

## Pilastro europeo dei diritti sociali. Il contributo di Cittadinanzattiva Dicembre 2017

### PREMESSA

Il Consiglio ha approvato le [priorità legislative dell'UE](#) per il **periodo 2018-2019**, incentrate su sette settori principali: sicurezza, migrazione, occupazione, crescita e investimenti, **Europa sociale**, mercato unico digitale, energia e clima, legittimità democratica.

I principi del Pilastro europeo dei diritti sociali indicati dall'Esecutivo UE sono 20 e fanno riferimento a tre macro aree:

1. Pari opportunità e accesso al mercato del lavoro
2. Condizioni di lavoro eque
3. Protezione sociale e inclusione

Per la sua storia e specificità, **l'attenzione di Cittadinanzattiva in riferimento ai principi del Pilastro europeo dei diritti sociali si è rivolta principalmente ad alcuni di quei principi che fanno riferimento alla macro area 3 "Protezione sociale e inclusione"**, in linea con la *mission* di un'organizzazione civica che dal 1978 promuove l'attivismo dei cittadini per la tutela dei diritti, la cura dei beni comuni, il sostegno alle persone in condizioni di debolezza, in Italia e all'estero.

In particolare, Cittadinanzattiva è impegnata su questi fronti:

- Assistenza all'infanzia e sostegno ai minori
- Assistenza sanitaria
- Inclusione delle persone con disabilità
- Assistenza a lungo termine
- Accesso ai servizi essenziali

### NOI E L'EUROPA

Cfr. il Manifesto "L'Europa che vorrei": <http://www.cittadinanzattiva.it/editoriale/europa/6192-l-europa-che-vorrei.html>

## **A - Assistenza all'infanzia e sostegno ai minori:**

- *I bambini hanno diritto all'educazione e cura della prima infanzia a costi sostenibili e di buona qualità;*
- *I minori hanno il diritto di essere protetti dalla povertà. I bambini provenienti da contesti svantaggiati hanno diritto a misure specifiche tese a promuovere le pari opportunità.*

Gli asili nido comunali rivestono ormai grande interesse pubblico in quanto servizi per l'infanzia accessibili e di buona qualità contribuiscono a conciliare in modo rilevante vita familiare e lavorativa e quindi a promuovere una maggiore partecipazione femminile al mercato del lavoro. La disponibilità di servizi per l'infanzia può fornire una risposta importante ai tassi di natalità decrescenti, abbassando il costo della gravidanza in termini di prospettive di carriera sul mercato del lavoro. Di recente, inoltre, si sono moltiplicati gli sforzi volti a leggere i servizi per la prima infanzia secondo una prospettiva pedagogica e sociale, in base alla quale essi non rappresentano più solo una soluzione per la custodia e la cura del bambino, ma piuttosto un contributo al suo sviluppo ed alla sua integrazione socio economica.

L'importanza di fornire adeguati servizi per l'infanzia è stata riconosciuta al livello Europeo, infatti l'Agenda di Lisbona ha definito alcuni obiettivi espliciti riguardo alla loro fornitura. Confermando l'obiettivo della piena occupazione, il Consiglio d'Europa ha stabilito in quella sede la necessità, per tutti gli Stati membri, di rimuovere i disincentivi alla partecipazione femminile al mercato del lavoro e lo sforzo di fornire servizi per l'infanzia in misura tale da coprire, entro il 2010, almeno il 90% dei bambini fra 3 e 6 anni ed almeno il 33% dei bambini sotto i 3 anni. L'importanza di questi obiettivi è stata ribadita dal Consiglio nelle linee guida per l'occupazione (2008-10).

In realtà, la diffusione di tali servizi differisce in modo notevole all'interno degli Stati membri ed in molti Paesi (tra cui l'Italia) si è ancora molto lontani dall'obiettivo fissato. L'inadeguato sviluppo dei servizi per la prima infanzia è strettamente connesso alla visione tradizionale della "cura" dei bambini, delegata esclusivamente alla famiglia. I nidi di infanzia sono presenti soprattutto nelle aree cittadine e rappresentano una sorta di "ultima spiaggia" per i genitori entrambi lavoratori. Danimarca, Svezia e Islanda si contraddistinguono per il più alto tasso di diffusione dei servizi per la prima infanzia (con una copertura percentuale del 50% dei bambini di età inferiore ai tre anni) seguiti da Finlandia, Paesi Bassi, Francia, Slovenia, Belgio, Regno Unito e Portogallo (con valori tra il 50% e il 25%). Percentuali comprese tra 25 e 10% si registrano in altri Paesi quali Italia, Lituania, Spagna, Irlanda, Austria, Ungheria e Germania. Infine, valori inferiori al 3% si riscontrano in Polonia e Repubblica Ceca. Come già anticipato, esiste una forte correlazione tra la presenza di strutture per la prima infanzia e il tasso di occupazione femminile. I livelli dell'occupazione nazionale restano distanti dagli obiettivi fissati dal Consiglio di Lisbona nel 2000, che prevedevano il raggiungimento, entro il 2010, di un tasso di occupazione totale pari al 70 per cento e per le donne pari al 60 per cento.

Dal rapporto *Doing Better for Family*, pubblicato dall'Ocse nell'aprile 2011, che ha analizzato la condizione delle famiglie dei 34 Paesi Membri viene fuori che in Italia c'è bisogno di più politiche per conciliare lavoro e famiglie. Il nostro Paese risulta caratterizzato da un basso tasso di occupazione femminile, da un basso tasso di natalità e da un alto rischio di povertà infantile. In concreto l'Italia è ben al di sotto della media rispetto a tutti e tre gli indicatori presi in esame. Questo perchè da un lato risulta molto difficile conciliare lavoro e figli, mentre dall'altro occorrerebbe una maggiore occupazione dei genitori per ridurre il rischio di povertà infantile. Rispetto a molti altri Paesi membri, le donne italiane risultano più in difficoltà nel conciliare figli e lavoro, e ciò comporta spesso il dover scegliere tra avere un lavoro o avere dei figli. Il risultato di questa situazione è un basso tasso di natalità (pari secondo l'Istat nel 2010 a 1,41 figli per donna) e un basso tasso di occupazione femminile (pari al 48% contro una media Ocse del 59%). I giovani

italiani anche per avere una posizione lavorativa più stabile, spesso posticipano l'età in cui avere un figlio, col rischio di perdere ogni treno. Infatti, nel nostro Paese ci sono molte donne senza figli, molto più che altrove. Ad esempio quasi una donna su quattro di quelle nate nel 1965 non ha figli, contro una su dieci di quelle francesi nate nello stesso anno.

L'età media del parto è passata dai 29,1 anni del 1991 ai 32 anni del 2013: numeri che fanno delle italiane le mamme "più anziane" d'Europa, visto che nel vecchio continente l'età della maternità è ferma attorno ai 30 anni. Dal 2006 al 2013 le madri con età superiore ai 35 anni è passata dal 27,7% al 33,6%.

Al 2010, al tasso di povertà infantile in Italia è pari al 15% ma il rischio di povertà è estremamente alto per i bambini che vivono in famiglie in cui entrambi i genitori sono disoccupati. Circa l'88% dei bambini che vivono con un genitore solo e disoccupato sono poveri (la media Ocse è 62%). Analogamente, il 79% dei bambini che vivono con due genitori disoccupati sono poveri; la percentuale scende al 22% quando solo uno dei due genitori ha un lavoro (le medie Ocse sono, rispettivamente, 50% e 17%). L'Italia spende circa 1,4% del PIL per le famiglie con bambini, mentre nell'Ocse in media si spende il 2,2%. I genitori che hanno un lavoro hanno diritto ad 11 mesi di congedo parentale retribuito di cui 5 mesi di maternità generalmente retribuiti al 100% dello stipendio, ma la retribuzione è bassa per il resto del congedo. Circa il 29% dei bambini al di sotto dei 3 anni usufruiscono dei Servizi all'Infanzia, una cifra di molto inferiore alla percentuale dei bambini iscritti alla Scuola dell'Infanzia (il 98% dei bambini tra i 3 e i 5 anni). Solo il 6% dei bambini tra i 6 e gli 11 anni è iscritto a servizi di pre e dopo scuola, in parte a causa di finanziamenti ridotti.

A dicembre 2017, l'Istat ha presentato una mappa aggiornata dei servizi educativi per la prima infanzia. Nel 2014/15 i posti nei nidi sono diminuiti, ma poiché i bambini sono sempre meno la percentuale di copertura è salita al 22,8%. Nonostante la disponibilità di posti sia molto lontana dall'obiettivo, molti restano vuoti. Anche perché ormai il 20,3% del costo del servizio è a carico delle famiglie<sup>1</sup>.

Di seguito le principali QUESTIONI APERTE:

### 1. Conciliazione tempi famiglia/lavoro

- Nel biennio 2013-2015 (fonte Certificati Consuntivi disponibili per 89 capoluoghi di provincia italiani) le liste di attesa sono passate dal 20 al 26% sebbene il numero delle domande presentate abbia subito una diminuzione nel 70% dei comuni considerati (pari a oltre 10 mila domande).
- Il dato relativo alla riduzione delle domande presentate è del tutto congruente a quello relativo alle dimissioni dal lavoro: **Nel corso del 2016, su 30mila donne (dati Ispettorato nazionale del Lavoro di luglio 2017) che hanno dato le dimissioni dal posto di lavoro, ben una su cinque l'ha fatto per mancato accoglimento dei figli al nido pubblico, quasi una su quattro per incompatibilità fra lavoro e assistenza al bimbo, il 5% per i costi troppo elevati per l'assistenza al neonato.**

### 2. Offerta di servizi comunali fortemente disomogenea sul territorio nazionale

- Copertura del servizio (Rapporto tra potenziale utenza e posti disponibili): Rispetto al totale popolazione in fascia di età 0-2 anni presente nei capoluoghi di provincia italiani (pari a circa 425 mila unità) i posti attualmente disponibili negli stessi capoluoghi, rispondenti unicamente al servizio di asilo nido comunale, garantiscono una copertura media del 20% circa, con marcate differenze sul territorio: in termini di potenziale copertura, si va dal 31% circa del Trentino Alto Adige al 4% della Calabria.
- Rispetto alla distribuzione territoriale degli asili nido comunali, nei capoluoghi del Nord è concentrato il 51% delle strutture (al 50% dei posti disponibili), segue il Centro con il 37% delle strutture (39% dei posti disponibili) ed infine il Sud con il 12% delle strutture (11% dei posti disponibili).
- Il 65% delle strutture e dei posti disponibili è localizzato in 4 regioni: Lazio, Lombardia, Emilia Romagna e Toscana.

### 3. Costi eccessivamente elevati in alcune realtà territoriali:

<sup>1</sup> Cfr. Report "Asili nido e altri servizi socio-educativi per la prima infanzia" presentato dall'Istat a dic. 2017.

- per i nidi si va dai 100€ al mese di Catanzaro e Agrigento ai 515€ di Lecco. E' di 301€ la tariffa medi a mensile nel 2017/18 (erano 309€ nel 2014/15) per una famiglia tipo (3 persone con un minore al di sotto dei 3 anni e un ISEE di 19.900€). Il Molise è la regione più economica (167€, -28,2% su 2014/15), il Trentino Alto Adige la più costosa (472€, +9,4%).
- 4. **Poco frequenti le agevolazioni tariffarie per modifiche alla situazione economica familiare**
- Rispetto ai capoluoghi di provincia italiani alcune agevolazioni sono state riscontrate nel 76% dei casi. In particolare:
  - riduzione della retta per assenze dovute a malattia presente nel 47% dei casi;
  - riduzione della retta a partire dal secondo figlio iscritto al nido (65%);
  - **riduzione della retta per modifiche alla situazione economica familiare (disoccupazione, mobilità, cassa integrazione, riduzione ore lavoro) (27%)**
  - agevolazioni per bimbi portatori di handicap (17%)
  - il 3% in presenza di mutuo per acquisto prima casa (3%, nel 2014).

## **B - Assistenza sanitaria:**

- Ogni persona ha il diritto di accedere tempestivamente a un'assistenza sanitaria preventiva e terapeutica di buona qualità e a costi accessibili.

## **C - Assistenza a lungo termine:**

- Ogni persona ha diritto a servizi di assistenza a lungo termine di qualità e a prezzi accessibili, in particolare ai servizi di assistenza a domicilio e ai servizi locali.

- I dati Istat ci dicono che nel 2015 la spesa media sostenuta da una famiglia per farmaci e prestazioni sanitarie è di 1.353 euro e rappresenta il 4,5% della spesa media familiare annua.
- Dalla relazione della Corte dei Conti, nel 2015 rispetto al 2014, si evince un aumento del 4,5% relativamente alla compartecipazione dei cittadini alla spesa per farmaci, a fronte di una riduzione del 2,2% sul fronte della compartecipazione sulla spesa per le prestazioni.
- L'11,3% del totale segnalazioni giunte al servizio PiT salute di Cittadinanzattiva sono relative ai costi a carico dei cittadini.
- La questione dei costi diventa ancora più critica se all'interno dei nuclei familiari sono presenti soggetti con una o più patologie croniche (o rare).
- L'11° Rapporto CREA mostra un dato interessante relativo alla rinuncia alle cure. Dall'analisi risulta che **in Italia il 7,2% dei residenti ha rinunciato a curarsi** (si arriva all'11,2% nelle aree meridionali).
- Nel 2013 in Italia 831.795 famiglie (3,24% delle residenti) sono soggette a spese socio-sanitarie catastrofiche (spese elevate rispetto al proprio reddito). Il fenomeno colpisce soprattutto le Regioni del Sud (4,85%), poi quelle del Nord (2,80%) e del Centro (1,80%). La Calabria risulta essere la Regione nella quale il fenomeno è più significativo (6,35%), il Lazio quella più indenne (1,30%). Tali famiglie spendono annualmente in media € 5.686,16 per la sanità: il 31,8% per il dentista, i 28,0% per farmaci e specialistica ed il 25,9% per le badanti.
- In caso di gravidanza occorre mettere in conto di dover sostenere più costi del previsto. Anche se molti esami diagnostici in gravidanza vengono erogati dal SSN, talvolta a causa delle lunghe liste d'attesa non è possibile prenotare esami che vanno comunque effettuati in momenti ben precisi e non rinviabili. Di conseguenza l'alternativa è quella di rivolgersi a strutture private, con un incremento dei costi da sostenere..

•

## **QUESTIONI APERTE:**

- "Health in all policies" da slogan a realtà
- In Europa come negli Stati Membri, rischio Cittadini di serie A e di serie B in fatto di accesso a farmaci e terapie innovative: come va ridotto il gap delle disuguaglianze tra lavoratori, non riducendo i diritti, analogamente va ridotto il gap delle disuguaglianze nell'accesso alle cure, non riducendo i diritti dei pazienti.
- Come nel mercato del lavoro, anche in tema di salute dobbiamo puntare all'innalzamento degli standard minimi, e non al loro abbassamento.
- Autorizzazione ai farmaci a livello di EMA e di singoli Paesi ritarda e porta a gravi disparità, in contrasto con la sanità transfrontaliera che ha sancito il diritto ad andare all'estero per motivi di cura.
- Esigenze mediche insoddisfatte: persone in forme di lavoro non standard: alcuni esempi di discriminazione (fonte DG Santè):
  - Germania, Grecia, Romania, Slovacchia evidenziano difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria per i lavoratori autonomi.
  - Studi di Eurofound su nuove forme di occupazione, alcuni esempi richiamano la nostra attenzione: i lavoratori occasionali ungheresi non hanno un'assicurazione sanitaria, i lavoratori giornalieri rumeni non sono coperti da un'assicurazione sanitaria pubblica.

## D - Inclusione delle persone con disabilità:

- Le persone con disabilità hanno diritto a un sostegno al reddito che garantisca una vita dignitosa, a servizi che consentano loro di partecipare al mercato del lavoro e alla società e a un ambiente di lavoro adeguato alle loro esigenze

1. **A livello europeo, sosteniamo la “Call to Action to enhance labour opportunities for people with chronic diseases”<sup>2</sup>** del Novembre 2017 nella quale decine di associazioni civiche e di pazienti, ma anche di professionisti della salute, chiedono di:

- Investire nella prevenzione e nella diagnosi precoce delle malattie croniche
- Migliorare l'integrazione dell'assistenza sanitaria per rafforzare la riabilitazione, il recupero e la ripresa occupazionale delle persone affette da malattie croniche
- Promuovere un contesto favorevole che includa incentivi finanziari / non finanziari e politiche adeguate a sostegno dell'occupazione, del ritorno al lavoro o della conservazione sul lavoro di persone con malattie croniche
- Garantire un'adeguata formazione dei datori di lavoro sulla questione delle malattie croniche e delle condizioni di lavoro e promuovere la consapevolezza delle malattie croniche sul posto di lavoro

## 2. Impatto del dolore su lavoro e occupazione

L'Unione europea e i suoi Stati membri stanno affrontando una grande sfida in termini di invecchiamento della popolazione, necessità di aumentare la produttività e prevenire il pensionamento anticipato involontario.

Il dolore cronico colpisce almeno il 20% della popolazione adulta in Europa, causando problemi non solo agli individui direttamente colpiti ma anche ai sistemi sanitari, alle economie e società di riferimento: ogni anno circa 1 europeo su 5 è affetto da dolore cronico. Parliamo di 153 milioni di persone che soffrono di emicrania o altra forma di mal di testa invalidante, 200 milioni di persone che soffrono di disturbi muscolo-scheletrici, 100 milioni di persone che soffrono di altre forme di dolore cronico (fibromalgia, dolore addominale, mal di schiena, etc.)

Disturbi muscoloscheletrici nella forza lavoro dell'UE:

- In Europa, 44 milioni di lavoratori soffrono Disturbi muscolo-scheletrici causati dalle condizioni di lavoro (fonte: Fit for Work Europe)
- Con oltre 500 milioni di giorni di malattia all'anno in Europa, il dolore muscoloscheletrico causa quasi il 50% di tutte le assenze dal lavoro che durano almeno tre giorni nell'UE e il 60% di incapacità lavorativa permanente (Bevan, 2013)
- Un'indagine del 2001 condotta dalle assicurazioni sanitarie belghe ha stimato che il 50% dei pazienti con dolore cronico tra i 25 e i 64 anni non era in grado di lavorare a causa delle loro condizioni di salute. Questa incapacità ha gravi conseguenze per il reddito delle persone con dolore cronico (Berquin, et al., 2011). Tra i lavoratori, che devono prendere un congedo per malattia a causa del loro dolore cronico, il 22% è assente dal lavoro per più di dieci giorni all'anno (Reid, et al., 2011). Inoltre, lo studio "Fit for Work Europe" condotto in 23 paesi europei, ha dimostrato che metà dei cittadini dell'UE soffriva di mal di schiena in alcune fasi della loro vita. Circa il 15% di queste persone con mal di schiena rimane fuori dal lavoro per oltre un mese (Bevan, et al., 2009).

In Europa, il dolore cronico è causa di quasi il 50% di tutte le assenze da lavoro, e i costi – in termini di mancata produttività - sono stimati fino a 2% del PIL dell'Unione Europea. Questo senza contare, ovviamente, il peso delle ricadute sociali, relazionali, psicologiche, lo stigma che comporta il dolore cronico.

---

<sup>2</sup> [http://www.alliancechronicdiseases.org/fileadmin/user\\_upload/Call\\_to\\_action\\_on\\_the\\_employment\\_of\\_people\\_with\\_chronic\\_diseases.pdf](http://www.alliancechronicdiseases.org/fileadmin/user_upload/Call_to_action_on_the_employment_of_people_with_chronic_diseases.pdf)

E molto marcate sono le disparità nell'UE nell'accesso alle cure, per diagnosticare un dolore cronico a volte passano anche anni così come per individuare una efficace terapia del dolore.

Da anni impegnati nel veder garantito in pratica il diritto ad evitare sofferenze inutili, siamo orgogliosi di aver contribuito fattivamente ad aumentare l'attenzione delle Istituzioni Europee in tema di lotta al dolore, che si è tradotta in fatti concreti anche se poco noti: l'UE di recente ha stanziato maggiori fondi per la ricerca dedicata al tema della lotta al dolore in ambito di [Innovative Medicines Initiative-IMI2](#)<sup>3</sup> oltre che nel vigente programma Horizon 2020 e altri ce ne saranno nel prossimo programma quadro Horizon; la DG-Santè ha istituito un [gruppo di esperti](#) sul tema, mentre il Parlamento Europeo ospita un Interest Group e [iniziative](#) sull'argomento.

Cambiamenti che vanno accolti con favore ma che sono ancora ben lungi dal tradursi in miglorie per i cittadini europei, per questo avanziamo le seguenti raccomandazioni politiche:

A livello di Commissione Europea:

1. La Commissione europea dovrebbe promuovere studi a livello europeo sulle cause che producono astensionismo e ritiro anticipato dal mondo del lavoro per motivi di salute, stimolando al contempo la collaborazione in questo campo tra tutte le parti interessate, compreso lo scambio di buone prassi per facilitare la riduzione delle disuguaglianze sanitarie e lavorative (ad esempio, buoni esempi da parte dei datori di lavoro).
2. La Commissione europea dovrebbe promuovere campagne di informazione nei Paesi Membri.

A livello di Stati Membri:

3. I governi nazionali dovrebbero investire in tecnologie per prevenire il pensionamento anticipato involontario e consentire ai lavoratori affetti da dolore cronico di continuare ad essere parte attiva del mondo del lavoro, se lo desiderano.
4. I governi nazionali dovrebbero creare collegamenti interministeriali tra sanità, occupazione, sicurezza sul lavoro, assicurazioni, protezione sociale e politica finanziaria, per migliorare la partecipazione lavorativa delle persone con problemi di salute. Con il giusto atteggiamento del datore di lavoro e gli adattamenti sul posto di lavoro, combinati con il supporto dei sistemi di sanità pubblica, molte persone che vivono con dolore potrebbero continuare a lavorare.
5. I governi nazionali dovrebbero dare la priorità alla riabilitazione (punto di partenza: assistenza primaria) dando attenzione alla capacità lavorativa, invece che alla disabilità.
6. I piani nazionali dovrebbero incoraggiare l'applicazione della legislazione nazionale esistente che richiede adeguamenti ragionevoli e flessibili sul luogo di lavoro da parte dei datori di lavoro che possono aiutare le persone con malattie croniche a rimanere nel lavoro o a reintegrare la forza lavoro.

QUESTIONI APERTE:

- Il buon lavoro fa bene alla salute
- Il ritorno ad una condizione lavorativa attiva dovrebbe essere considerato come un output della cura, e pertanto le terapie andrebbero valutate – in termini di costo-efficacia - anche in considerazione di questo elemento
- Entro il 2030, una percentuale elevata della forza lavoro europea in età avanzata avrà una malattia cronica che influirà sulla loro produttività.
- Ad oggi manca un programma strutturato delle istituzioni dell'UE che affronti queste sfide e le conseguenze a lungo termine del dolore cronico.
- Stiamo solo aspettando che tutti si ammalino e abbandonino il lavoro per poter spendere milioni in costose cure di riabilitazione?

---

<sup>3</sup> L'iniziativa della Commissione Europea in materia di medicinali innovativi (IMI), che riunisce il settore privato e pubblico al fine di incentivare la ricerca e accelerare l'accesso dei pazienti a terapie innovative destinate a rispondere a esigenze mediche insoddisfatte.

## E - Accesso ai servizi essenziali:

- Ogni persona ha il diritto di accedere a servizi essenziali di qualità, compresi l'acqua, i servizi igienico-sanitari, l'energia, i trasporti, i servizi finanziari e le comunicazioni digitali. Per le persone in stato di bisogno è disponibile un sostegno per l'accesso a tali servizi.

Da anni in Italia mediante l'Osservatorio Prezzi e Tariffe di Cittadinanzattiva forniamo, in un contesto di crisi economica che ha contribuito a determinare una contrazione delle risorse destinate dallo Stato agli Enti locali, una fotografia sugli effetti della riduzione o del peggioramento della qualità dei servizi offerti alla cittadinanza e l'eventuale aumento costante delle tariffe a carico degli utenti finali.

Nel recente rapporto "Fasce Deboli del 2016", prendiamo come chiave di lettura la famiglia e gli eventuali ostacoli, criticità e costi che è chiamata a sostenere nella vita quotidiana.

**Le mutate condizioni economiche degli ultimi anni ci sollecitano a mettere in discussione il concetto di fasce deboli e di ceto medio come intesi fino ad oggi. Il quesito che ci poniamo è se la stessa famiglia non sia da considerarsi una fascia debole!** Alcuni dati:

- Il 6,1% delle famiglie è in condizioni di povertà assoluta
- Il 10,4% delle famiglie è in condizioni di povertà relativa
- Il 23% delle famiglie è indebitato
- Il 2,3% delle famiglie è sovra-indebitato
- Nel 2014, rispetto all'anno precedente, aumenta la percentuale di famiglie che restano indietro con il pagamento delle bollette e di altre voci di debito
- Nello stesso periodo il 71,6% delle famiglie dichiara di non riuscire a risparmiare e il 38,6% di non riuscire a far fronte a spese impreviste.
- Secondo i dati di Banca d'Italia, a fine 2014 era indebitato il 23% delle famiglie italiane per un ammontare medio di poco più di 44.000 euro.
- Nel 2015 il 2,5 per cento dell'ammontare dei mutui è stato oggetto di sospensione della rata (2,9 nel 2014).

## QUESTIONI APERTE:

- **Tra le componenti che incidono sul livello di povertà o vulnerabilità alla povertà delle famiglie italiane non va sottovalutato il ruolo giocato dai servizi pubblici.** Essi rappresentano un elemento importante della società perché costituiscono uno strumento essenziale in termini di solidarietà sociale, redistribuzione della ricchezza ed esercizio dei diritti di cittadinanza. Continua quindi ad essere attuale il concetto di "costo di cittadinanza" ossia il costo sostenuto dalle famiglie per usufruire di servizi pubblici basilari che varia per le famiglie a seconda del luogo di residenza.
- Bonus e agevolazioni troppo leggeri economicamente e troppo complicati da ottenere: automatici e non a richiesta: il caso del bonus energia:
  - I potenziali beneficiari sono circa 3,5 milioni di famiglie per il bonus elettrico e circa 2,5 per il bonus gas;
  - Dall'introduzione ad oggi, oltre 2 milioni di famiglie hanno ottenuto almeno una volta il bonus per elettricità e/o gas.
  - Su base annua significa il **34%** degli aventi diritto al **bonus elettrico** e il **27%** degli aventi diritto al **bonus gas.**
  - In media il **30%** di essi **non ha rinnovato** la richiesta del bonus!
    - Scarsa informazione su disponibilità ed impatto economico del bonus
    - Iter eccessivamente burocratico
    - Inadeguatezza del bonus in rapporto alla spesa sostenuta
  -



## IN CONCLUSIONE

Il Pilastro è ancora un insieme di principi (20) volontari e non obbligatori per gli Stati membri, e non è chiaro come tali principi diventeranno realtà. La questione del “come” è stata ribadita da tutti, quindi dovremo lavorare con la Commissione Europea e con il Governo per trovare il modo di rendere il Pilastro applicabile.

Cittadinanzattiva conferma il proprio appoggio affinché il Pilastro diventi una realtà, abbia un impatto reale, sia politicamente coerente e assicuri una governance partecipativa. Il Pilastro avrà bisogno di un sostegno convinto da parte degli stati membri e delle tre istituzioni europee - Commissione europea, Parlamento europeo e Consiglio - se non deve limitarsi a essere una mera dichiarazione di principi ma riesca a trasformarsi in una base concreta su cui poggiare il miglioramento della qualità della vita delle persone affermando, nei fatti, il diritto a una vita dignitosa, senza povertà. Il Pilastro avrà raggiunto il suo scopo solo se saprà prevenire l'austerità negativa e tutte quelle politiche che mettono a rischio questi obiettivi.

Lavoriamo per un'Europa dei cittadini e non delle banche, delle politiche legate alla famiglia, ai lavoratori e alle fasce deboli della popolazione, e non al mercato: Le politiche economiche si portano sulle spalle una grossa fetta della responsabilità dei danni causati dall'austerità e dall'approccio “prima di tutto il mercato” e hanno contribuito al fallimento degli obiettivi di lotta contro la povertà di Europa 2020.

Occorre aumentare quegli investimenti sociali che garantiscono i diritti sociali, ma non solo. L'invito ultimo alle istituzioni nazionali ed europee è quello di investire sempre di più nel dialogo civile, nell'interazione cioè con il tessuto dell'associazionismo che si occupa della tutela dei beni comuni, nella tutela dei diritti e nell'empowerment delle persone in condizioni di fragilità.

Siamo infatti convinti che **“fare i cittadini sia il modo migliore di esserlo”**, cioè che l'azione dei cittadini consapevoli dei propri poteri e delle proprie responsabilità sia un modo per far crescere la nostra democrazia, tutelare i diritti e promuovere la cura quotidiana dei beni comuni.

Il *Social Scoreboard* di @Cittadinanzatti: equità sociale, effettiva tutela dei diritti, riduzione del “costo di cittadinanza”, dialogo civile #SocialRights