

DARE VOCE AGLI INVISIBILI

Le povertà in Lombardia dal Rei al RdC

Le povertà: un'emergenza inascoltata

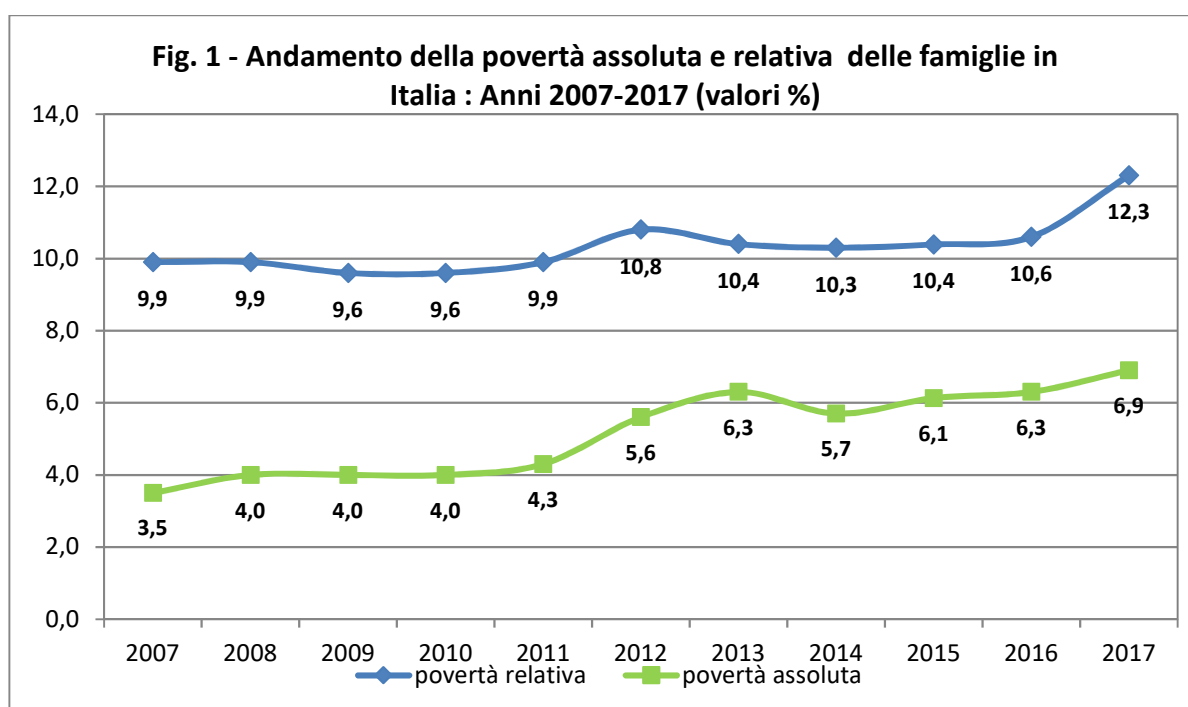
intervento di Giancarlo Rovati

1. La povertà economica nel corso dell'ultimo decennio

E' da più di 10 anni che l'Istat suona un campanello d'allarme sull'aumento della povertà in Italia, specialmente tra i bambini e i giovani con età compresa tra 0 e 17 anni. E' un allarme sonoro rimasto però troppo a lungo inascoltato dai responsabili delle politiche pubbliche, anche in occasione dell'approvazione del RdC.

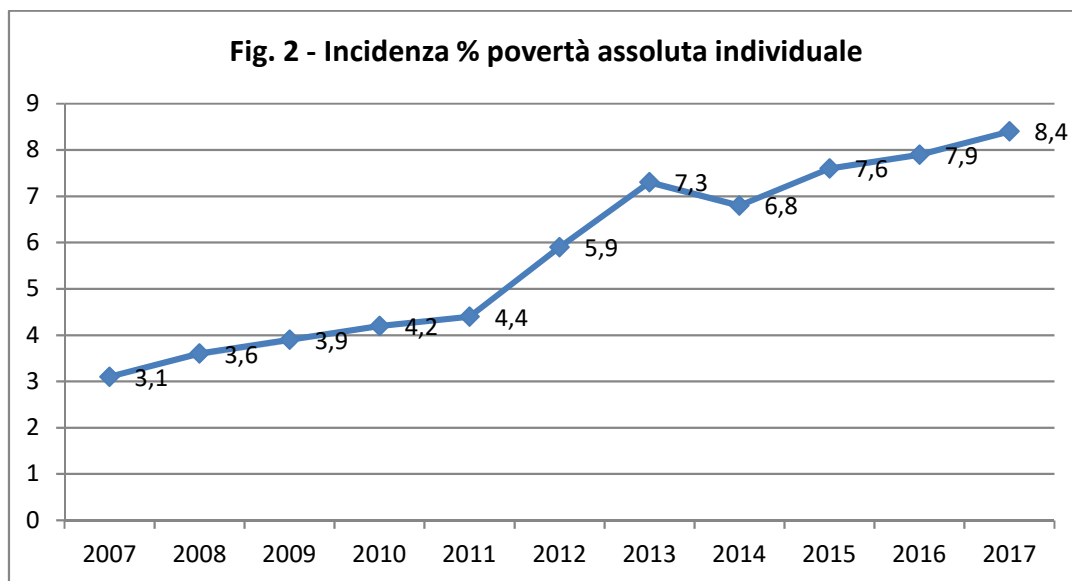
A destare l'allarme è stato soprattutto l'aumento della povertà assoluta (calcolata sulla base di un paniere di beni e servizi essenziali per uno standard di vita minimamente accettabile), che nel 2017 ha raggiunto un'incidenza doppia rispetto al 2007 (6,9% vs. 3,5%) quando la grande crisi non era ancora scoppiata.

Anche la povertà relativa ha avuto un'impennata, raggiungendo l'incidenza massima del 12,3% dopo 5 anni di sostanziale stabilità (**Fig. 1**).



La crescita incessante dei “più poveri tra i poveri” (ovvero coloro che sono in povertà assoluta) risulta ancor più evidente se si guarda al numero degli individui coinvolti, passati dal 3,1% all’8,4% della popolazione totale. (**Fig. 2**).

Nel 2017 hanno vissuto in grave povertà 1,8 milioni di famiglie e 5 milioni di persone di tutte le età.

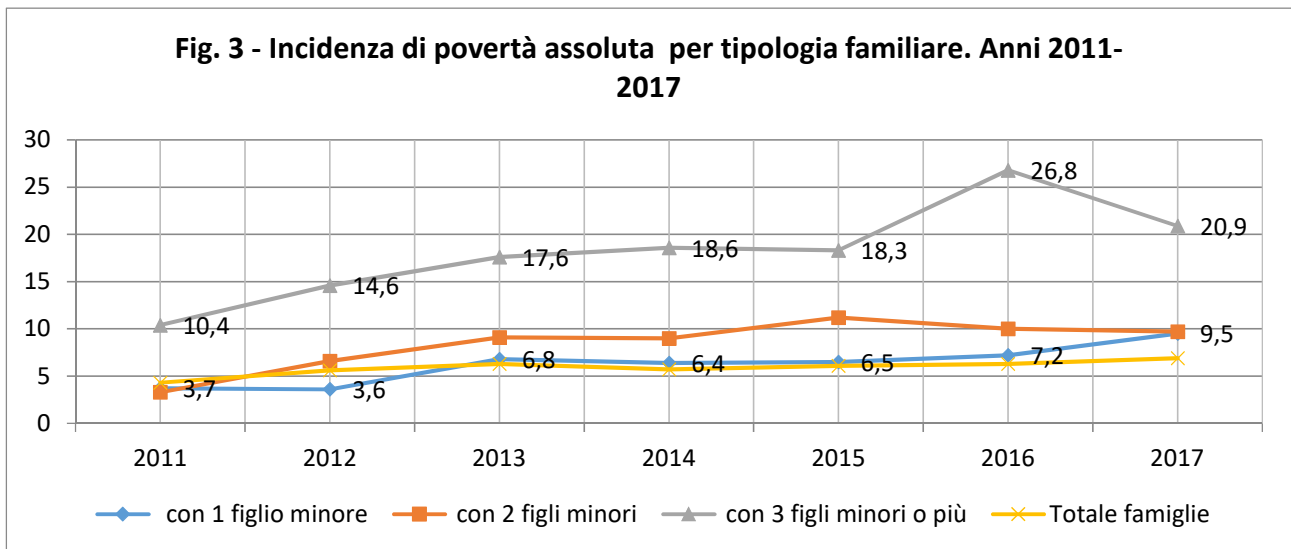


2. Bambini e giovani in povertà: una priorità trascurata

Dal punto di vista comunicativo l’allarme dell’Istat è partito nel rapporto sulla povertà in Italia del 2011 che segnalava il peggioramento delle condizioni economiche dei bambini e dei giovani in minore età a causa del corrispondente peggioramento economico dei loro genitori, appartenenti alla fascia degli adulti in età di lavoro, non coperti da adeguate misure di sostegno al reddito.

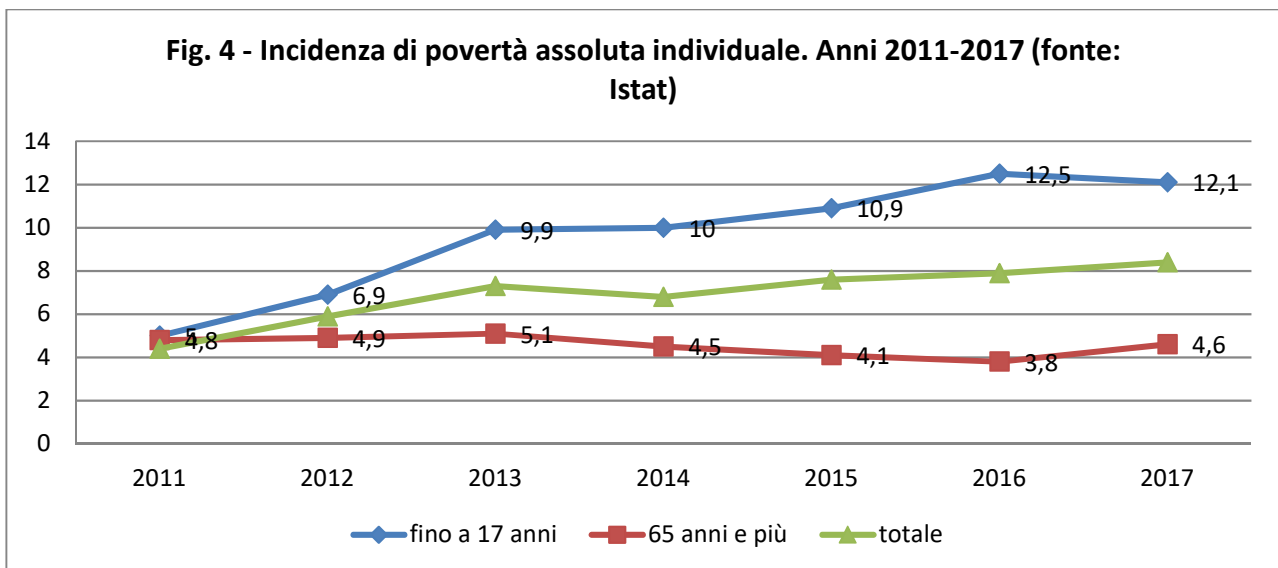
Tra le famiglie con solo un figlio minore la povertà assoluta saliva dal 2,3% (nel 2010) al 3,7% (nel 2011) per giungere al 9,5% nel 2017 (**Fig. 3**).

Ancor più impressionante è stato l’incremento della povertà assoluta delle famiglie con 3 figli minori, passata dal 10,4% nel 2011 al 27% nel 2016 per attestarsi sul 21% nel 2017 (**Fig. 3**).



Se dalle percentuali si passa ai valori assoluti, si constata che nel 2011-12 i minorenni in grave povertà erano poco sopra al milione (1 milione 50mila unità), aumentano di 376mila unità nel 2013, attestandosi sul valore record di 1 milione 434 mila individui; inizia poi una lenta discesa che si arresta però alla ragguardevole cifra di 1 milione 208mila unità nel 2017 (ultimo dato disponibile). In questo stesso anno gli anziani in povertà sono 611mila (4,6%)

Prendendo come anno di riferimento il 2007, si constata che nel 2017 l'incidenza della povertà assoluta tra i minorenni è aumentata di 4 volte, mentre tra gli anziani è rimasta sostanzialmente stabile (dal 4,4% al 4,6%), per effetto dei trattamenti pensionistici e degli assegni sociali destinati a questa parte della popolazione (**Fig. 4**).



La condizione altamente problematica dei bambini e dei giovani in minore età (a 0 a 17 anni) deriva dalla condizione economica delle famiglie di appartenenza (**vedi par. 1**), tanto più disagiata quanto più cresce il numero dei figli a carico.

I ripetuti "warnings" lanciati dall'Istat sono stati ripresi e amplificati da tutte le organizzazioni non profit a diretto contatto con le famiglie e le persone indigenti, divenute nel frattempo concordi sulla necessità di contrastare la povertà con misure di sostegno al reddito e alla inclusione attiva. E' da questa mobilitazione che nel 2013 prende corpo *l'Alleanza contro la povertà* e la proposta del Reis (Reddito di inclusione sociale), rimasta di fatto inascoltata dai decisori politici e solo parzialmente ripresa dal timido avvio del Rei (Reddito di inclusione) nel gennaio del 2018.

L'emergenza "povertà dei minori" viene peraltro recepita dal Rei, specie nella sua prima applicazione semestrale (gennaio-giugno 2018) che ha dato la priorità alle famiglie con figli in minore età.

Con l'entrata in vigore del Reddito di cittadinanza (dal 6 marzo 2019) si è però registrato un sostanziale passo indietro, perché il legislatore ha riservato un trattamento penalizzante alle famiglie con minori.

Nella audizione del Dott. Roberto Monducci (Direttore del Dipartimento Istat per la produzione statistica) alla 11a Commissione (Lavoro pubblico e privato, previdenza sociale) del Senato della Repubblica, tenuta il 13 marzo 2019, leggiamo infatti che:

"I singoli costituiscono il 47,9% delle famiglie beneficiarie del RDC (626 mila) e riceveranno, in media, un sussidio di 4 mila 469 euro l'anno (82,1% del reddito). Le coppie con figli minorenni sono circa 260 mila (il 19,6% delle famiglie beneficiarie) e percepiranno, in media, un sussidio inferiore a quello delle coppie con figli tutti adulti (6 mila 470 euro versus 7 mila 41 euro), perché, a parità di numero di componenti, questo tipo di famiglie beneficia di una scala di equivalenza più alta (e, quindi, sussidi più generosi a parità di reddito)".

Questi dati previsionali sono confermati dai dati "reali" che abbiamo oggi a disposizione

In pratica, il legislatore ha compiuto una scelta opposta a ciò che le evidenze statistiche di lunga durata hanno costantemente documentato.

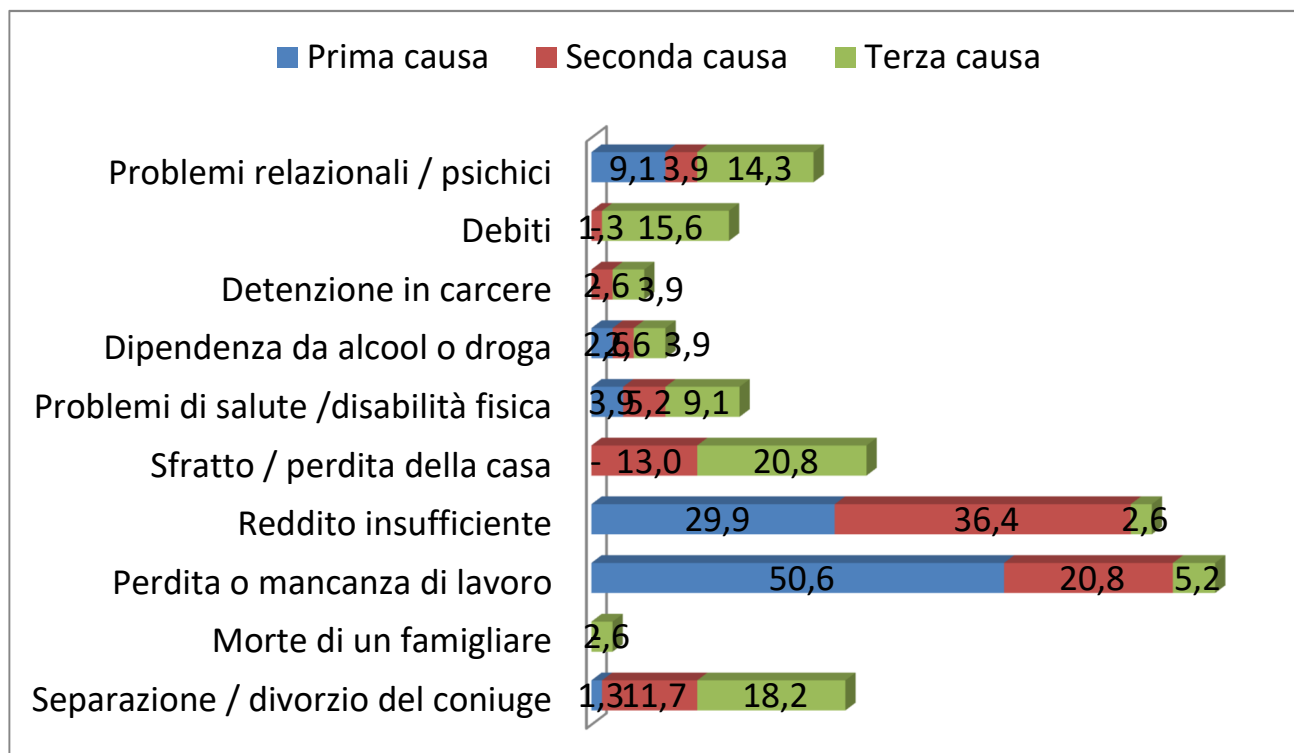
3. La povertà : un fenomeno multidimensionale

Chi è a contatto quotidiano con le persone indigenti sa perfettamente che la povertà ha più facce e più cause perché è un fenomeno multidimensionale: non è solo materiale, ma anche culturale, educativa, relazionale (**Tab. 1**).

Tabella 1 - Dimensioni della povertà e della deprivazione	
Povertà e deprivazione	Materiale reddito/consumo/ alimentazione/abitazione
	Sanitaria salute fisica/psichica
	Culturale Istruzione/abbandono scolastico
	Relazionale Famiglia stabile/instabile Famiglia spezzata/ricostituita Conflitti/abusi/violenza

L'indigenza economica è per lo più un punto di arrivo che trae origine da cause eterogenee, tra cui vanno ricordate la perdita del lavoro, le malattie, la dipendenza dalle droghe o dal gioco, le separazioni coniugali, ma anche il "lavoro povero" (che fornisce un reddito insufficiente ai propri carichi familiari) e un nucleo familiare numeroso per il quale non bastano i guadagni di un unico breadwinner (**Fig. 5**).

Fig. 5 - Perché si diventa poveri (Fonte: Rovati-Pesenti, *Food Poverty*, Food Bank – Vita e Pensiero 2015)



4. La povertà sanitaria

Tra le dimensioni della povertà appena indicate, merita approfondire la "povertà sanitaria" legata alle condizioni di salute (con le conseguenti difficoltà di provvedere a sé stessi e alle persone eventualmente a carico) ma anche alla difficoltà di accedere alle cure necessarie, non sempre erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, come nel caso dei farmaci da banco o delle cure odontoiatriche.

La spesa sanitaria delle famiglie povere è mediamente di 23 euro al mese, 5 volte inferiore a quella sostenuta dalle famiglie non povere (112 euro al mese). Assillate da spese più urgenti perché non rinviabili, le famiglie povere destinano alla salute solo il 2,54% della loro spesa totale, a fronte del corrispondente 4,49% delle famiglie non povere (**Tab. 2**).

	Spesa media in € mensile	Spesa media in € per la salute	%
Famiglie italiane	2522,94	112,22	4,44
Famiglie non povere	2632,04	118,22	4,49
Famiglie povere	893,85	22,66	2,54

La spesa principale è destinata ai medicinali (12,30 euro, pari al 54% del totale) come avviene anche per il resto delle famiglie italiane, che però destinano a questa voce solo il 40 % della spesa sanitaria a loro carico, investendo maggiormente nella prevenzione.

Particolarmente ridotte sono le spese dei poveri per i servizi odontoiatrici (2,35 vs. 24,83 euro dei non poveri), con effetti molto penalizzanti su questa componente della salute; non a caso, la cattiva condizione del cavo orale è diventato un indicatore dello stato di povertà (economica e culturale) (**Tab. 3**).

Tabella 3 - Spesa media mensile familiare per consumi e spesa sanitaria delle famiglie per voce di spesa al variare della condizione economica. Italia, anno 2016.

Fonte: elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.

	Spesa totale	Spesa totale per servizi sanitari e per la salute	Di cui spese per:						Peso % della spesa familiare per la salute
			Medicinali	Articoli sanitari	Attrezzature terapeutiche	Servizi medici / ospedalieri	Servizi dentistici	Servizi paramedici	
Famiglie non povere	2.632,04	118,22	47,85	3,93	12,78	16,85	26,34	10,46	4,49%
Famiglie povere	893,85	22,66	12,30	0,77	1,68	3,62	2,35	1,94	2,54%
Totale famiglie	2.522,94	112,22	45,62	3,73	12,09	16,02	24,83	9,93	4,45%

All'interno delle famiglie povere emergono sensibili differenze tra i cittadini italiani e stranieri: quest'ultimi spendono per la loro salute il 56% dei primi (6,31 vs. 11,2 euro), per cause attribuibili, in parte, alla loro più giovane composizione anagrafica e in parte a orientamenti culturali meno favorevoli alle terapie convenzionali (**Tab. 4**).

Si conferma, in ogni caso, che il 58-62% della spesa sanitaria dei poveri è assorbita dai medicinali non coperti dal SSN.

Tabella 4 - Spesa media mensile pro-capite sanitaria e spesa per medicinali al variare della cittadinanza del capofamiglia e della condizione economica familiare. Italia, anno 2016.

Fonte: elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.

	Spesa totale per servizi sanitari e per la salute P.C.			DI CUI: Spesa in Medicinali P.C.		
	Cittadinanza Italiana	Cittadinanza Straniera	Totale famiglie	Cittadinanza Italiana	Cittadinanza Straniera	Totale famiglie
Famiglie non povere	63,9	26,51	61,85	26,42	13,86	25,74
Famiglie povere	11,2	6,31	9,74	6,95	3,69	5,96
Totale famiglie	61,4	20,99	58,58	25,51	11,08	24,50

Chi è economicamente povero non è in grado di coprire tutte le spese sanitarie che restano a carico dei cittadini; trascura in particolare la prevenzione e peggiora in tal modo le proprie condizioni fisiche e psichiche.

5. La rinuncia alle cure

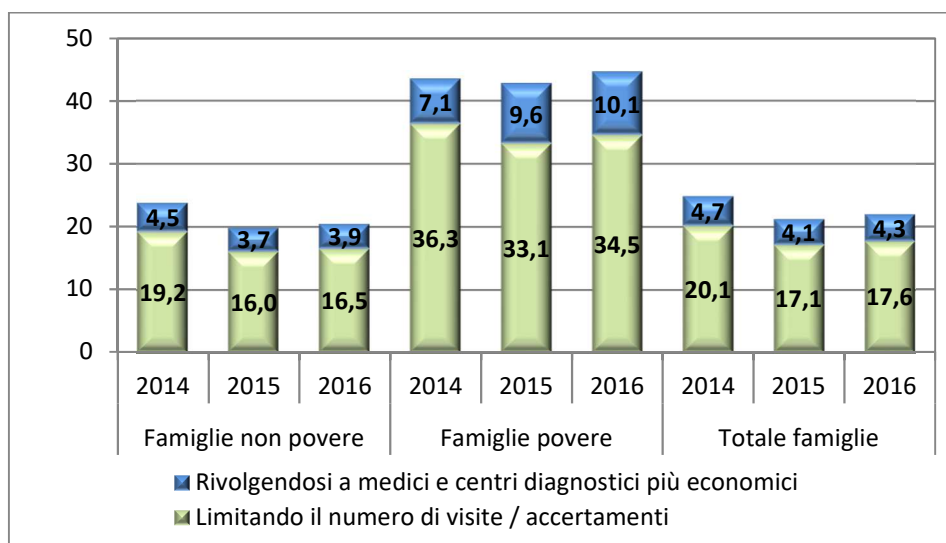
I dati sulle spese delle famiglie raccolti dall'Istat consentono di identificare la diffusione della rinuncia alle cure sanitarie per motivi economici (**fig. 6**).

Nel triennio 2014-16 questa problematica è diminuita tra le famiglie non povere (dal 24 al 20%) che hanno cercato di risolvere il problema della spesa *out of pocket* limitando il numero delle visite/accertamenti (dal 19,25 al 16,5%) e solo marginalmente rivolgendosi a medici e centri diagnostici più economici (dal 4,5% al 3,9%); è invece aumentata tra le famiglie povere (dal

43,4% al 44,6%), che ricorrono al contenimento della spesa in misura percentuale più che doppia rispetto al totale delle famiglie, sia attraverso la ricerca di servizi meno costosi (10,1%), sia con una e vera e propria rinuncia (34,5%).

Figura 6 - Quota % di famiglie che hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo (dentista, mammografie, pap-test, ecc.) per motivazioni di tipo economico al variare della condizione economica familiare. Italia, anni 2014-2016.

Fonte: elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.



La strategia del risparmio coinvolge 5,66 milioni di famiglie e 13,7milioni di individui e si configura dunque come un vero e proprio comportamento di massa (**tab. 5**).

Tabella 5 - Numero di famiglie e di individui che hanno cercato di limitare la spesa per visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo (dentista, mammografie, pap-test, ecc.) per motivazioni di tipo economico. Italia, anno 2016.

Fonte: elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle spese delle famiglie.

		Ha cercato di limitare la spesa	DI CUI: limitando il numero di visite / accertamenti	DI CUI: rivolgendosi a medici e centri diagnostici più economici
Numero di famiglie	Non povere	4.937.653	3.988.674	948.979
	Povere	721.029	558.281	162.748
	Totale famiglie	5.658.682	4.546.955	1.111.727
Numeri di individui	Non poveri	11.421.592	9.126.894	2.294.697
	Poveri	2.272.498	1.720.580	551.919
	Totale individui	13.694.090	10.847.474	2.846.616

6. Considerazioni finali

Ogni forma di povertà necessita di supporti e interventi adeguati alla natura del bisogno; l'intervento sul reddito è indubbiamente importante e in molti casi prioritario per tamponare le emergenze, ma attorno a questo intervento

vanno create forme di attivazione (lavorative, scolastiche, sanitarie) che per essere efficaci richiedono l'accompagnamento di chi è in difficoltà attraverso il concorso di più "care giver" ovvero, in via di fatto, attraverso la collaborazione tra i servizi erogati dalle istituzioni pubbliche e quelli erogati dal privato-sociale, talora più capillari, flessibili e tempestivi.

Il contrasto della povertà richiede in pratica l'alleanza tra più soggetti orientati allo stesso scopo, come documenta la nascita della Alleanza contro la povertà a livello nazionale e lombardo.