie doit faire face à un « risque démographique » notable susceptible d'avoir des effets négatifs sur la viabilité financière à long terme des niveaux actuels de dépenses sociales: en effet, le taux de dépendance des personnes âgées (nombre de personnes de plus de 65 ans par rapport à l'ensemble de la population en âge de travailler) qui est déjà le plus élevé d'Europe, avec des valeurs à peine inférieures à 30%, est voué à doubler avant l'an 2040. Il convient cependant de signaler que les réformes des retraites et pensions des années 90 ont extrêmement réduit le risque de non-viabilité financière du système italien de protection sociale, à tel point que les estimations du Comité de politique économique d'ECOFIN prévoient une augmentation du total des dépenses sociales de 1,7 point d'ici à 2050 (environ la moitié de l'augmentation moyenne attendue au niveau communautaire et la plus faible des augmentations parmi les plus grands pays de l'UE).

Le fait de présenter le pourcentage de personnes âgées le plus élevé en Europe fait que la répartition des prestations sociales en Italie soit fortement orientée en faveur des dépenses de protection de la vieillesse et des veufs et veuves (plus de 60% du total des dépenses). Il faut cependant également tenir compte du fait que des composantes liées à d'autres fonctions (en particulier les amortisseurs sociaux et les prestations se substituant aux dépenses liées au chômage) pèsent sur le système italien des pensions et que l'évaluation des données sans tenir compte des prélèvements fiscaux ne permet par une comparaison internationale satisfaisante.

La pauvreté relative

D'après l'ISTAT, en 2006, on comptait environ **2 623 000 familles** vivant en situation de pauvreté relative, soit **11,1%** des familles résidentes; il s'agissait donc d'environ **7 537 000** individus pauvres, soit **12,9%** de la population dans son ensemble. Rappelons que l'estimation de l'incidence de la pauvreté relative (le pourcentage de familles et de personnes pauvres par rapport à l'ensemble des familles et des personnes résidentes) est calculée en se basant sur un seuil conventionnel (la ligne de pauvreté) qui définit le montant de dépenses de consommation en dessous duquel une famille est considérée comme étant en situation de pauvreté relative.

Les dépenses moyennes par personne représentent le seuil de pauvreté pour une famille composée de deux membres; en 2006 correspondait à 970,34 euros (+3,6% par rapport au seuil de 2005). Les familles composées de deux membres et réalisant des dépenses moyennes mensuelles égales ou inférieures à cette valeur sont donc classées parmi les familles pauvres. Pour les familles composées d'un nombre de membres autre que 2, la valeur de ce seuil s'obtient en appliquant une échelle d'équivalences spécifique qui tient compte des économies d'échelle réalisables lorsque le nombre de membres augmente. Le seuil de pauvreté relative est calculé en se basant sur les dépenses familiales relevées par l'enquête annuelle sur la consommation qui est réalisée sur un échantillon d'environ 28 000 familles tirées au sort dans les listes de l'Etat Civil afin de représenter le total des familles résidant en Italie. Compte tenu de ce qui vient d'être indiqué, en 2006, l'estimation de l'incidence de la pauvreté relative s'est élevée à 11,1%, une valeur oscillant avec une probabilité de 95% entre 10,5% et 11,7% pour l'ensemble de la population.

Au cours des dernières années, la pauvreté relative est restée globalement stable, de même que sont restées globalement inchangées les principales caractéristiques des familles en situation de pauvreté. Ce phénomène s'est avéré plus répandu dans le Mezzogiorno où la part des familles pauvres était presque cinq fois supérieure à celle relevée dans le reste du Pays pour les familles avec un grand nombre de membres (cinq ou plus) et/ou pour celles avec trois enfants ou plus, surtout si ces derniers étaient mineurs. Pour ce qui était des familles ayant en leur sein des personnes âgées, malgré l'amélioration de leur situation au fil du temps, elles continuaient de présenter des valeurs d'incidence supérieures à la moyenne et des situations de difficultés, surtout s'il y avait deux membres âgés ou plus au sein de la famille ou que ceux-ci vivaient sous le même toit que d'autres générations (familles avec des membres rajoutés).

Enfin, la pauvreté s'associe à de bas niveaux d'études, à des profils professionnels de faible niveau (les *working poor*) et à l'exclusion du marché du travail: l'incidence chez les familles où deux membres ou plus sont à la recherche d'un emploi est presque quatre fois supérieure à celle des familles sans chômeurs.

Tavola 1. Indicatori di povertà relativa per ripartizione geografica. Anni 2005-2006 (migliaia di unità e valori percentuali)

	Nord		Centro		Mezzogiorno		Italia	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Migliaia di unità								
famiglie povere	510	595	270	315	1.805	1.713	2.585	2.623
famiglie residenti	11.227	11.378	4.533	4.598	7.507	7.591	23.268	23.567
persone povere	1.343	1.447	750	889	5.484	5.201	7.577	7.537
persone residenti	26.253	26.458	11.165	11.244	20.660	20.669	58.077	58.371
Composizione percentuale								
famiglie povere	19,7	22,7	10,4	12,0	69,8	65,3	100,0	100,0
famiglie residenti	48,3	48,3	19,5	19,5	32,3	32,2	100,0	100,0
persone povere	17,7	19,2	9,9	11,8	72,4	69,0	100,0	100,0
persone residenti	45,2	45,3	19,2	19,3	35,6	35,4	100,0	100,0
Incidenza della povertà (%)								
famiglie	4,5	5,2	6,0	6,9	24,0	22,6	11,1	11,1
persone	5,1	5,5	6,7	7,9	26,5	25,2	13,1	12,9
Intensità della povertà (%)								
famiglie	17,5	17,8	18,9	16,9	22,7	22,5	21,3	20,8

Tableau 1. Indicateurs de pauvreté relative par zone géographique. Années 2005-2006 (milliers d'unités et valeurs en pourcentage)

	Nord	Centre	Mezzogiorno	Italie
Milliers d'unités				
familles pauvres				
familles résidentes				
familles pauvres				
familles résidentes				
Composition en pourcentage				
familles pauvres				
familles résidentes				
familles pauvres				
familles résidentes				
Incidence de la pauvreté (%)				
familles				
personnes				
Intensité de la pauvreté (%)				
familles				

source: ISTAT «La pauvreté relative en Italie en 2006» - 2007

L'intensité de la pauvreté s'élevait en 2006 à 20,8%; ce pourcentage indiquait, à quel point les dépenses mensuelles moyennes des familles pauvres (769 euros par mois en 2006 contre 737 euros en 2005) étaient inférieures au seuil de pauvreté.

Les familles composées par cinq membres ou plus présentaient des niveaux de pauvreté très élevés: presque un quart d'entre elles (24,3%) s'avérait relativement pauvre, une

part qui passait à plus d'un tiers (37,5%) pour celles résidant dans le Mezzogiorno. Il s'agissait surtout de couples avec trois enfants ou plus et de familles avec des membres rajoutés, les typologies chez lesquelles on observait les incidences les plus élevées, respectivement à hauteur de 25,6% et de 17,8%.

La présence de plusieurs enfants au sein du foyer s'associe à des difficultés économiques encore plus prononcées si ces derniers sont mineurs: les incidences de pauvreté qui étaient de 14,5% pour les couples avec deux enfants et de 25,6% pour ceux avec au moins trois enfants passaient respectivement à 17,2% et à 30,2% lorsque ces enfants avaient moins de 18 ans. Ce phénomène était plus diffus dans le Mezzogiorno où vivaient la plupart des familles avec trois fils mineurs ou plus: dans cette partie de l'Italie, presque une famille sur deux vivait dans des conditions de pauvreté relative.

On relevait une diffusion plus modérée, même si elle restait à des niveaux supérieurs à la moyenne nationale, de la pauvreté chez les familles monoparentales: 13,8% d'entre elles étaient pauvres, ce taux passant à une famille sur quatre dans le Mezzogiorno. C'est cependant surtout dans le Nord que les familles monoparentales représentaient l'une des catégories les plus exposées au risque de pauvreté: l'incidence observée s'élevait dans cette partie de l'Italie à 8,1% alors que la moyenne nationale était de 5,2%.

On relevait également des difficultés pour les familles avec des membres âgés: l'incidence de pauvreté dépassait de plus de deux points de pourcentage la moyenne nationale si au moins un membre du foyer avait plus de 64 ans (13,0%) et elle s'élevait à 15,3% si au moins deux membres étaient âgés.

De plus, on observait que pour les familles avec des membres âgés du Centre et du Nord, l'incidence de la pauvreté relative (respectivement 7,9% et 9,3%) était environ une fois et demie supérieure à celle moyenne enregistrée pour l'ensemble de la population de cette zone géographique (5,2% dans le Nord et 6,9% dans le Centre); dans le Sud, ce taux descendait à 1,1%.

La pauvreté s'avérait enfin moins répandue chez les célibataires et les couples de jeunes et d'adultes (âgés de moins de 65 ans) sans enfant: leurs incidences respectives étaient de 3,3% et 4,9%.

Les caractéristiques de la personne de référence sont particulièrement importantes si l'on souhaite établir les profils des familles pauvres: en plus de l'âge, du sexe et du niveau d'études, les facteurs étroitement liés à la pauvreté sont la participation au marché du travail, la condition et la position professionnelle.

Au niveau national, le sexe de la personne de référence ne présentait pas d'effets évidents sur la diffusion de la pauvreté; si l'on observait en revanche les différentes zones géographiques, on relevait une différence significative dans le Nord où les familles dont le chef était une femme présentaient une incidence de pauvreté (6,1%) dépassant de 1,3 point de pourcentage celle observée pour les foyers dont le chef de famille était un homme.

Il s'agissait presque exclusivement de femmes âgées seules qui représentaient en Italie 44% des familles pauvres avec une femme à la tête de la foyer (53% dans le Nord) et, dans 24% des cas (23% dans le Nord), des familles monoparentales.

Le faible niveau d'études et du diplôme obtenu (aucun diplôme ou certificat d'études primaires) de la personne de référence s'associait à une incidence de pauvreté (17,9%) presque quatre fois supérieure à celle relevée pour les foyers dont le chef de famille avait décroché au moins le baccalauréat ou un autre diplôme de l'école secondaire supérieure (5%); les différences s'avéraient relativement plus prononcées dans le Nord (9,5% contre 2,2%).

Le bas niveau d'études est en effet souvent associé à la difficulté de trouver un emploi ou un emploi qualifié: si le chef de famille était une personne à la recherche d'un emploi, l'incidence de pauvreté atteignait 28,2% (38,2% dans le Mezzogiorno), soit le double du chiffre enregistré lorsque la personne de référence s'était retirée du monde du travail et plus du triple de la valeur observée pour les familles de travailleurs avec un emploi (8,8%). L'insertion de la personne de référence sur le marché du travail est donc associée à des niveaux de pauvreté plus réduits, surtout dans le Nord (3,7%) et dans le Centre (4,5%). Par ailleurs, la diffusion de la pauvreté s'avérait moindre si le chef de famille était un travailleur indépendant (incidence de 7,5%), en particulier s'il exerçait une profession libérale (3,8%). L'incidence de pauvreté observée pour les familles de travailleurs salariés (9,3%) était elle aussi inférieure à la moyenne nationale, même si elle augmentait considérablement lorsque la personne de référence était un ouvrier ou une personne exerçant une profession assimilée (13,8%).

Enfin, les plus bas niveaux d'incidence étaient relevés pour les familles dont tous les membres avaient un emploi (3,8%) et pour celles où la présence de membres avec un emploi se combinait avec celle de membres s'étant retirés du marché du travail (7,4%). Il s'agissait dans le premier cas de jeunes célibataires et de couples de jeunes ayant tous deux un emploi; dans le second cas, cela correspondait à des familles monoparentales et à des familles avec des membres rajoutés pour lesquelles la pension de vieillesse des parents se combinait avec l'emploi des enfants.

La classification des foyers en situation ou non de pauvreté que l'on obtient en utilisant le seuil conventionnel de pauvreté peut être structurée de façon plus détaillée en recourant à des seuils supplémentaires qui permettent de définir plusieurs groupes de familles, avec des différences établies en fonction de l'écart entre leurs dépenses mensuelles moyennes et le seuil de pauvreté.

En 2006, environ **1 142 000 familles**, soit **4,8%** des familles résidentes, s'avéraient *incontestablement pauvres*, c'est-à-dire avec des niveaux de dépenses mensuelles de plus de 20% inférieurs au seuil standard. Environ les trois quarts de ces familles résidaient dans le Mezzogiorno.

Le 3% des familles résidentes, soit presque 1/3 des familles pauvres, présentaient des dépenses moyennes modérément inférieures (de 10 à 20%) au seuil de pauvreté

standard; 3,3 autres pour cent présentaient enfin des niveaux de dépenses de consommation très proches du seuil de pauvreté (au maximum 10% inférieurs à ce seuil).

Dans le Centre-Nord, une part plus élevée des familles pauvres avait tendance à se situer à proximité du seuil de pauvreté: environ 37% des familles pauvres du Nord et 39% de celles du Centre affichaient des niveaux de dépenses étant de non plus de 10% inférieurs au seuil de pauvreté; dans le Mezzogiorno, ce pourcentage descendait à 26%.

Chez les familles non pauvres il existait aussi des sous-groupes présentant un risque de pauvreté :3,9% des foyers (4,4% des familles non pauvres) présentaient un niveau de dépenses de consommation très proche du seuil de pauvreté tout en étant supérieur à celui-ci (de 10% au maximum); 4,2 autres pour cent (4,7% des familles non pauvres) affichaient des montants de dépenses de consommation légèrement supérieurs à ce seuil (entre 10 et 20% supérieurs au seuil standard). Dans le Mezzogiorno, les taux de ces familles s'élevaient respectivement à 6,8% et 6,5%; ces deux groupes représentaient ensemble plus de 17% des familles non pauvres.

Les familles *incontestablement non pauvres* représentaient enfin 80,8% du total avec des valeurs proches de 90% dans le Nord et le Centre (respectivement 89,6% et 86,1%) et de 64,2% dans le Mezzogiorno. De là découlait le fait qu'environ les trois quarts des familles *incontestablement non pauvres* (74,4%) résidaient dans le Centre-Nord.