



**creosce il Welfare  
creosce l'Italia**

[www.cresceilwelfare.it](http://www.cresceilwelfare.it)

## **Il welfare è un costo? Il contributo delle politiche sociali alla creazione di nuova occupazione in Europa e in Italia**

Roma, 5 luglio 2013

Gruppo di lavoro:

Andrea Ciarini, *Sapienza Università di Roma* (coordinatore)

Roberto Fantozzi, *Istat e Sapienza Università di Roma*

Silvia Lucciarini, *Sapienza Università di Roma*

Emmanuele Pavolini, *Università politecnica della Marche*

Sara Picchi, *Sapienza Università di Roma*

Michele Raitano, *Sapienza Università di Roma*

Anna Maria Simonazzi, *Sapienza Università di Roma*

## 1. Welfare e occupazione nei servizi alle persone in Europa

Nonostante la crisi, l'onda lunga della deregulation e del taglio alla spesa pubblica continua a insistere sulle istituzioni del welfare, messe al bando come costi insostenibili o peggio ancora fonte di sprechi.

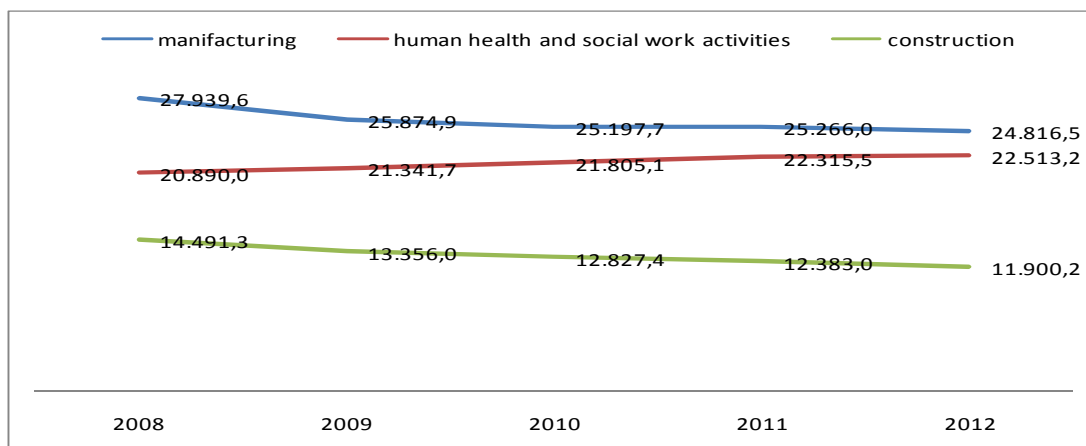
Il problema appare particolarmente stringente in questo momento. E non solo per gli effetti sulla riduzione dei servizi e delle prestazioni sociali nei confronti dei vecchi e nuovi rischi sociali: la tenuta del welfare europeo si gioca una partita ben più ampia che riguarda da vicino anche i temi della crescita.

In taluni dogmatismi di derivazione conservatrice la spesa a favore del welfare viene ritenuta spesa corrente destinata a alimentare solo la spirale del debito, non già a produrre occupazione e di converso sviluppo.

La **creazione di occupazione attraverso il welfare** è, invece, un fatto da prendere sul serio. A patto però di uscire dal circolo oggi dominante fatto di basso deficit, ma anche bassa occupazione, bassa crescita e basso welfare. Rovesciare questi assunti significa ribadire l'importanza del welfare non solo ai fini della coesione sociale ma anche per il contributo che il welfare e i servizi alle persone possono offrire alla crescita della occupazione.

Non si tratta di ipotesi irrealistiche, né insostenibili. In realtà a ben vedere è proprio nei servizi (più che nel settore secondario) che l'occupazione ha continuato a crescere in tutta Europa, prima e nel pieno della crisi. Considerando insieme il settore dei servizi sociali e quello della salute **l'aumento dell'occupazione tra il 2002 e il 2009 è stato pari a 4,2 milioni**, più di un quarto rispetto a tutta l'occupazione creata (circa 15 milioni di nuovi posti di lavoro). Tra il 2008 e il 2012 (nel pieno della crisi) a fronte di una perdita di occupazione nei comparti manifatturieri di 3 milioni e 123 mila unità (Eu 15) **l'incremento nei servizi di welfare, cura e assistenza è stato pari a 1 milione e 623 mila unità (+7,8%)** (vedi fig. 1).

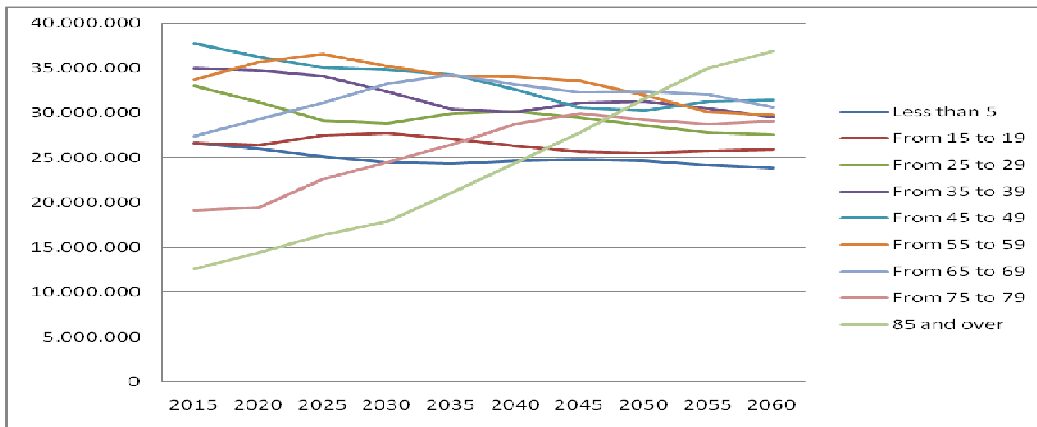
Fig. 1 Andamento dell'occupazione in Europa per settori produttivi, Anni 2008-2012, Val. assoluti



Fonte: nostra elaborazione su dati Eurostat

La crescita dell'occupazione nei servizi di welfare, siano essi erogati formalmente da una struttura pubblica o privata o di terzo settore, oppure da prestatori individuali assunti presso le famiglie, è un fenomeno comune a tutti i Paesi europei. Un fenomeno peraltro destinato a crescere a causa delle profonde mutazioni demografiche che investono i Paesi europei, su tutte l'invecchiamento della popolazione (vedi fig. 2).

Fig. 2 Proiezioni demografiche Eu 27, Val. ass. Anni 2015-2060



Fonte: nostre elaborazioni su dati Eurostat

Ma se tutti i Paesi europei sono investiti da medesimi processi di trasformazioni dal lato della domanda di assistenza e cura alle persone (l'invecchiamento della popolazione, il problema della non autosufficienza, la conciliazione vita-lavoro, la cura e assistenza dell'infanzia), **diversi sono i mix di offerta delle prestazioni** e le traiettorie di crescita degli impieghi nei servizi di welfare.

Vi sono infatti Paesi che hanno puntato sulla crescita dell'occupazione formale, pubblica o privata o di terzo settore, esterna alla famiglia, e Paesi come **l'Italia, la Spagna, il Portogallo**, nei quali è stata piuttosto l'occupazione, spesso informale, in seno alle famiglie a trainare questo sviluppo. Per completezza di informazioni ricordiamo che è nei Paesi mediterranei che la stessa attività di cura informale, svolta cioè direttamente dalle famiglie, ha la più alta intensità (in termini di ore di cura garantite dai caregiver familiari) (vedi fig. 3). In Italia sono arrivati a più di 15 milioni (il 38,4% della popolazione tra i 15 e i 64 anni) gli uomini e le donne impegnati regolarmente nel lavoro di cura nei confronti di figli coabitanti di meno di 15 anni, altri bambini della stessa fascia di età e/o di adulti anziani, malati, con disabilità<sup>1</sup>. Questa crescita è testimoniata anche dall'aumento nell'utilizzo dei congedi retribuiti e dei permessi lavorativi per assistenza a persone con gravi disabilità. Solo riferendosi agli assicurati INPS (esclusa grande parte dei lavoratori del pubblico impiego) la spesa per congedi è passata da 136 milioni nel 2009 a 344 milioni nel 2011. Quella per i permessi, nello stesso periodo, è passata da 487 milioni a 648 milioni<sup>2</sup>. Questo aumento dell'attività di cura familiare, ancorché in alcuni casi riconosciuta economicamente e giuridicamente, rimane tuttavia appannaggio soprattutto delle donne in Italia, sia in valore assoluto (8,4 milioni di donne contro 6,8 milioni di uomini), sia in termini percentuali (il 42,3% a fronte del 34,5%)<sup>3</sup>. Come è noto questo è uno dei fattori che più incide negativamente sulla partecipazione al mercato del lavoro. Secondo stime dell'Istat<sup>4</sup> sono ben 240 mila le donne occupate che scelgono il part-time invece dell'orario a tempo pieno per mancanza di servizi all'infanzia adeguati. 489 mila sono invece le donne non occupate ostacolate all'ingresso nel mercato del lavoro per mancanza di alternative di conciliazione. Sono addirittura ben oltre un milione, infine, le persone inattive che lavorerebbero se potessero ridurre e bilanciare meglio il tempo dedicato alla cura dei familiari. Questa situazione riguarda in particolare le coorti di età tra i 35 e i 44 anni, le più penalizzate (segnala sempre l'Istat) dalle difficoltà di conciliazione tra cura e lavoro.

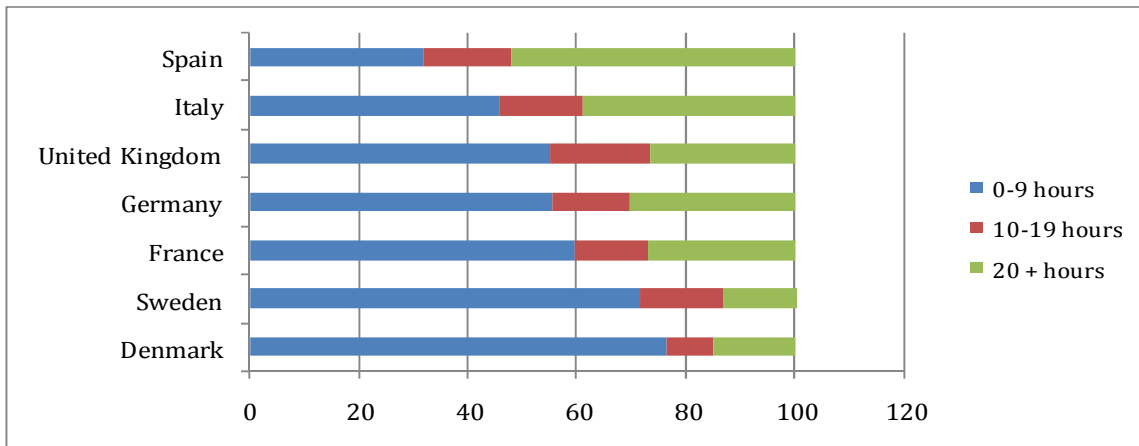
<sup>1</sup> Istat, 2011, *La conciliazione tra lavoro e famiglia. Anno 2010*, Roma.

<sup>2</sup> Inps, 2012, *Bilancio sociale Inps 2011*, Roma.

<sup>3</sup> Istat, 2011, *La conciliazione tra lavoro e famiglia. Anno 2010*, Roma.

<sup>4</sup> *Ivi*.

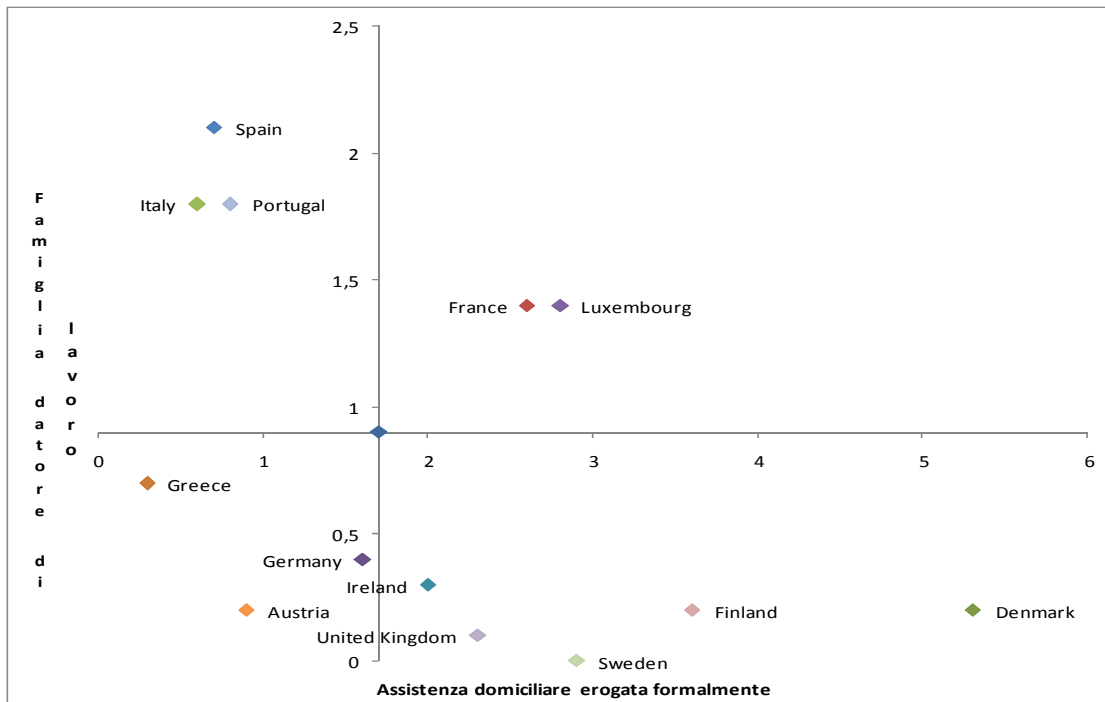
Fig. 3 Ore settimanali dedicate alla cura informale dai caregiver familiari, Anno 2007, Val. ass.



Fonte: Oecd Health at glance 2011

Senza tenere conto dell'occupazione nelle prestazioni sanitarie, i dati Eurostat permettono di distinguere tra l'occupazione che si crea nelle attività di cura e assistenza alle persone acquistate direttamente dalle famiglie e l'occupazione che si crea nelle prestazioni erogate da provider esterni alla famiglia pubblici o privati o di terzo settore. Incrociando queste due variabili è possibile ottenere una tipologia delle modalità di fornitura della cura e assistenza alle persone sul totale dell'occupazione. Come si può notare dalla figura 4, centrata sulla media EU-15 ci sono chiaramente due gruppi di Paesi in cui l'occupazione formale rappresenta l'ampia maggioranza degli impieghi nella cura e assistenza delle persone e Paesi nei quali è viceversa la famiglia a rappresentare il principale datore di lavoro.

Fig. 4 Configurazioni nazionali dei tassi di occupazione nella cura e assistenza alle persone in Europa, Val. %, Anno 2012



Fonte: nostra elaborazione su dati Eurostat

### **Lavoro regolare e lavoro sommerso**

Del Primo gruppo fanno parte Paesi con una consolidata tradizione di servizi pubblici territoriali (Danimarca, Finlandia, Svezia) e Paesi come il Regno Unito (in parte l'Irlanda) nei quali la quota di occupazione formale è principalmente privata e in larga parte a bassi salari. All'estremo opposto, troviamo i Paesi mediterranei (Italia, Spagna, Portogallo) dove la più ampia quota di occupazione è in seno alle famiglie, con una ampia quota tuttavia di **lavoro nero e irregolare**. A dire il vero il problema del sommerso non riguarda solo questo gruppo di Paesi. È qui però che questo fenomeno si presenta con maggiore intensità. Secondo stime del Ministero francese per le attività produttive<sup>5</sup> la percentuale di lavoro nero nelle attività domestiche, cura e assistenza alle persone varia dal 70% in Italia e in Spagna, al 45% nel Regno Unito, fino al 30% e 15% della Francia e della Svezia.

Vi sono infine due gruppi di Paesi intermedi in cui vanno a collocarsi principalmente Paesi appartenenti all'Europa centro-continentale (vedi sempre fig. 4), ad eccezione della Grecia dove non solo è bassa l'occupazione formale nei servizi ma anche quella alle dipendenze delle famiglie (senza contare l'ampia quota di lavoro nero). In questo gruppo intermedio vi sono Paesi come la Germania e anche l'Austria in cui risulta poco sviluppata sia l'occupazione formale (sebbene su livelli più alti rispetto al cluster mediterraneo), sia quella alle dipendenze delle famiglie. Dall'altro è soprattutto la Francia a evidenziare un modello misto che sembra combinare insieme le due componenti del lavoro di cura e assistenza.

### **Il "caso" Francia**

La **Francia** è uno dei Paesi europei che prima e di più ha puntato su una **strategia di integrazione tra politiche di welfare e politiche per la creazione di occupazione regolare** nella cura e assistenza alle persone attraverso strumenti volti a rendere solvibile la domanda.

Questi dispositivi, costituiti di sgravi contributivi, voucher, titoli d'acquisto, potenziando il potere di scelte delle famiglie (tra ricorso ai servizi formali oppure l'assunzione di personale in famiglia, o ancora per alcune fattispecie di prestazioni, in particolare nella cura dell'infanzia e degli anziani, la remunerazione formale del caregiving familiare) hanno aperto al strada a un mercato sociale dei servizi in cui operano sia organizzazioni formali, sia prestatori individuali.

Come molte indagini hanno evidenziato<sup>6</sup> le politiche di solvibilità hanno concorso a fare emergere dal mercato informale molte delle prestazioni sociali al domicilio, contribuendo a sviluppare l'occupazione regolare nei servizi alle persone. Esse hanno parimenti rappresentato uno strumento di inserimento lavorativo per i soggetti più ai margini del mercato del lavoro, inoccupati o disoccupati di lungo periodo, presi in carico dai dispositivi assistenziali di contrasto alla povertà (prima *il Revenue Minimum Insertion*, dal 2009 *Revenue Solidarité Active*).

Grazie a questi incentivi il settore dei servizi alle persone si è andato rapidamente sviluppando. Nel 2011 sono state 3,4 milioni (il 13% del totale) le famiglie che hanno usufruito di servizi di cura e assistenza personale, con un incremento rispetto al 2005 del 8%<sup>7</sup>. Dal 2005 è altresì attiva una **Agenzia nazionale per i servizi alla persona (Agence nationale des services à la personne)** con l'obiettivo di qualificare e sostenere l'offerta di lavoro e la domanda, ovvero le imprese e le varie organizzazioni (anche di terzo settore) implicate nell'erogazione di servizi alle persone. Quello francese è un approccio integrato volto a incidere sulla crescita produttiva e occupazionale dei servizi alle persone come si trattasse di un comparto strategico destinatario di politiche economiche ad hoc.

---

<sup>5</sup> Si veda il rapporto *Etude sur les services à la personne dans sept pays européens*, Ministère de l'économie et des finances, 2011; vedi anche Favarque N., 2013, *Developing personal and household services in the EU. A focus on housework activities*, Report for the DG Employment, Social Affairs and Inclusion.

<sup>6</sup> Morel N. 2007, *From Subsidiarity to «Free Choice»: Child- and Elderly-care Policy Reforms in France, Belgium, Germany and the Netherlands*, in *Social Policy & Administration*, n. 6; Ciarini A., 2011, il sostegno al caregiving familiare in Europa, in Paci M., Pugliese E., a cura di, *Welfare e promozione delle capacità*, Bologna, il Mulino.

<sup>7</sup> Favarque N., 2013, *Developing personal and household services in the EU. A focus on housework activities*, Report for the DG Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels.

Dal punto di vista delle ricadute occupazionali l'impatto di queste politiche ha determinato un **aumento dell'occupazione regolare nell'ordine del 47% tra il 2003 e il 2010** (+ 330 mila unità tra il 2005 e il 2010). In questo anno secondo un recente rapporto<sup>8</sup> è stato di 1,5 milioni il numero delle persone occupate nei servizi alle persone al domicilio (di cui il 74% assunto direttamente al domicilio e il restante 26% assunto da una organizzazione esterna alla famiglia).

Considerando insieme anche gli assistenti familiari implicati nella cura dell'infanzia al domicilio il numero dei **lavoratori salariati sale a 1,8 milioni**.

Si tratta di un incremento occupazionale di ampie dimensioni, a cui tuttavia non sempre corrispondono adeguati livelli salariali e di protezione sociale<sup>9</sup>. Questo perché si tratta molto spesso di lavori a tempo ridotto. Inoltre non sono state superate ancora molte delle barriere che influiscono negativamente sulla qualificazione professionale di questi lavori, per il fatto di essere stati a lungo riservati a soggetti presi in carico dei dispositivi di contrasto alla povertà.

### **Il "caso" Germania**

Anche in Germania dove pure lo sviluppo dei servizi formali non ha alle spalle né il tradizionale interventismo dell'offerta pubblica, né l'ampia disponibilità dei dispositivi di solvibilità della domanda, come tipico del caso francese, sono stati introdotti di recente sgravi e incentivi fiscali per l'acquisto di servizi al domicilio. Nell'ambito delle misure adottate per stimolare l'occupazione dei segmenti più marginali del mercato del lavoro (*riforma Hartz*) e l'emersione del sommerso, il sistema dei cosiddetti *minijobs* (impieghi remunerati per un massimo di 450 euro al mese sprovvisti di versamenti fiscali e contributivi) ha accompagnato l'introduzione di **procedure semplificate per l'assunzione** di personale al domicilio da parte delle famiglie, le quali possono beneficiare di sgravi contributivi e fiscali<sup>10</sup>. Nel 2012 i *minijobs* sono arrivati a più di 243 mila unità<sup>11</sup>, andando tuttavia ad ingrossare un segmento di forza lavoro strutturalmente confinata in occupazioni a bassi salari e bassi livelli di protezione sociale.

Certo è vero che i fruitori di *minijobs* hanno il diritto di accedere ai benefici del Reddito minimo garantito, cumulando nei fatti due fonti di reddito, più una serie di agevolazioni per l'alloggio, le cure mediche, i trasporti, la cura dei figli. Resta il fatto che l'aumento degli impieghi nei servizi alle persone ha consolidato la persistenza di un segmento lavorativo a bassi salari nei servizi alle persone.

## **2. Il dilemma della occupazione nella cura e assistenza alle persone. Crescita degli impieghi vs diminuzione della spesa sociale?**

Qui emerge il nodo cruciale della questione. Se assumiamo l'impegno di favorire una crescita dell'occupazione nella cura e assistenza delle persone, rafforzando un trend già in atto, va affrontato il nodo relativo alla **qualità del lavoro creato e alla sua remunerazione**.

---

<sup>8</sup> Dares, 2012, *Les services à la personne en 2010: stabilité de l'activité globale, après le ralentissement de 2008-2009*, Paris.

<sup>9</sup> Vedi Windebank, J., 2007, *Outsourcing women's domestic labour: the Chèque Emploi-Service Universel in France*, in *Journal of European Social Policy*, n. 3.

<sup>10</sup> Vedi Weinkopf C., 2009, *Germany: precarious employment and the rise of minijobs*, in Vosko L. F., Macdonald M., Campbell I., edited by, *Gender and the contours of precarious employment*, Routledge; Emmenegger P., Häusermann S., Palier B., Seeleib-Kaise M., 2012, *The Age of Dualization: The Changing Face of Inequality in Deindustrializing Societies*, Oxford, Oxford University Press.

<sup>11</sup> Favarque, 2013, *Developing personal and household services in the EU. A focus on housework activities*, Report for the DG Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels.

Il problema è che lo sviluppo dell'occupazione nei servizi sociali ha premiato soprattutto la crescita numerica degli impieghi, senza un pari sviluppo sul versante della qualificazione dell'occupazione creata, spesso a più bassi salari o sprovvista di adeguate tutele. Sebbene su questo influisca anche l'alta percentuale di occupazione femminile (maggiormente soggetta al *gender pay gap*) resiste nei servizi di welfare un *trade-off* tra crescita dell'occupazione e bassi salari e basse protezioni sociali dei lavoratori che vi sono coinvolti.

Alcuni studi mostrano che l'introduzione degli incentivi fiscali e contributivi per l'acquisto di cura in famiglia hanno ridotto l'area del lavoro sommerso. Questo è certamente vero se si tiene presente quanto avvenuto in Francia e anche in Danimarca. In quest'ultimo Paese, alla metà degli anni Novanta il sistema dei servizi pubblici alle persone è stato affiancato da incentivi fiscali (*Hjemmeserviceordningen*) volti a facilitare, rendere meno costoso, l'acquisto di cura al domicilio da parte delle famiglie (abbattendo del 50% il costo delle prestazioni). Queste detrazioni, - previste principalmente per servizi di cura "leggera" (aiuto nel disbrigo delle faccende quotidiane, pulizie, preparazione dei pasti etc.) - sono state prima ridotte (nel 2000 dal 50% al 35%), quindi nel 2006 limitate ai soli anziani over 65. Ebbene secondo recenti stime<sup>12</sup> pare che la limitazione di questi dispositivi abbia di fatto influito sull'aumento del lavoro sommerso.

Il **contrasto al lavoro nero** è certamente un fatto positivo. **Gli investimenti sulla crescita dell'occupazione nei servizi di cura non possono tuttavia limitarsi a questo.** Se così fosse, saremmo immersi in una prospettiva di sviluppo dell'occupazione a bassi salari che i tagli alla spesa pubblica renderebbero ancora più pervasiva. Invece il contrasto ai circuiti dei bassi salari e delle basse qualifiche nei servizi alle persone implica un di più di spesa sociale che né il mercato privato, né peggio quello informale, presuppongono. E questo è stato senza dubbio uno dei motivi che in questi anni ha più influito su un certo trend occupazionale.

### **Spesa pubblica per creare lavoro**

L'aumento della spesa pubblica per il welfare rimane dunque una ipotesi non percorribile in tempi di austerità? In realtà se si assume la portata anticiclica di questi investimenti, in particolare di quelli *in kind* non è proprio così. Come ha ribadito L'ILO<sup>13</sup> (2012) una spesa pubblica compensata dalla crescita dell'occupazione è di stimolo all'economia e all'equilibrio di bilancio, dato che, una volta attivata, è in grado di auto-sostenersi attraverso i redditi addizionali che genera.

Va inoltre ricordato che l'impatto dei programmi di *job creation* non è affatto di minore entità rispetto alle alternative su cui in questo momento si concentra molta della attenzione, ovvero il taglio delle tasse o la riduzione dei contributi sul lavoro. In realtà come è stato di recente sottolineato da Pennacchi<sup>14</sup> **l'uso della spesa pubblica per creare lavoro** (in particolare nei settori a alta intensità di lavoro e tra questi certamente il welfare dei servizi) **ha effetti sull'occupazione molto più alti e in tempi più rapidi** rispetto ad altri tipi di misure: fino a 10 volte superiori rispetto al taglio delle tasse, da 2 a 4 rispetto all'aumento di spesa negli ammortizzatori sociali o alla riduzione dei contributi sul lavoro per le imprese.

Le istituzioni del welfare non sono estranee a questo obiettivo. A patto tuttavia che se ne modifichi il raggio di azione in direzione della creazione di nuova e buona occupazione, non una occupazione qualsiasi, né un lavoro di pubblica utilità per i disoccupati, ma impieghi utili a rispondere a bisogni presenti e urgenti nelle nostre società. D'altronde, se pure manca il lavoro rimangono intatti e tutt'ora insoluti molti dei problemi relativi alle nuove aree di bisogno assistenziale, a cominciare dalla cura dei minori, degli anziani, dei non autosufficienti. A meno che non si accetti l'ipotesi di una ulteriore familizzazione dei bisogni di cura, ovvero di un ulteriore addossamento sulle famiglie delle mancate politiche sociali – e questo è un rischio concreto degli effetti dell'austerità – resistono aree di bisogno non solo scoperte in termini di prestazioni sociali ma

---

<sup>12</sup> Vedi ancora Favarque, 2013, *Developing personal and household services in the EU. A focus on housework activities*, Report for the DG Employment, Social Affairs and Inclusion, Brussels.

<sup>13</sup> ILO, 2012, *Global employment trends 2012. Preventing deeper jobs crisis*, Geneva.

<sup>14</sup> Vedi Pennacchi L., 2013, *Tra crisi e grande trasformazione. Libro bianco per il Piano sul lavoro 2013*, Roma, Ediesse.

anche capaci di mobilitare nuovi bacini occupazionali, peraltro già da tempo rivelatisi e tuttavia non appieno sfruttati.

Le proposte che sin qui sono state avanzate per il rilancio della crescita in Europa, riguardano i fattori produttivi in senso lato: l'energia e le fonti rinnovabili, il sostegno all'export e alla riorganizzazione delle imprese, il finanziamento del credito, le agevolazioni e gli incentivi fiscali alle imprese per favorire le assunzioni.

Salvo qualche eccezione i programmi di creazione di nuova e buona occupazione attraverso il welfare non sono stati del tutto ricompresi nel novero degli ambiti prioritari di investimento.

Anche la revisione della Strategia di Lisbona, codificata nel nuovo programma **Europa 2020**, non affronta in questi termini la questione dello sviluppo della occupazione. Rispetto al passato sono certamente presenti avanzamenti sul piano della compatibilità tra sviluppo e coesione sociale.

Tra questi per esempio l'impegno ad aumentare la spesa in ricerca e sviluppo al 3% del Pil dei Paesi membri, la riduzione degli abbandoni scolastici (portare la dispersione scolastica al di sotto della soglia del 10%) e l'innalzamento generale della spesa in alta formazione (far crescere del 40% il numero dei laureati), infine il contrasto alle situazioni di povertà e marginalità sociale, con l'obiettivo di ridurre di almeno 20 milioni il numero delle persone a rischio povertà in Europa.

Resta tuttavia una contraddizione che sembra stridere con gli effetti della crisi in corso. Stante la forte enfasi sull'investimento in educazione e formazione e sulle politiche attive del lavoro come leva strategica per la ripresa occupazionale, poco o nulla è rimesso alla creazione di **buona occupazione attraverso il welfare**, come **fattore anticiclico e moltiplicatore di nuovi posti di lavoro**. Il settore dei servizi sociali viene visto come uno degli ambiti nei quali innovare l'intervento dei programmi comunitari, con particolare riferimento tra l'altro alla promozione di buona occupazione. Tale obiettivo viene però declinato attraverso misure che continuano a puntare sostanzialmente sul miglioramento delle condizioni di occupabilità e adattabilità dei lavoratori. Insomma siamo ancora dentro un paradigma di politiche solo offertiste. Di contro niente è rimesso alla creazione diretta di occupazione attraverso un innalzamento degli investimenti finanziari nelle politiche sociali, come leva strategica per la creazione di nuovo lavoro.

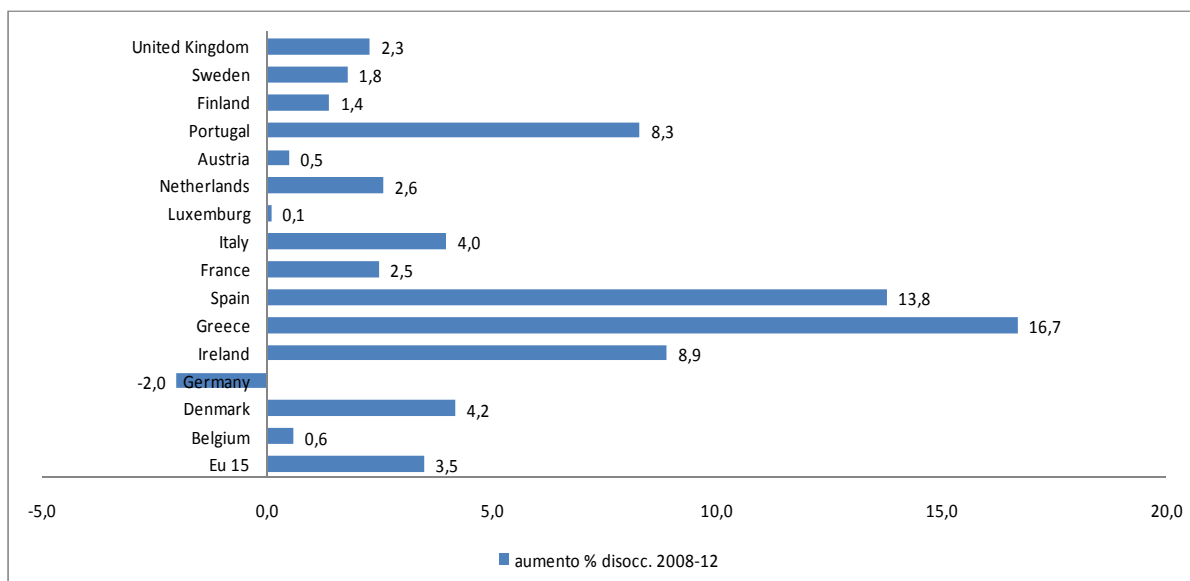
Il recente vertice europeo di fine Giugno 2013 ha previsto una serie di misure innovative per il contrasto della disoccupazione, soprattutto quella giovanile. In particolare questo ha riguardato l'anticipo al 2014 dei 6 miliardi previsti (più tre aggiuntivi da recuperare attraverso il nuovo bilancio 2014-2020) per l'istituzione della *Youth european guarantee* nei Paesi (tra cui l'Italia) con tassi di disoccupazione giovanile superiori al 25%, la promozione di misure volte a favorire la mobilità giovanile transfrontaliera e l'impegno al rafforzamento delle misure che intervengono sull'apprendistato e sui tirocini come misure di inserimento lavorativo.

Di fronte ai dati negativi relativi al calo dell'occupazione e alla crescita della disoccupazione in tutta Europa (ad eccezione della sola Germania, vedi fig. 5) il problema appare però lontano dall'essere risolto se affrontato con soli strumenti che intervengono sul versante dell'offerta di lavoro (più flessibilità, più occupabilità), **senza politiche in grado di agire anche sulla domanda**. Non siamo infatti semplicemente di fronte a un problema di *miss-match* tra domanda e offerta di lavoro o a forme di esclusione dal mercato del lavoro per fasce ben determinate di forza lavoro.

Questo poteva forse valere prima della crisi. Oggi siamo tutti esposti, giovani e anziani, garantiti e non garantiti, a un livellamento generalizzato verso il basso delle condizioni di lavoro. Il problema vero è dunque come si crea lavoro, in quali settori, con quali strumenti, in una situazione nella quale il mercato da solo non è capace di trainare la piena occupazione e il poco lavoro che da solo si crea è spesso a bassi salari e a bassi livelli di protezione sociale.



Fig. 5 L'aumento della disoccupazione in Europa, Anni 2008-2012, Val. %



Fonte: nostra elaborazione su dati Eurostat

### 3. L'Italia. Lo sviluppo del welfare e la creazione di lavoro

L'Italia si trova in ritardo su molti fronti, sul piano dello sviluppo dei servizi di cura, ma soprattutto rispetto alla individuazione di una vera strategia nazionale di sviluppo del welfare che abbia in animo la promozione dell'occupazione, oltre che la tutela di nuovi e vecchi bisogni sociali.

Elencare le criticità entro cui si dibatte il sistema di welfare nazionale è fin troppo facile, dal pressoché totale azzeramento dei Fondi nazionali per le politiche sociali ad opera dell'ultimo governo Berlusconi, allo stato di crisi in cui versa il settore socio-assistenziale e socio-sanitario, fino al sottodimensionamento (rispetto ai reali bisogni) di tutto il troncone delle politiche di contrasto alla povertà.

Carente è stata la stessa introduzione delle misure di incentivazione fiscale e contributiva per l'acquisto di cura e assistenza al domicilio. Rispetto a quanto avvenuto in altri Paesi (ad esempio la Francia) l'utilizzo di voucher e buoni lavoro non è stato ritagliato su un settore specifico di implementazione (la cura, l'assistenza alle persone) ma ha riguardato un ampio spettro di prestazioni occasionali e accessorie, dai servizi personali, al lavoro in agricoltura. In questo rimane una non chiara strategia di sviluppo dell'occupazione dei servizi di welfare, lasciando intatti molti dei meccanismi che in diverse aree delle politiche sociali alimentano il ricorso al mercato sommerso.

Come è noto nei Paesi mediterranei - Spagna, Grecia, Italia - il sistema di cura continuativo si è fondato principalmente sulla famiglia, integrato da trasferimenti monetari (l'indennità di accompagnamento) e, laddove era possibile, da servizi forniti dalle autorità locali (sostanzialmente i comuni, su fondi regionali).

L'aiuto familiare è quello su cui le persone con limitazioni funzionali contano più spesso, sia in termini di parenti su cui fare affidamento in caso di bisogno (nell'83,1% dei casi), sia in termini di aiuto effettivamente fornito: il 55% delle persone con limitazioni funzionali riceve aiuti unicamente da familiari conviventi o non conviventi<sup>15</sup>. Marginale è invece la quota di chi fruisce di aiuti da parte di assistenti domiciliari od operatori

<sup>15</sup> Istat, 2012, *Inclusione sociale delle persone con limitazioni all'autonomia personale. Anno 2011*, Roma.

sociali, in via esclusiva (0,8%) o in combinazione con altri tipi di aiuto (1,8%). Nel 7,8% dei casi si ricorre unicamente a personale a pagamento e nel 15,6% alla combinazione di aiuti provenienti da altre persone familiari e non<sup>16</sup>. Da stime<sup>17</sup> la spesa delle famiglie per il lavoro di cura privato, nel 2009, è stata pari a 9,8 miliardi di euro contro i 7,1 miliardi di euro dell'intera spesa sociale dei Comuni singoli e associati registrata nello stesso anno. L'insufficienza di questi servizi, e la bassa capacità di pagamento delle famiglie<sup>18</sup> hanno fatto esplodere il fenomeno delle "badanti", il vero pilastro del welfare all'italiana. Ora i dati recenti dell'Istat<sup>19</sup> mostrano che la lievissima ripresa dell'occupazione femminile, riscontrabile nel 2012, è in gran parte ascrivibile alla crescita delle occupate straniere (+76 mila, +7,9 per cento), impiegate quasi esclusivamente in lavori non qualificati presso le famiglie – in qualità di badanti, collaboratrici domestiche e assistenti familiari – e concentrate soprattutto nella classe di età tra i 35 e i 49 anni. Si tratta di occupazione regolare. Resta tuttavia ampio il ricorso al sommerso, in qualche modo alimentato dai dispositivi sociali attualmente in essere.

A titolo d'esempio si consideri il funzionamento dell'indennità di accompagnamento, l'unico dispositivo universale per gli anziani non autosufficienti. L'Indennità di accompagnamento è arrivata nel 2011 a coprire poco meno della spesa totale in *Long-term care*, lo 0,79% del Pil, per 1 milione e ottocento mila beneficiari<sup>20</sup>. In totale la spesa per l'Indennità di accompagnamento nel 2011 è stata di circa 12,9 miliardi di euro (Inps 2012). Va anche detto che il 74% dei percettori di indennità di accompagnamento hanno più di 65 anni, e quasi il 50% ha più di 80 anni<sup>21</sup>. Se a questa cifra si somma la spesa dei comuni per l'assistenza (3 miliardi di euro circa), la spesa per il *Long-term care* arriva in Italia a circa 16 miliardi di euro (1% del PIL). Si tratta dunque di un dispositivo cruciale ai fini della componente non sanitaria dei trattamenti di *Long-term care*.

Allo stato attuale il suo funzionamento è pesantemente condizionato da criticità su più fronti. Manca anzitutto nella sua erogazione qualsiasi finalizzazione alla regolarizzazione dei rapporti di cura informali (siano questi garantiti da un familiare o da una badante) o all'acquisto di servizi su un mercato regolare e qualificato dell'assistenza. Detto in altri termini, questo istituto riproduce un modello di intervento fondato su trasferimenti alle famiglie (come è tradizione dei welfare mediterranei) senza alcuna forma di controllo sull'uso delle risorse, né meccanismi di incentivazione fiscale per il riconoscimento del lavoro di cura informale o l'emersione dei lavoratori al domicilio. Ma le aree di criticità non si limitano a questi aspetti. Mancando di griglie di valutazione "nazionali" del bisogno (valide cioè su tutto il territorio nazionale) ed essendo basso il grado di integrazione con i servizi sociali e socio-sanitari locali, di integrazione con servizi e misure di inclusione sociale, l'utilizzo dell'Indennità risulta oggi molto al di sotto delle potenzialità che potrebbe dispiegare. L'Indennità di accompagnamento è rimessa alle valutazioni delle Asl locali, sotto vigilanza dell'Inps, rendendo la misura o fruibile secondo una somma fissa pari a 492 euro oppure non esigibile. Manca una politica nazionale di integrazione con il settore socio-assistenziale e con i processi di

---

<sup>16</sup> *Ivi.*

<sup>17</sup> [www.qualificare.info](http://www.qualificare.info).

<sup>18</sup> A fronte delle molte spese sostenute dalle famiglie le agevolazioni fiscali sono assai limitate. Per tutti i contribuenti è prevista una deduzione dal reddito fino a 1.549,37 euro e limitata ai soli contributi previdenziali e assistenziali. Nel caso la prestazione sia resa a non autosufficienti è prevista, in aggiunta all'agevolazione precedente, una detrazione del 19% della spesa sostenuta ma solo fino a 2.100 euro di spesa. È inoltre posto il limite reddituale di 40.000 euro.

<sup>19</sup> Istat, 2013, *Rapporto sulla situazione sociale del Paese*, Roma.

<sup>20</sup> Ministero dell'Economia e delle Finanze, 2012, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario*, Rapporto n. 13, Roma.

<sup>21</sup> Inps, 2012, *Bilancio sociale 2011*, Roma.

riorganizzazione che interessano le reti della sanità territoriale, in termini di servizi e altresì in termini di nuove professionalità emergenti lungo l'intera filiera dei servizi sanitari, socio-sanitari, residenziali e domiciliari.

L'Italia è uno dei pochi Paesi a non avere ancora elaborato una politica *ad hoc* per la non autosufficienza: si pensi che nel pur ridondante corpus normativo italiano non esiste nemmeno una definizione giuridica univoca di "persona non autosufficiente". Nel 2007 era stato istituito uno specifico Fondo nazionale per la non autosufficienza, la cui copertura è giunta all'azzeramento nel 2010, per poi essere rifinanziata nel 2013. Fra il 2008 e il 2012 la destinazione di risorse ai Fondi sociali Fondo nazionale politiche sociali, Fondo per la famiglia, Fondo per l'infanzia e l'adolescenza, Fondo per il servizio civile) è crollata del 90%. Solo nel 2013 il Fondo nazionale politiche sociali è stato rifinanziato per un totale di 300 milioni, a cui vanno ad aggiungersi 275 milioni di euro per il Fondo non autosufficienza.

A questi va aggiunto anche il lancio di una nuova sperimentazione sulla social card in 12 città italiane per un totale di 50 milioni di euro, su un modello di intervento composto non solo di sostegno del reddito ma anche di azioni in servizi per l'inclusione lavorativa e il contrasto alla povertà minorile. Con l'ultimo intervento di riprogrammazione dei Fondi strutturali 2007-2013 la sperimentazione viene estesa a tutti i comuni del Mezzogiorno. Rispetto al più recente passato, si tratta di una inversione di rotta importante, ancora lontana però dall'essere in linea con le dimensioni della domanda.

In generale si può dire che il costante taglio dei fondi ha lasciato incompiuta la prospettiva di crescita delle prestazioni sociali e della occupazione conseguente, innescando una spirale al ribasso anche per le organizzazioni del terzo settore, di fatto messe alla stretta dalla drastica diminuzione della spesa sociale.

In questo quadro, la compressione dei salari dei lavoratori dei servizi, le scarse tutele, l'ampio sommerso che si registra nella cura alle famiglie, non sono altro che l'altra faccia di una condizione di sostanziale riduzione del welfare che tende a scaricare (in una distorta idea di sussidiarietà orizzontale) sulla famiglia e sulle società locali nel loro complesso i costi della mancata redistribuzione pubblica.

Ma non è solo un problema di finanziamenti dedicati all'assistenza a incidere su questo ritardo. Accanto al nodo della spesa sociale il welfare italiano è oggi indebolito da un divario interno crescente. Segnatamente tra un gruppo di regioni del Nord e del Centro-Nord che pur sperimentando modelli di intervento diversi si muove sull'onda di processi di modernizzazione delle reti di servizi e degli stessi trasferimenti alle famiglie (per esempio assegni di cura) e le regioni meridionali incagliate in equilibri più conservativi, strette tra basse dotazioni di fondi propri, carenze strutturali di servizi e una domanda sociale condizionata soprattutto dai problemi della mancanza di lavoro e dall'assistenza alle fasce di popolazione più a rischio povertà<sup>22</sup>.

Il dualismo Nord-Sud è un fenomeno non certo nuovo. Oggi tuttavia le distanze tendono ad allargarsi in un quadro di regionalismo a scarso coordinamento dal centro.

### ***I servizi per l'infanzia: un esempio***

Emblematica in questo senso è la condizione in cui versano i servizi di cura per la **prima infanzia**. I tassi di copertura degli asili nido sono nettamente al di sotto delle reali dimensioni della domanda e degli stessi target europei. L'indice di presa in carico 0-2 anni (anno 2010) è dell'11,8% a livello nazionale, ma con forti variazioni regionali, dal 25,4% dell'Emilia-Romagna e 22,3% dell'Umbria, al 2,3% della Calabria e 1,9% della

---

<sup>22</sup> Vedi Ascoli U., 2011, a cura di, *Il welfare in Italia*, Bologna, il Mulino; Ciarini A., 2012, *Le politiche sociali nelle regioni italiane. Costanti storiche e trasformazioni recenti*, Bologna, il Mulino.

Campania<sup>23</sup>. In questo l'Italia è davvero spaccata a metà. A fronte di regioni (nel Centro-Nord) pressoché vicine e o in linea con gli obiettivi fissati dal Consiglio europeo di Barcellona del 2002 (il 33% di copertura dei servizi in tutti i Paesi europei entro il 2010), ve ne sono altre, tutte nel Mezzogiorno, in pesante ritardo. Ora se la carenza dei servizi (soprattutto nel Mezzogiorno) può trovare un corrispettivo nella minore domanda, data dalla più bassa occupazione femminile, ciò non di meno si tratta di un problema sul quale intervenire. Indipendentemente dai fattori che incidono sulla domanda di lavoro, la bassa dotazione dei servizi di cura incide infatti negativamente sul pieno sostegno all'offerta femminile e alla creazione di nuova occupazione.

Su questi aspetti il Piano d'azione elaborato dal Ministero per la coesione territoriale punta per tutte le regioni del Sud a raggiungere da qui al 2015 una copertura del 12% dei servizi all'infanzia, con incremento stimato nell'ordine del 7% circa (40.000 nuovi posti per un costo totale di 560 milioni di euro, di cui 400 a carico dei fondi gestiti dal Piano e la restante parte da coprire con fondi regionali). Si tratta di obiettivi ambiziosi che intervengono sul rafforzamento dell'intero ventaglio dei servizi, pubblici, privati, integrativi (micronidi, nidi famiglia, tagesmutter).

### ***Sociale: non una spesa, ma un investimento***

Al fine di rilanciare le politiche sociali è in questa ottica che occorre continuare a investire, impegnando **risorse per potenziare l'offerta delle prestazioni** (su tutto il territorio nazionale, specie nelle regioni meridionali) e al contempo perché questi investimenti possano avere impatti positivi sulla **qualificazione dell'occupazione**, pubblica, privata o di terzo settore, erogata da provider esterni alle famiglie, oppure da prestatori individuali (appositamente formati e accreditati) assunti dalle medesime famiglie.

Il welfare e le politiche sociali non sono un costo. Possono costituire un **utile volano per la creazione di nuova occupazione** in un Paese nel quale le dimensioni assunte dalla disoccupazione, in particolare quella giovanile, hanno raggiunto livelli assai preoccupanti.

L'Italia è tra i Paesi europei con il più alto tasso di **disoccupazione giovanile**. L'ultimo rapporto Istat sulla situazione sociale del Paese stima in 15 milioni gli individui in condizione di "deprivazione o disagio economico", circa il 25% della popolazione (40% al Sud). L'Italia ha inoltre "la quota più alta d'Europa" di giovani tra i 15 e i 29 anni che non lavorano né studiano. Si tratta dei cosiddetti Neet, arrivati a 2 milioni 250 mila nel 2012, pari al 23,9%, circa uno su quattro. Basti pensare che in un solo anno sono aumentati di quasi 100 mila unità.

Se la priorità è il lavoro, come a più riprese viene sottolineato, tra le risposte da mettere in campo non può mancare il rilancio di una programmazione nazionale (anche con il contributo dei fondi comunitari) in grado di coniugare obiettivi di salvaguardia dei livelli di coesione sociale e di creazione di nuova occupazione, laddove peraltro una domanda di lavoro già c'è e continuerà a crescere. L'alternativa è non governare questi processi, **lasciare che sia il mercato sommerso** a trainare questo sviluppo, o peggio che siano le politiche sociali attualmente esistenti ad **alimentare il lavoro nero** (come nel caso della Indennità di accompagnamento), o ancora che i bassi livelli di spesa sociale continuino a scaricarsi o sulle famiglie o sugli operatori dei servizi.

D'altra parte che il welfare **non sia un costo** ma a tutti gli effetti **un investimento**, lo dimostrano anche i dati sulla spesa nei servizi sociali territoriali.

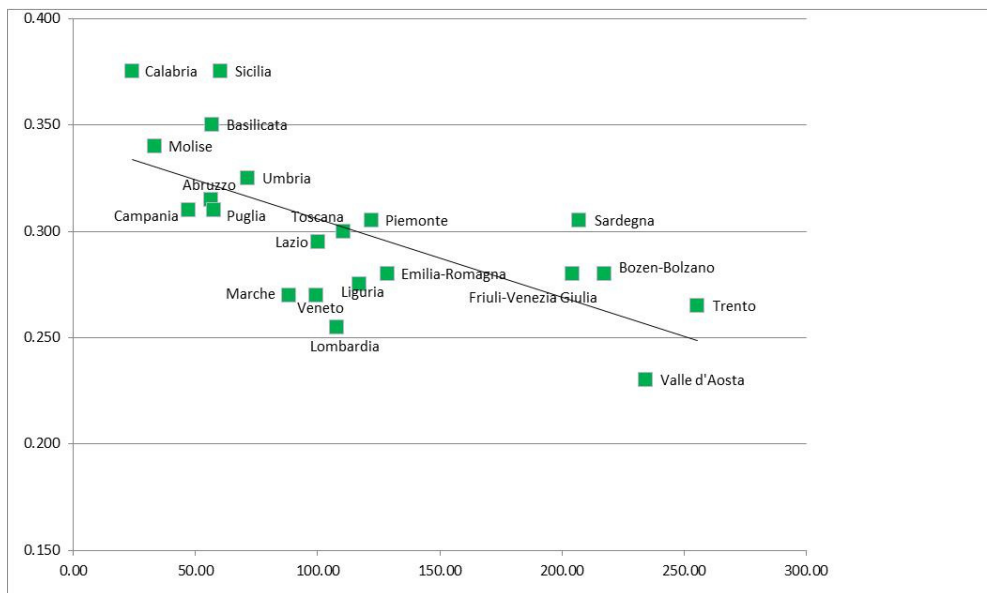
Incrociando i dati dell'indagine Istat sugli interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati con la

---

<sup>23</sup> Istat, 2012, *Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo*, Roma.

percezione delle condizioni di salute<sup>24</sup> emerge chiaramente una correlazione negativa tra spesa nei servizi sociali e il grado di disuguaglianza nella salute percepita dai cittadini. Ciò significa, come si può vedere dalle figure seguenti (vedi fig. 6 e 7), che laddove la spesa sociale al netto degli asili nido (fig. 6) e in assistenza domiciliare agli anziani (fig. 7) è più alta, più basso è il grado di disuguaglianza nella salute percepita dai cittadini. In altri termini le due figure mostrano che all'aumento della spesa sociale (o meglio nelle regioni che spendono di più in cura e servizi sociali) diminuisce la disuguaglianza nella percezione delle condizioni di salute. Questo significa che non ci sono grandi differenze tra chi percepisce di stare in salute e chi percepisce condizioni negative, concentrando la gran parte dei soggetti su valori mediani. E non è un caso che questo risulta particolarmente vero per quelle regioni (tutte concentrate nel Centro-Nord ad eccezione della Sardegna) che di più hanno investito in questi anni per qualificare il sistema dei servizi territoriali.

Fig. 6 Indice di disuguaglianza nella salute percepita e spesa pro-capite al netto degli asili nido Anno 2010



Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

<sup>24</sup> Dall'indagine: *Gli Interventi e i servizi sociali dei comuni singoli o associati*:

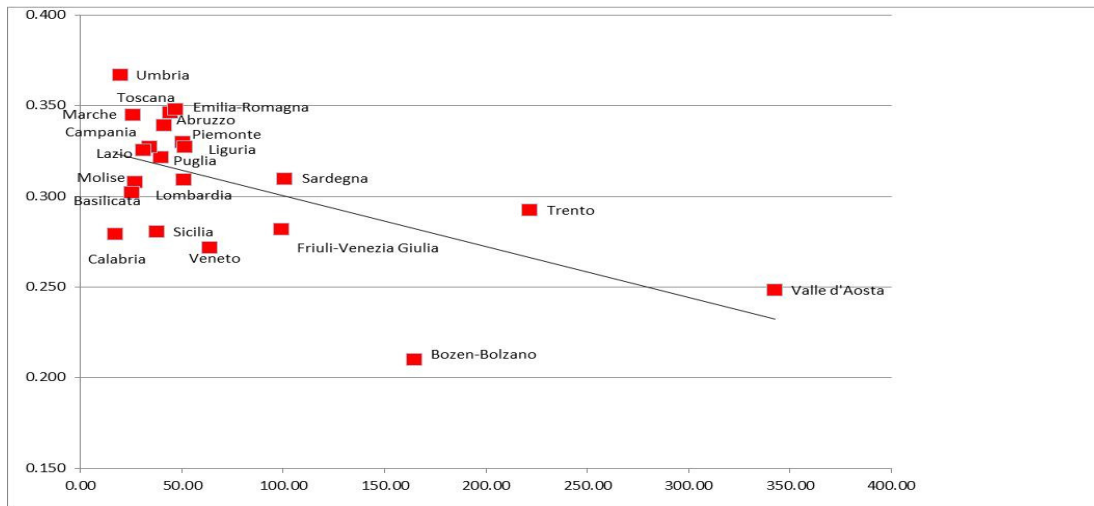
- Spesa pro-capite per interventi e servizi sociali dei comuni singoli e associati per regione al netto degli asili nido - Anno 2010.
- Spesa in assistenza domiciliare area anziani dei comuni singoli e associati per regione - Anno 2010.

Dall'indagine IT-SILC (2010):

- *Salute percepita* (variabile PH010), ai singoli cittadini di 16 anni e più, viene chiesto di classificare il loro stato di salute tra cinque possibili categorie: *verygood, good, fair, bad, varybad*.
- *Limitazione delle attività a causa di problemi di salute* (variabile PH030), ai singoli cittadini di 16 anni e più, viene chiesto di classificare se sono ostacolati nelle loro abituali attività, (*yes, strongly limited; yes, limited; no, not limited*) come "attività che le persone solitamente fanno", a causa di qualsiasi problema di salute fisica o mentale permanente, malattia o disabilità (come conseguenze di infortuni / incidenti, condizioni congenite e nascite difetti, ecc.).

Con la *Salute percepita* è stato costruito l'indice di disuguaglianza di Naga e Yalcin (NY) ("Inequality measurement for ordered response health data", *Journal of Health Economics*; 2008.; l'indice varia tra 0 e 1 (0 assenza di disuguaglianza, 1 massima disuguaglianza) ed è centrato sulla classe mediana; il caso (1,1) descrive la situazione di equilibrio in cui la disuguaglianza presente sopra o sotto la mediana ha la stessa rilevanza per il *policy maker*. Valori elevati dell'indice descrivono la situazione in cui, all'interno della stessa regione, un gruppo di individui dichiarerà condizioni di salute migliori rispetto ad un secondo gruppo. Di contro valori dell'indicatore prossimi allo zero indicano che in quel territorio tutti gli individui dichiarano uno stato di salute concentrato intorno alla mediana.

Fig. 7 Indice di disuguaglianza nella salute percepita e spesa pro-capite in assistenza domiciliare area utenza anziani (Anno 2010)



Fonte: nostra elaborazione su dati Istat

Quanto detto è importante da sottolineare sotto diversi aspetti. Se bene congegnato l'investimento nei servizi di welfare è un fattore che non solo migliora il grado di salute per quote tendenzialmente ampie e omogenee di popolazione. Più in generale è l'elemento che meglio aiuta a bilanciare i processi di deospedalizzazione e gli interventi di razionalizzazione sulla rete ospedaliera, destinatari in Italia in seguito all'ultima *spending review* di forti tagli.

Dell'investimento a sostegno di nuovi servizi e nuove professionalità nel settore sanitario e socio-sanitario la *spending review* quasi non si fa cenno, se non indicando questi obiettivi senza tuttavia lo sblocco di risorse economiche adeguate. Sono invece questi (come mostrano i dati appena presentati) i punti nevralgici di una vera riorganizzazione in grado di agire non solo sulla razionalizzazione delle risorse economiche ma anche sullo sviluppo del welfare e dell'occupazione nei servizi.