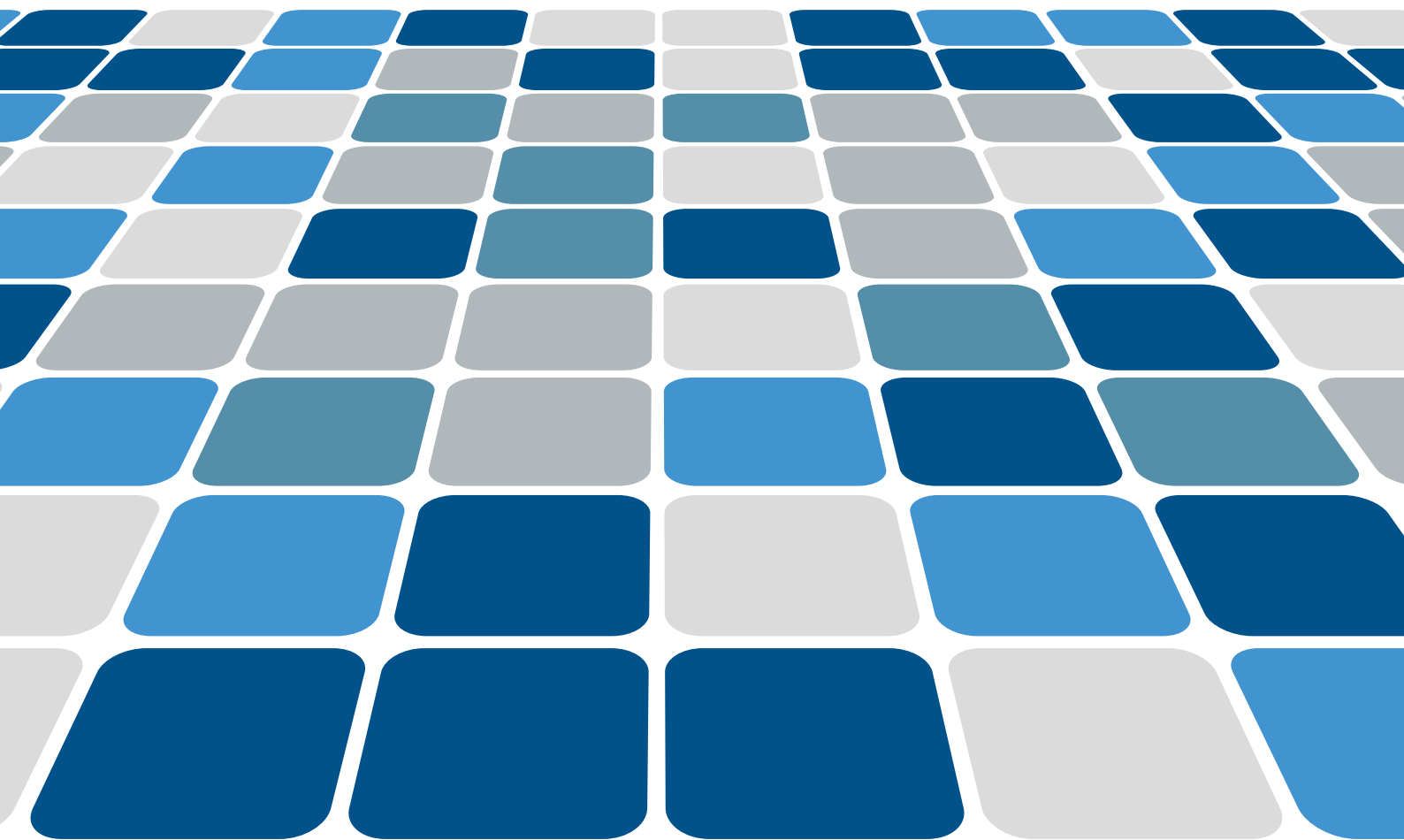


Le prospettive di sviluppo dei *white jobs* in Italia

Servizi sanitari, sociali e alla persona:
i settori economici con il potenziale di occupazione più elevato



Le prospettive di sviluppo dei *white jobs* in Italia

Servizi sanitari, sociali e alla persona: i settori con il potenziale di occupazione più elevato

Introduzione: Paolo Reboani, Presidente e Amministratore Delegato

Autori:

Roberto Cicciomessere (*capitoli 1, 2, 3 e 4*)

Anna Maria Ponzellini (*capitolo 5*)

Supporto statistico e metodologico:

Leopoldo Mondauto, Giuseppe De Blasio, Simona Calabrese e Lorenzo Di Ciolo
“Staff statistica, studi e ricerche sul mercato del lavoro”

Editing: Cristiano Santori, Francesca Romana Capone

La stesura del rapporto è terminata il 29 luglio 2014.

La pubblicazione è avvenuta il 17 novembre 2014.

Italia Lavoro s.p.a.

Via Guidubaldo del Monte, 60

00197 Roma

Indice

Introduzione	4
Sintesi	9
Prefazione	14
Nota metodologica: le definizioni dei <i>white jobs</i>	14
1. L'invecchiamento della popolazione e la crescita dell'occupazione femminile	18
1.1 Le proiezioni della popolazione italiana in età lavorativa	24
1.2 La crescita dell'occupazione femminile	26
2. I <i>white jobs</i> per settore economico	29
2.1 Gli occupati in Europa	29
2.1.1 <i>Gli occupati nel 2013</i>	43
2.2 Il valore aggiunto	44
2.3 Le imprese, le istituzioni pubbliche e non profit	55
2.3.1 <i>La microimprenditorialità</i>	65
2.4 La competitività delle imprese	67
2.4.1 <i>The Health Industry</i>	78
2.5 Il lavoro non regolare	82
3. I <i>white jobs</i> per professione	83
3.1 Gli occupati	83
3.1.1 <i>Gli occupati nel 2013</i>	94
3.1.2 <i>Permanenze e transizioni della condizione professionale</i>	94
3.1.3 <i>I lavoratori domestici</i>	96
3.1.4 <i>I lavoratori domestici non regolari e le stime di crescita della domanda</i>	100
4. Le politiche di promozione e valorizzazione dei servizi alla persona e alla famiglia in Europa	103
4.1 Francia: <i>Chèque emploi service universel (CESU)</i>	106
4.2 Belgio: <i>Titres-services pour les services et emplois de proximité</i>	110
4.3 Regno Unito: <i>Childcare Vouchers</i>	112
4.4 Italia: la proposta di legge per l'istituzione del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia	114
4.4.1 <i>L'impatto economico, occupazionale e sulla finanza pubblica del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia</i>	118
5. L'assistenza tecnica di Italia Lavoro per lo sviluppo del welfare aziendale	121
5.1 Premessa: il progetto LaFemMe	121
5.2 Il modello di assistenza tecnica alle imprese promosso dal progetto	124
5.3 Un aspetto particolare della assistenza tecnica alle imprese: i supporti al welfare aziendale	125
5.4 L'esperienza di le.fem.me. nel welfare aziendale e l'utilità del voucher	127
5.5 La domanda di servizi da parte dei lavoratori	128
Bibliografia	130

Introduzione

Il rapporto sui *white jobs* costituisce il secondo lavoro della filiera di attività dell'agenzia dedicata all'analisi delle dinamiche di segmenti particolari del mercato del lavoro con una significativa rilevanza economica, professionale e sociale e con un potenziale di occupazione molto elevato.

Nel rapporto si adotta la definizione più ampia di *white jobs* – i lavoratori nei servizi sanitari, sociali (residenziali e non) e alla persona – che comprende settori economici, professioni e soggetti economici con caratteristiche molto diverse tra loro che, tuttavia, sono unificate da una missione comune, quella di concorrere a garantire due beni molto preziosi: la salute delle persone e il benessere delle famiglie attraverso i servizi sociali, di cura dei bambini, degli anziani non autosufficienti e dei disabili. Sono i comparti che rispondono a una domanda sempre più elevata di servizi di cura e di assistenza in un paese come il nostro che invecchia più velocemente degli altri perché si vive sempre più a lungo ma nascono sempre meno bambini, determinando così già oggi un saldo naturale negativo che non si registra negli altri paesi europei. Solo il saldo migratorio positivo riesce ancora a contenere la riduzione della popolazione in età lavorativa, ma con effetti sbilanciati tra Centro-Nord e le regioni del Mezzogiorno, nelle quali si accentueranno i fenomeni d'invecchiamento della popolazione e di riduzione del numero delle persone potenzialmente attive.

Il rapporto fortemente squilibrato tra popolazione in età attiva e non, unito a una dinamica demografica che aggraverà il processo d'invecchiamento della popolazione italiana, rischia di mettere in crisi il nostro sistema di welfare basato in misura eccessiva sulle reti informali e soprattutto sulle donne, a meno che non si realizzino politiche sociali capaci di mutare i comportamenti sociali e familiari e facilitare l'ingresso delle donne nel mercato del lavoro ai livelli che si osservano negli altri paesi europei più sviluppati. L'aumento della quota della popolazione anziana determina, infatti, la crescita di coloro che hanno bisogno di cure e di assistenza, che soffrono di patologie croniche e che subiscono severe limitazioni alla propria autonomia funzionale (i consumi sanitari di un settantenne sono pari a circa il doppio di quelli di un quarantenne, quelli di un novantenne a circa il triplo). Viceversa, l'accresciuta presenza delle donne nel mercato del lavoro riduce la loro possibilità di sostenere il carico del lavoro di assistenza per gli anziani, che interessa fasi della vita sempre più prolungate e determina la necessità di acquistare sul mercato i servizi sostitutivi del lavoro familiare.

Non stupisce che, a fonte di queste rapide trasformazioni demografiche, i *white jobs* abbiano un peso sempre più importante nel mercato del lavoro italiano e che i settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona occupino oggi oltre due milioni e mezzo di persone – l'11% del totale dei lavoratori – per tre quarti donne, con una crescita del 70% rispetto al 2000. Sono settori nei quali prevale un'occupazione stabile, dal momento che i lavoratori dipendenti sono in larga maggioranza (89%) e il 91% di loro è assunto con contratto a tempo indeterminato. Non si può non osservare che la sostenibilità del sistema si regge anche su quasi un milione di volontari che prestano la loro opera gratuitamente soprattutto nelle istituzioni non profit.

Sono coinvolte nei *white jobs* le professioni più qualificate come quelle dei medici e dei tecnici dei servizi sanitari e sociali, ma anche quelle non qualificate degli addetti ai servizi domestici e alla persona. Il livello d'istruzione di questi lavoratori è nettamente superiore a quello complessivo, dal momento che solo un quarto ha conseguito al massimo la licenza media, il 39% è diplomato e il 35% ha la laurea. Desti a una certa sorpresa che anche il 10% del personale domestico abbia il titolo terziario.

Operano in questi settori imprese, prevalentemente piccole, liberi professionisti, istituzioni pubbliche e non profit, ma anche famiglie come datori di lavoro domestico. Ma dal rapporto emerge che, diversamente da quanto si registra negli altri settori economici, la modesta dimensione delle aziende che operano nei settori della sanità e dell'assistenza sociale (escluse le istituzioni pubbliche e non profit) non impedisce alti livelli di produttività e d'investimenti. Occorre osservare che quasi la metà degli addetti lavora presso istituzioni pubbliche, tuttavia questa quota si è ridotta notevolmente, mentre sono aumentate le percentuali delle imprese private e delle istituzioni non profit.

I *white jobs* rappresentano, di conseguenza, una componente importante del nostro sistema economico: producono 98 miliardi di valore aggiunto – il 7% del prodotto complessivo del nostro Paese – che è cresciuto dal 2000 al 2011 del 21%, a fronte del 4,5% della media di tutti i settori economici. Anche nel lungo periodo di crisi iniziato nel 2008, il valore aggiunto dei *white jobs* aumenta, seppure in misura più contenuta (3,8%), ma a fronte di una flessione (-4,4%) che si registra nel complesso delle attività economiche.

La risposta al quesito principale di questo lavoro – verificare in quale misura i lavori nei servizi sanitari, sociali e alla persona abbiano il potenziale di occupazione più elevato – è sicuramente positiva: i *white jobs* in Europa sono aumentati nell'ultimo decennio in misura nettamente maggiore degli altri settori economici a causa dei crescenti bisogni determinati dall'invecchiamento della popolazione e dal maggiore ingresso delle donne nel mercato del lavoro e hanno, come sottolinea la Commissione europea, il potenziale di occupazione più elevato anche per gli anni futuri. In particolare, in Italia vi sono margini di crescita ancora maggiori se si considera che la quota dei lavoratori in questo settore rispetto al totale degli occupati è ancora lontana da quella di paesi come la Francia e il Regno Unito.

Ma è altrettanto indubbio che la crisi economica ha rallentato i trend di crescita di questi comparti, soprattutto nel 2013, e le famiglie sono costrette a ridurre gli altri consumi o a intaccare i risparmi per far fronte alle spese per servizi a cui non possono rinunciare.

Ciò nonostante, il numero di occupati nei *white jobs* potrebbe aumentare da 2,5 milioni del 2012 a circa 3 milioni del 2020, grazie soprattutto al contributo della componente femminile, che inizia a diventare maggioritaria anche nella professione tradizionalmente più maschilizzata dei medici.

Si può affermare, di conseguenza, che, se opportunamente promossi, i *white jobs* possono diventare uno dei volani più importanti della ripresa dell'occupazione nel nostro Paese. Ma a questo fine è necessario ripensare il sistema del welfare per renderlo sostenibile attraverso il coinvolgimento e la valorizzazione anche di soggetti privati del settore sociale e delle imprese, mobilitando risorse aggiuntive a quelle pubbliche.

Fra i *white jobs* i servizi alla persona e alla famiglia, costituiti dai servizi sociali non residenziali (l'assistenza per gli anziani e i disabili e gli asili nido) e da quelli domestici, hanno registrato nell'ultimo decennio la maggiore crescita in Europa e in Italia (secondo i dati amministrativi di fonte INPS, il numero dei soli lavoratori domestici è aumentato negli ultimi dieci anni del 74%) e una loro valorizzazione può avere ricadute importanti nel mercato del lavoro al fine di creare nuova occupazione. Difatti in molti paesi dell'Unione sono state sviluppate, a partire dalla prima metà degli anni duemila, politiche molto innovative ed efficaci per la promozione degli *household service*, con almeno tre obiettivi comuni: creare nuova occupazione più qualificata, soprattutto femminile; fare emergere il lavoro non regolare così diffuso in questo settore; elevare la qualità dei servizi di cura per l'infanzia e per le persone non autosufficienti.

Molti paesi europei hanno attivato proprie misure per raggiungere questi tre obiettivi, basate principalmente sulla riduzione del prezzo dei servizi di cura o sulla regolamentazione del lavoro occasionale. Le prime incidono sia sulla scelta delle donne di entrare nel mercato del lavoro perché rendono più conveniente esternalizzare i lavori domestici, sia sulla decisione di utilizzare o meno le attività produttive in nero: sono state realizzate in gran parte dei paesi europei attraverso meccanismi di deduzioni e detrazioni fiscali dei costi dei servizi a favore delle famiglie o dei datori di lavoro. Le seconde sono finalizzate a far emergere il lavoro non regolare nei servizi alla persona abbattendo il prelievo fiscale per il lavoratore e il costo del lavoro per gli utilizzatori e sono diffuse soprattutto in Germania con i *mini-jobs* e in Italia con i buoni lavoro per il lavoro occasionale di tipo accessorio.

Bisogna riconoscere che i sistemi più innovativi sono sicuramente quelli basati sui voucher, che hanno trovato l'applicazione più completa e diffusa in Francia con i *chèque emploi service universel* (CESU), ma anche in Belgio con i *titres-services* e nel Regno Unito con i *childcare vouchers*. È la stessa Commissione europea a riconoscere che il sistema dei voucher consente sia di raggiungere contemporaneamente i tre obiettivi della

riduzione del costo dei servizi, della loro qualificazione e dell'emersione del lavoro nero, sia di recuperare risorse attraverso l'aumento del gettito fiscale e contributivo determinato dalla creazione di nuova occupazione e dall'emersione di quella non regolare, in misura tale che una parte importante dei costi dell'intervento pubblico viene ad essere coperta da queste nuove entrate. Infatti, il governo belga stima che con i benefici degli effetti indiretti del sistema dei voucher (aumento dei contributi fiscali e sociali e delle imposte sulle società, determinati dalla creazione di occupazione aggiuntiva, dall'emersione del lavoro nero e dalla nascita di nuove imprese) si copre circa il 55% della spesa e un altro 28% è coperto dalla riduzione dei sussidi di disoccupazione e dall'aumento dei consumi.

La Commissione avverte che il successo del modello è assicurato solo se la famiglia paga un prezzo dei servizi pari a quello praticato sul mercato nero e la differenza con il prezzo di mercato legale è a carico dello Stato: solo così si realizza un vero contrasto d'interessi. Infatti in Francia l'occupazione regolare dei soli assistenti familiari è aumentata di 350 mila unità con il varo della riforma.

Il sistema dei voucher affronta di conseguenza il problema, comune a tutti i paesi industrializzati, della difficile conciliazione tra l'esigenza di contenere la spesa pubblica e rendere sostenibile il sistema di welfare e quella di rispondere ai nuovi e maggiori bisogni di servizi di cura e alla persona determinati dall'invecchiamento della popolazione e dalla necessità di aumentare la partecipazione femminile al mercato del lavoro. Probabilmente solo un sistema di welfare basato su tre pilastri – il welfare familiare, quello aziendale e quello pubblico – può rendere sostenibile una rete equa di protezione sociale a favore delle persone non autosufficienti e dell'infanzia, determinando un gettito addizionale per lo Stato nell'ambito di un progetto virtuoso che produca un consistente ritorno in termini di aumento del prodotto e dell'occupazione.

In questa direzione si muove la proposta di istituzione del “voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia” presentata da parlamentari di molti gruppi politici, la cui sperimentazione è prevista dal Governo nelle linee guida per la riforma del terzo settore come strumento d'infrastrutturazione del “secondo welfare” e per “valorizzare lo straordinario potenziale di crescita e occupazione insito nell'economia sociale”. La proposta, che s'ispira al modello dei CESU francesi adattandoli alle caratteristiche del nostro sistema di welfare e del nostro mercato dei servizi alla persona, si propone quattro obiettivi principali che hanno importanti riflessi sul mercato del lavoro:

- a) favorire la costruzione di un sistema di servizi alla persona e alla famiglia di qualità e con costi sostenibili che faciliti la conciliazione tra vita privata e lavoro, al fine di contribuire alla crescita dell'occupazione femminile;
- b) rendere sostenibile un moderno sistema di welfare aziendale, familiare e pubblico a favore dell'infanzia e delle persone non autosufficienti basato sul principio della sussidiarietà, che mobiliti risorse anche private;
- c) promuovere la crescita dell'occupazione regolare e di maggiore qualità nel comparto degli *household services*;
- d) far emergere il lavoro nero, così diffuso in questo settore, anche per recuperare risorse aggiuntive e maggior gettito fiscale e contributivo. Occorre tenere presente a questo proposito che in Italia su circa 1,7 milioni di lavoratori domestici, il 50% è costituito da non regolari.

Questa proposta individua anche specifiche azioni di politica del lavoro che dovrebbero accompagnare la realizzazione del sistema del voucher universale, in particolare con riferimento a una criticità emersa in questo rapporto a proposito del reclutamento degli assistenti familiari, che avviene, per oltre l'80%, attraverso amici, conoscenti o altri collaboratori domestici e solo per il 3% attraverso i servizi pubblici e privati per il lavoro. È indispensabile, di conseguenza, potenziare la capacità del sistema pubblico e privato d'intermediare l'incontro fra le famiglie e i collaboratori domestici, in sinergia con gli albi regionali delle

colf e badanti. Si prevede, inoltre, che il Ministero del lavoro sviluppi gli standard minimi relativi ai diversi profili professionali delle diverse aree di servizi di cura, oltre a definire i contenuti formativi per ogni profilo, al fine di elevare la qualità delle prestazioni e del lavoro. Sempre questo rapporto mostra che in Francia la maggiore qualità del lavoro degli assistenti familiari e il modello innovativo dei *chèque emploi service universel* spiegano complessivamente il 25% dell'aumento del valore aggiunto in questo settore.

Il rapporto affronta anche il punto decisivo della compatibilità finanziaria di queste misure, riportando le conclusioni di una ricerca condotta dal Censis dalla quale emerge che l'impatto economico dell'istituzione del voucher universale secondo le modalità previste dalla proposta di legge, valutati sia i benefici diretti dell'emersione del lavoro nero e dell'occupazione aggiuntiva sia quelli indiretti, sarebbe sostenibile con un saldo per lo Stato al di sotto di 300 milioni di euro. Di sicuro ben pochi investimenti pubblici potrebbero determinare simili ricadute occupazionali e vantaggi così consistenti per la conciliazione tra famiglia e lavoro: secondo la stima dell'istituto, dopo cinque anni la platea di famiglie in grado di accedere ai servizi socio-assistenziali crescerebbe di 482 mila, il numero di lavoratori beneficiari del welfare aziendale salirebbe da 127 mila a 858 mila, l'emersione del lavoro irregolare raggiungerebbe le 326 mila unità, mentre l'occupazione aggiuntiva è valutabile in 315 mila nuovi occupati.

Non si può trascurare di sottolineare l'altra ricaduta importante, indicata dal Governo, di questa riforma: il decollo del secondo pilastro del welfare e cioè di schemi di protezione sociale a finanziamento prevalentemente privato che si aggiungono e si intrecciano al primo welfare di natura pubblica e obbligatoria, integrandolo con nuove tipologie di servizi e coinvolgendo attori economici e sociali con forte radicamento territoriale, quali imprese, enti locali e terzo settore.

Occorre ricordare a proposito delle politiche sugli *household services* che Italia Lavoro non è estranea a questo tema: nell'ottobre del 2009 ha organizzato a Roma, per conto del Ministero del lavoro e assieme all'*Agence nationale des services à la personne* (ANSP), la II Conferenza europea sui servizi alla persona, nel corso della quale sono stati esaminati i modelli di successo europei, in primo luogo quello dei CESU, ma anche le sperimentazioni basate sul voucher che sono state realizzate in alcune regioni italiane, in particolare in Sicilia, con l'assistenza tecnica dell'agenzia.

Inoltre, Italia Lavoro è stata impegnata nella realizzazione di politiche attive per l'inserimento lavorativo e la qualificazione professionale nel settore dei servizi alla persona attraverso il progetto ASSAP, che aveva come obiettivo la creazione di una rete di servizi organizzati sul territorio in grado di facilitare l'incrocio tra domanda e offerta, di favorire l'emersione dal lavoro nero, con particolare riferimento ai lavoratori extracomunitari, di valorizzare e rafforzare le competenze degli addetti, al fine d'instaurare rapporti di lavoro regolari tra famiglie e colf e badanti.

Attualmente è in corso di realizzazione il progetto LaFemMe volto a favorire l'aumento della partecipazione femminile al lavoro: l'intervento non prevede misure dirette rivolte alle donne, ma mette a disposizione servizi rivolti alle aziende, al sistema degli operatori del mercato del lavoro e alle amministrazioni regionali per superare la criticità rappresentata dall'insufficienza e all'eccessivo costo dei servizi di conciliazione lavoro-famiglia, in particolare per quanto riguarda i servizi per la cura dell'infanzia e delle persone anziane non autosufficienti.

In questo quadro si colloca l'obiettivo del progetto La.Fem.Me. di supportare "tecnicamente" l'introduzione di piani di welfare aziendale agendo su più livelli: la rilevazione dei bisogni, l'analisi dei vantaggi fiscali, l'orientamento alla scelta dei servizi da includere nel pacchetto, il bilanciamento dei diversi servizi in modo da coprire tutti i dipendenti dell'impresa. Se queste misure di welfare aziendale sono sempre più diffuse tra le medie e le grandi imprese, le piccole aziende incontrano maggiori difficoltà nella gestione diretta dei benefit e soprattutto fanno fatica a valutare adeguatamente i costi benefici dei loro piani e sono scoraggiate dal rischio di incorrere in interpretazioni errate della legge e inadempienze nei confronti delle autorità fiscali.

La messa a disposizione di un sistema di “voucher universali per servizi alla persona e alla famiglia” permetterebbe di bypassare molte di queste difficoltà.

D’altro canto il servizio di assistenza tecnica alle Regioni è finalizzato a rafforzare l’attenzione e le risorse delle amministrazioni sui temi della promozione dell’occupazione femminile, del potenziamento dei servizi di conciliazione tra lavoro e cura della famiglia e del supporto alle aziende per rendere i luoghi di lavoro più produttivi e più flessibili.

Il rapporto sui *white jobs* fornisce ulteriori elementi di approfondimento delle caratteristiche e delle dinamiche degli *household services* che sono destinati a tradursi in specifiche azioni progettuali nell’ambito dell’attività istituzionale dell’agenzia. Questo lavoro potrà fornire, più in generale, un contributo al più ampio dibattito tra gli attori sociali e istituzionali sulle modalità per favorire la crescita occupazionale nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona che sono chiamati a sostenere la sfida che trae origine da fenomeni demografici di proporzioni non ancora adeguatamente conosciute che determineranno conseguenze non ancora sufficientemente analizzate e discusse sul welfare e sulle politiche pubbliche.

Paolo Reboani

Presidente e Amministratore Delegato di Italia Lavoro s.p.a.

Sintesi

Finalità principale di questo rapporto è verificare in quale misura i *white jobs* – i lavori nei servizi sanitari, sociali e alla persona volti a garantire la salute e il benessere delle persone – hanno, come sottolinea la Commissione europea, il potenziale di occupazione più elevato e possono generare di conseguenza il maggiore incremento del prodotto interno, soprattutto in Italia.

In questo lavoro le attività che rientrano tra i *white jobs*, in assenza di una loro definizione univoca, sono esaminate sulla base di due diverse e molto ampie definizioni: la prima prende in considerazione i settori economici e la seconda le professioni. Il primo punto di vista consente di analizzare quattro comparti (assistenza sanitaria, servizi sociali residenziali e non residenziali, collaboratori domestici) nei quali operano soggetti economici con caratteristiche e forme giuridiche molto differenti: liberi professionisti, lavoratori autonomi, imprese, istituzioni pubbliche e non profit, ma anche famiglie come datori di lavoro di personale domestico. Questi quattro settori economici occupano circa 2,5 milioni di addetti ai quali bisogna aggiungere quasi un milione di volontari che forniscono il loro apporto gratuitamente. Il secondo punto di vista prende in considerazione un insieme molto differenziato di professioni (medici, tecnici e operatori qualificati dei servizi sanitari, sociali e personali, addetti ai servizi domestici), da quelle intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione a quelle completamente non qualificate, che sono svolte da 2,1 milioni di lavoratori, dai quali sono esclusi coloro che svolgono funzioni amministrative e gestionali come impiegati, operai, dirigenti, presenti nella prima definizione di *white jobs* basata sui settori economici. Due punti di vista differenti che consentono da una parte di misurare l'apporto dei *white jobs* alla creazione del prodotto interno in rapporto alla consistenza e alle caratteristiche delle unità attive che operano nei quattro comparti, dall'altra di evidenziare le dinamiche diversificate di crescita di sei professioni che contribuiscono alla salute e al benessere delle persone e delle famiglie.

La crescita dei *white jobs* è correlata principalmente all'invecchiamento della popolazione che genera una domanda crescente di servizi sanitari, sociali e personali, e alla maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro che determina la necessità di acquistare i servizi sostitutivi del lavoro domestico.

La prima causa dell'invecchiamento è la diminuzione del tasso di fecondità: in Italia il numero medio di figli per donna è inferiore alla soglia di rimpiazzo e quindi non garantisce il ricambio generazionale come accade, invece, in Francia (anche la fecondità delle donne straniere è in calo). Solo l'afflusso degli immigrati garantisce che la popolazione complessiva non diminuisca. La popolazione italiana invecchia anche perché cresce l'età media di vita che è la più alta in Europa e di con-

seguenza aumenta l'indice di dipendenza degli anziani: nel 2060 nel nostro Paese ci saranno 58 persone non autonome ogni 100 in età lavorativa e la speranza di vita sarà di 89,7 anni per le donne e di 85,5 anni per gli uomini. Una delle conseguenze dell'invecchiamento della popolazione è l'aumento della quota delle persone non autosufficienti che salirà in Italia dal 7% del 2010 (4,4 milioni) al 10% (6,4 milioni). Nello stesso periodo la spesa per l'assistenza a lungo termine aumenterà dal 2% del PIL al 3%.

L'aumento dei *white jobs* è legato anche alla crescita dell'occupazione femminile che determina l'aumento della domanda di servizi di conciliazione fra lavoro e vita privata: anche se il tasso di occupazione femminile italiano si colloca ai livelli più bassi dei paesi europei, il suo aumento è molto più rapido, soprattutto nelle regioni del Centro-Nord nelle quali ha quasi raggiunto il livello medio dell'Unione.

Sono oltre 25 milioni gli occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona nei 27 paesi dell'Unione europea e di questi 2,5 milioni risiedono in Italia. I *white jobs* producono in Europa 894 miliardi di valore aggiunto dei quali 98 in Italia: rappresentano il 7% di tutte le attività economiche del nostro Paese (10% in Francia). Per completare il quadro delle attività economiche che, assieme ai *white jobs*, concorrono a garantire la salute delle persone, occorre aggiungere i 12 miliardi di euro di valore aggiunto prodotto dall'industria della salute, in particolare da quella farmaceutica, che aumentano il prodotto complessivo a circa 110 miliardi di euro.

Gli occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona sono aumentati dal 2000 al 2012 del 40% nella media europea e del 70% in Italia, grazie soprattutto alla crescita del numero dei lavoratori domestici che sono triplicati. Ma vi sono margini ulteriori di crescita dei *white jobs* italiani perché rappresentano l'11% del totale dei lavoratori, mentre questa quota sale al 12% nella media europea e al 16% in Francia. Solo in Italia il contributo prevalente alla crescita degli occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona è quello delle lavoratrici, che aumentano negli ultimi 12 anni del 107% a fronte dell'11% dei lavoratori (nel 2012 le donne sono il 75% del totale). Gli occupati nei *white jobs* potrebbero aumentare da 2,5 milioni del 2012 a 3,1 milioni del 2020, grazie soprattutto al contributo della componente femminile.

La metà degli occupati in questi settori risiede nelle regioni del Nord, un quarto rispettivamente in quelle del Centro e del Mezzogiorno. Il 26% dei lavoratori è costituito da immigrati, con percentuali più alte nei servizi alla persona (77%). I lavoratori dipendenti sono l'89% del totale e di questi il 91% è assunto con un contratto a tempo indeterminato (86% in tutti i settori economici). Il livello d'istruzione degli occupati nei

white jobs è nettamente superiore a quello della media dei lavoratori. Come è del resto atteso, oltre la metà degli occupati nel settore sanitario ha la laurea, ma desta una certa sorpresa che anche il 10% del personale domestico abbia lo stesso titolo terziario.

Il valore aggiunto a prezzi correnti nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (98 miliardi di euro nel 2011, con un aumento del 37% rispetto ai 71 miliardi del 2003) rappresenta il 7% del prodotto di tutte le attività economiche e aumenta rispetto al 6% del 2003. La crescita reale del valore aggiunto dal 2000 al 2011 dei settori dei *white jobs* è del 21% a fronte del 4,5% di tutti i settori economici. Ma anche nel periodo della crisi dal 2007 al 2011 il valore aggiunto aumenta del 3,8% a fronte di una flessione nel complesso delle attività economiche (-4,4%). Viceversa la variazione della produttività del lavoro nei due settori dei servizi sanitari e dell'assistenza sociale (esclusi i servizi alla persona) si mantiene sempre su valori negativi. Per quanto riguarda il settore dei servizi alla persona, si osserva, nel confronto tra Italia e Francia, che mentre nel nostro Paese contribuiscono alla crescita del valore aggiunto esclusivamente le ore lavorate, viceversa in Francia contribuiscono non solo le ore lavorate, ma anche la produttività totale dei fattori e la qualità delle forze di lavoro: segno che in quel paese la riforma del settore attraverso il modello del voucher universale ha determinato una maggiore qualificazione dei servizi alla persona.

A partire dai dati del censimento dell'industria e dei servizi del 2001 e del 2011 è possibile analizzare le principali caratteristiche delle imprese, delle istituzioni non profit e delle istituzioni pubbliche di tre dei settori che costituiscono i *white jobs* (assistenza sanitaria, servizi di assistenza sociale residenziale e assistenza sociale non residenziale): sono 283 mila le unità attive con un incremento del 40% nel periodo (9% l'aumento delle unità in tutti i settori economici), ma le imprese sono aumentate del 43%, le istituzioni non profit del 34%, mentre le istituzioni pubbliche hanno subito una severa flessione dell'83% a causa della "aziendalizzazione" delle ex istituzioni pubbliche di assistenza e di beneficenza. Anche gli addetti sono diminuiti nelle istituzioni pubbliche nella quali, tuttavia, è occupato il 44% del complesso dei 1,6 milioni di lavoratori. A questi addetti occorre aggiungere i collaboratori (circa 88 mila) che lavorano prevalentemente nelle istituzioni non profit, i lavoratori somministrati (circa 9 mila) impiegati prevalentemente nelle istituzioni pubbliche e gli oltre 956 mila volontari che prestano la loro opera gratuitamente quasi esclusivamente nelle istituzioni non profit. Il 57% dei volontari risiede nel Nord, il 22 nel Centro e il 21% nel Mezzogiorno e il loro numero è aumentato in 10 anni del 28%. La prevalenza delle microimprese con meno di 10 addetti nei settori della sanità e dell'assistenza sociale (87% del totale) si riflette sulla loro forma giuridica: il 91% è costituita da un im-

prenditore individuale, libero professionista o lavoratore autonomo, il 4% sono società a responsabilità limitata, mentre le società per azioni rappresentano solo lo 0,1%. La grande maggioranza dei titolari di microimprese a gestione familiare nei settori della sanità e dell'assistenza sociale è composta da uomini (79% a fronte del 21% delle donne), l'85% ha conseguito la laurea e il 48% ha avuto come precedente esperienza lavorativa il lavoro indipendente.

La recente pubblicazione da parte dell'Istat dei dati dettagliati sulle imprese attive, consente di approfondire ulteriormente l'analisi sulle aziende dei settori della sanità e dell'assistenza sociale (escluse le istituzioni pubbliche e non profit) che costituiscono una parte importante dei *white jobs*: nel 2011 sono 254 mila (aumentano il loro numero rispetto al 2008 del 10%), mentre gli addetti sono 749 mila con un incremento nello stesso periodo del 9%. La grande maggioranza opera nel settore della sanità (95%), mentre gli addetti si distribuiscono in maniera meno sbilanciata tra i settori dell'assistenza sanitaria (63%), dei servizi sociali residenziali (17%) e non residenziali (20%). Più di un terzo degli addetti (35%) lavora in uno studio medico od odontoiatrico e il 16% presso un laboratorio di analisi: ciò spiega la prevalenza di microimprese in questo settore. Inoltre la produttività del lavoro nei settori dei servizi sanitari e sociali non cresce con l'aumento della dimensione dell'impresa come accade per il complesso delle attività economiche, ma diminuisce. Questo fenomeno si spiega tenendo conto che gran parte delle microimprese nel settore della sanità è costituita da studi professionali di medici e dai laboratori. Anche l'investimento per addetto è più alto nelle microimprese per gli stessi motivi. Nel periodo di crisi tra il 2008 e il 2011 il complesso delle imprese dei servizi di mercato ha visto ridurre il fatturato dell'1%, mentre nel settore della sanità e dei servizi sociali il fatturato è aumentato dell'11%.

Anche se non fa parte dei *white jobs*, l'industria della salute – imprese farmaceutiche, della fabbricazione di apparecchi biomedicali e di forniture mediche e dentistiche – completa il quadro delle attività che concorrono a garantire la salute delle persone: nel 2011 le imprese sono circa 18 mila (il loro numero aumenta rispetto al 2008 del 6%), occupano circa 137 mila lavoratori, producono un valore aggiunto di circa 12 miliardi di euro e la produttività del lavoro è aumentata del 20% rispetto al 2008.

Il tasso d'irregolarità nel settore dei servizi domestici (49%) raggiunge nel 2012 il valore più elevato rispetto alla media di tutte le attività economiche (10%), mentre quello della sanità e dell'assistenza sociale è insignificante (3%). Dal 1999 al 2012 la quota di lavoratori domestici non regolari sul totale diminuisce di 18 punti percentuali (era pari al 67% nel 1999), probabilmente a

causa dei provvedimenti di regolarizzazione degli immigrati.

Gli occupati nei *white jobs* analizzati sulla base delle professioni – medici, tecnici della salute e dei servizi sociali, professioni qualificate nei servizi sanitari, sociali e personali e personale non qualificato dei servizi domestici – sono nel 2012 circa 2,1 milioni: il loro numero è inferiore a quello calcolato attraverso la definizione basata sui settori economici perché non comprende le funzioni amministrative che non sono presenti nelle professioni sanitarie e sociali. La componente femminile è prevalente (76%) e gli occupati che esercitano le professioni sanitarie, sociali e i lavoratori domestici risiedono per tre quarti nelle regioni del Centro-Nord. Questi lavoratori rappresentano il 9% del totale degli occupati, quota che sale al 17% per le donne (4% per gli uomini), mentre a livello ripartizionale la percentuale maggiore si registra nelle regioni del Centro (11%; circa 9% sia nel Nord che nel Mezzogiorno). I lavoratori che esercitano queste professioni sono aumentati rispetto all'anno precedente del 5%, ma incrementi maggiori si osservano fra le professioni qualificate nei servizi personali che comprendono badanti, addetti nei servizi per l'infanzia, per gli anziani e per le persone non autosufficienti (17%) e fra i tecnici della salute costituiti in gran parte da infermieri, tecnici di laboratorio e fisioterapisti (8%). Diminuiscono rispetto al 2011 i tecnici dei servizi sociali (-9%) – assistenti sociali, mediatori culturali, tecnici del reinserimento, dell'integrazione sociale e dei servizi per l'impiego, addetti all'infanzia – e in misura minore gli addetti ai servizi domestici (-1%).

I canali attraverso i quali gli occupati nei *white jobs* hanno trovato l'attuale lavoro sono profondamente diversi in relazione alla professione esercitata e mettono in luce alcune anomalie dei sistemi d'intermediazione tra la domanda e l'offerta di lavoro nel nostro Paese. A prescindere dal ruolo marginale che rivestono i servizi pubblici per l'impiego e le agenzie private per il lavoro attraverso i quali hanno trovato lavoro rispettivamente l'1,6% e l'1,2% di questi lavoratori, i tre canali prevalenti che hanno consentito di trovare lavoro a quasi tre quarti di loro (73%) sono l'aiuto di parenti e amici (39%), la richiesta diretta a un datore di lavoro (18%) e il concorso pubblico (15%). Ma la quota che ha utilizzato amici o parenti varia dall'84% dei lavoratori domestici al 4% dei medici, la richiesta diretta al datore di lavoro dal 10% dei medici al 32% delle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali e il concorso pubblico dal 2% del personale qualificato nei servizi personali al 30% dei medici. Le differenze di genere sono altrettanto significative: i lavoratori maschi utilizzano prevalentemente i canali formali mentre le donne trovano lavoro in gran parte attraverso i canali informali come quello degli amici e parenti. Inoltre, le retribuzioni delle donne occupate nei *white jobs* sono media-

mente più basse di quelle degli uomini di circa 600 euro al mese. Si osservano alti tassi di permanenza nella condizione di occupato dei lavoratori che esercitano queste professioni: solo il 3,4% perde il posto di lavoro dopo un anno.

La disponibilità dei dati sulle forze di lavoro del 2013, intervenuta alla fine della redazione di questo rapporto, consente di analizzare la variazione tendenziale degli occupati nei *white jobs*. Mentre i lavoratori definiti sulla base dei settori economici subiscono dal 2012 al 2013 una lieve flessione complessiva dello 0,2%, gli occupati definiti sulla base delle professioni aumentano, nonostante la crisi economica e occupazionale, dello 0,9%, prevalentemente per il contributo della componente maschile. Nel primo caso si registra una flessione nei settori dell'assistenza sanitaria e sociale non residenziale e un aumento in quelli dei servizi di assistenza sociale residenziale e dei servizi domestici, nel secondo caso l'aumento degli occupati si osserva tra i medici, le professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali e nei servizi personali, mentre si registra una flessione tra i tecnici della salute, i tecnici dei servizi sociali e i lavoratori domestici.

L'analisi dei lavoratori domestici a partire dai dati amministrativi dell'INPS mostra che sono aumentati da circa 500 unità del 2003 a circa mille del 2012 (+85%), che il 75% è costituito da stranieri e che la loro zona geografica di provenienza è variata notevolmente: sono aumentati soprattutto i collaboratori familiari che provengono dall'Europa dell'Est, dai paesi dell'Asia orientale e dall'Africa del Nord. Se si manterranno gli stessi trend di crescita che si sono registrati dal 1999 al 2013, il numero totale dei collaboratori domestici, compresi quelli non regolari, potrebbe aumentare da 1,6 milioni di unità del 2013 a quasi 2 milioni del 2020. Secondo un stima più prudente del Censis e della fondazione ISMU, aumenteranno a 2,1 milioni nel 2030.

Le politiche per la promozione e la valorizzazione dei servizi alla persona e alla famiglia, che costituiscono una parte importante dei *white jobs* con le maggiori prospettive di crescita, hanno tre finalità che sono comuni, seppure in misura diversa, a tutti i paesi dell'Unione europea: creare nuova occupazione, soprattutto femminile, fare emergere il lavoro nero ed elevare la qualità e la diffusione dei servizi per le persone non autosufficienti e per l'infanzia. Per raggiungere questi tre obiettivi i paesi europei hanno attivato principalmente quattro tipi di politiche: riduzione del prezzo dei servizi che incide sulla scelta di non utilizzare il lavoro non regolare e sulla decisione da parte delle donne di esternalizzare il lavoro domestico e di entrare nel mercato del lavoro; semplificazione delle procedure attraverso l'uso dei voucher nei servizi non di cura; regolamentazione del lavoro occasionale abbattendo il prelievo fiscale per il lavoratore nella convinzione che sia

preferibile per la collettività rinunciare a una quota del gettito fiscale in cambio dell'emersione del lavoro nero; adozione di misure per incoraggiare l'imprenditorialità e lo sviluppo d'impresa profit e non profit per l'erogazione dei servizi alla persona. Il sistema dei voucher è finalizzato a raggiungere contemporaneamente i tre obiettivi della riduzione del costo dei servizi, della loro qualificazione e dell'emersione del lavoro non regolare. Questo sistema ha anche il vantaggio di consentire allo Stato di recuperare una parte delle risorse investite attraverso nuove imposte e contributi sociali determinati dall'aumento degli occupati nei servizi alla persona, la conseguente riduzione degli assegni di disoccupazione e l'emersione del lavoro nero.

In Francia il sistema dei *chèque emploi service universel* (CESU) si basa su tre titoli di pagamento: il voucher bancario (*Cesu Déclaratif*) utilizzato dalle famiglie, il voucher pre-finanziato (*Cesu préfinancé*) o cofinanziato dalle imprese e il voucher sociale (*Cesu préfinancé social*) creato di recente. Il *Cesu Déclaratif* può essere usato solo per il pagamento di un collaboratore familiare a domicilio, mentre il *Cesu préfinancé* per tutti i servizi alla persona resi da dipendenti, imprese ed enti pubblici anche fuori dal domicilio. In seguito alla riforma dei CESU, gli occupati nell'intero settore dei servizi alla persona in Francia sono nel 2011 oltre due milioni, 4 milioni di famiglie utilizzano i servizi alla persona, sono state accreditate quasi 29 mila imprese e associazioni fornitrici dei servizi e il valore aggiunto di questo settore è aumentato dell'11%. I vantaggi fiscali sono costituiti per il voucher bancario da un credito d'imposta pari alla metà della somma spesa per retribuire il lavoratore, con tetti massimi che variano in relazione al servizio acquistato. Significativi sono anche i vantaggi fiscali per il datore di lavoro che utilizza il voucher pre-finanziato (decontribuzione e credito d'imposta). Secondo la Corte dei conti francese, nel 2009 il costo complessivo del sistema dei servizi alla persona è stato di 6,6 miliardi di euro. Uno studio realizzato nel 2012 dall'*Oliver Wyman institute* stima che il saldo tra uscite ed entrate dirette e indirette è largamente positivo per le finanze pubbliche: il saldo finale positivo sarebbe pari a 2,6 miliardi di euro.

Il sistema dei *titres-services* adottato in Belgio permette di pagare con un voucher una società accreditata per i servizi alla persona e alla famiglia resi nell'abitazione dell'utente. I servizi sono resi da lavoratori assunti da imprese accreditate dal governo federale. Il sistema ha avuto un successo inatteso in Belgio: nel 2011, circa 835 mila persone hanno utilizzato almeno una volta i *titres-services* rispetto alle 99 mila del 2004, con un aumento del 745%, i lavoratori sono stati 150 mila (62 mila nel 2006), sono stati acquistati e rimborsati voucher per un valore di oltre 100 milioni di euro e le imprese accreditate sono state 2.700. L'utente paga i ser-

vizi 7,50 euro l'ora, ma il valore rimborsato all'impresa di servizi è pari a 20,80 euro per voucher e la differenza è finanziata dallo Stato. Il costo del sistema dei *titres-services* è stato nel 2011 di 1,7 miliardi di euro. Gli effetti diretti (occupazione aggiuntiva) e indiretti (riduzione dei costi della disoccupazione e aumento dei consumi) hanno determinato un recupero per i primi di 911 milioni di euro e per i secondi di 458 milioni di euro.

Nel Regno Unito i datori di lavoro possono offrire ai propri dipendenti i *childcare vouchers* per l'acquisto di servizi per l'infanzia presso fornitori accreditati (*childcare providers*) che sono autorizzati dalle autorità locali al fine di garantire servizi di qualità. Il sistema dei *childcare vouchers* del Regno Unito è molto meno generoso rispetto a quello belga e francese: i lavoratori possono beneficiare della completa esenzione fiscale e contributiva per i voucher fino al valore massimo di 55 sterline alla settimana solo se la loro retribuzione è assoggettata fino al secondo scaglione d'imposta. Se il reddito è superiore, la completa esenzione fiscale e contributiva si applica per valori del voucher progressivamente inferiori. Occorre osservare che spesso nel Regno Unito i *childcare vouchers* sono concessi in sostituzione di aumenti salariali, ma anche in cambio di *salary sacrifices*, compensati dal valore dei voucher, sulla base di convenienze reciproche relative alle agevolazioni per i pagamenti dei servizi di cura dei bambini.

In Italia, la proposta di legge per l'istituzione del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia che s'ispira al modello francese dei CESU è stata promossa dall'istituto Luigi Sturzo ed è stata presentata sia al Senato che alla Camera da parlamentari di molti gruppi politici. A questo proposito, nelle linee guida per la riforma del terzo settore del Governo si prevede di dare stabilità e ampliare le forme di sostegno economico, pubblico e privato, agli enti del terzo settore, attraverso, tra l'altro, la disciplina sperimentale del "voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia", come strumento di infrastrutturazione del "secondo welfare".

La proposta di legge vuole favorire la costruzione di un sistema di servizi alla persona più efficiente, di qualità e con costi contenuti per promuovere l'occupazione femminile, per rendere sostenibile un moderno e più equo sistema di welfare a favore dell'infanzia e delle persone non autosufficienti basato sui principi della sussidiarietà, per promuovere l'emersione del lavoro nero e migliori condizioni di lavoro e per adottare un sistema universale e standardizzato di voucher. Il sistema proposto si basa su tre pilastri, ciascuno dei quali contribuisce a contenere il costo dei servizi alla persona: il welfare familiare, il welfare aziendale e quello pubblico. La proposta di legge introduce agevolazioni fiscali a favore delle famiglie che usano il voucher e delle imprese che li erogano ai propri dipendenti.

Secondo una ricerca che il Censis ha realizzato per stimare l'impatto economico e sull'occupazione dell'istituzione del voucher universale con le modalità previste dalla proposta di legge, a fronte di un costo per il primo anno di circa 1,3 miliardi di euro, i benefici diretti (emersione del lavoro nero, occupazione aggiuntiva e minor impiego dei sussidi di disoccupazione) e indiretti (occupazione in altri settori, Iva su consumi familiari e imposte su utili d'impresa) consentirebbero di ridurre il costo rispettivamente di 640 e 273 milioni di euro, rendendo sostenibile il provvedimento. Secondo questa stima, dopo cinque anni, la platea di famiglie in grado di accedere ai servizi socio-assistenziali crescerà di 482 mila unità, i lavoratori beneficiari del welfare aziendale saliranno da 127 mila a 858 mila, l'emersione del lavoro irregolare raggiungerà le 326 mila unità, mentre l'occupazione aggiuntiva è valutabile in 315 mila nuovi occupati.

Nell'ultimo capitolo si analizza l'attività di assistenza tecnica di Italia lavoro, attraverso il progetto "LaFemMe", per lo sviluppo del welfare aziendale e di misure di flessibilità finalizzate a facilitare la conciliazione tra lavoro e vita privata e ad aumentare la produttività.

Il progetto nasce dalla convinzione che se si riesce a trovare un equilibrio virtuoso tra esigenze dei lavoratori e dei datori di lavoro attraverso misure di riorganizzazione della produzione, di welfare aziendale e soluzioni di flessibilità oraria, si ottengono effetti positivi sia dal punto di vista economico (riduzione dei tassi di assenteismo e di turnover, riduzione degli scarti di produzione e dei tempi di lavorazione) sia per il benessere dei lavoratori e delle lavoratrici (maggiore soddisfazione, maggiori opportunità di scelta dell'orario di lavoro e maggiore autonomia).

E' uno dei pochi progetti che non distribuisce sussidi, ma eroga consulenza e formazione direttamente alle aziende interessate e alle Regioni.

L'attività di formazione e di consulenza si concretizza nell'accompagnamento della direzione aziendale, d'intesa con i referenti sindacali e con i lavoratori, nell'individuazione della soluzione più adeguata rispetto alle esigenze di riorganizzazione e di recupero della produttività e di competitività dell'impresa.

Il servizio di assistenza tecnica alle Regioni è finalizzato a rafforzare l'attenzione e le risorse delle amministrazioni regionali sui temi della promozione dell'occupazione femminile, del potenziamento dei servizi di cura familiare e del supporto alle aziende per rendere i luoghi di lavoro più produttivi e più flessibili. Il supporto alle aziende per l'introduzione di piani di welfare aziendale agisce su più livelli: la rilevazione dei fabbisogni, l'analisi dei vantaggi fiscali, l'orientamento alla scelta dei servizi da includere nel pacchetto, il bilanciamento dei servizi in modo da coprire tutta la popolazione aziendale.

Nell'ultimo paragrafo del rapporto si analizzano quali tipologie di servizi di welfare aziendale sono maggiormente richiesti dai lavoratori, a partire da una ricerca su un campione di circa 50 mila dipendenti di 42 aziende. I servizi maggiormente richiesti da un terzo dei lavoratori sono relativi all'assistenza e all'educazione dei figli: asili nido, rette scolastiche e universitarie, rimborso libri di testo, ecc. La seconda scelta riguarda il rimborso delle spese sanitarie del nucleo familiare (occhiali, cure dentarie e visite specialistiche. Seguono le attività ricreative (viaggi, biglietti per spettacoli e attività ludiche e sportive dei bambini). Solo una quota dell'1% ha chiesto servizi di assistenza domiciliare (babysitter, badanti e infermieri a domicilio).

Prefazione

Finalità principale di questo rapporto è verificare in quale misura i *white jobs* – i lavori nei servizi sanitari, sociali e alla persona – hanno, come sottolinea la Commissione europea, il potenziale di occupazione più elevato e possono generare di conseguenza il maggiore incremento del prodotto interno, soprattutto in Italia. Infatti, nell'*Annual Growth Survey 2012* la Commissione afferma che per creare posti di lavoro e promuovere una ripresa fonte di occupazione, è necessario che gli Stati membri provvedano in via prioritaria a incentivare le iniziative atte a facilitare lo sviluppo dei settori con il potenziale di occupazione più elevato, anche nell'ambito dell'economia a basse emissioni di carbonio ed efficiente nell'impiego delle risorse ("*green jobs*"), dei settori sanitario e sociale ("*white jobs*") e dell'economia digitale¹. La Commissione ritiene che investire in questi settori sia essenziale per creare opportunità di lavoro contemporaneamente al consolidamento fiscale e per contribuire a portare il tasso di occupazione dei 20-64enni al 75% entro il 2020, come è indicato fra i principali obiettivi della nuova strategia europea per la crescita intelligente, sostenibile e inclusiva. Nel primo capitolo si analizzano i principali fattori che contribuiscono alla crescita dei *white jobs*, che risiedono principalmente nell'invecchiamento della popolazione e in un maggiore ingresso delle donne nel mercato del lavoro.

Nel secondo capitolo i *white jobs* sono esaminati a partire dalla loro definizione per settore economico con particolare attenzione al valore aggiunto che producono nel confronto con gli altri comparti.

Nel terzo capitolo i *white jobs* sono presi in considerazione come professioni analizzando le caratteristiche principali degli occupati.

Nel quarto capitolo sono descritti gli strumenti più efficaci utilizzati in Europa per sviluppare e valorizzare i servizi alla persona e alla famiglia e per promuovere l'emersione del lavoro nero, con particolare attenzione ai modelli di successo basati sul voucher universale.

L'analisi delle attività di assistenza tecnica di Italia Lavoro per lo sviluppo del welfare aziendale e per l'incremento della produttività è sviluppata nel capitolo quinto.

Nota metodologica: le definizioni dei *white jobs*

Non esiste una definizione univoca dei "*white jobs*" e cioè di coloro che lavorano nei servizi sanitari e sociali² e in quelli rivolti a favore del benessere delle persone e delle famiglie.

Secondo la Commissione europea "i servizi di assistenza domiciliare fanno parte dei *white jobs* insieme con i servizi sanitari e i servizi di assistenza residenziale, mentre i servizi di lavoro domestico sono al confine di questa categoria"³.

In questo lavoro i *white jobs* (WJ) sono considerati a partire dalla definizione più ampia che prende in considerazione i servizi sanitari e sociali, residenziali e non residenziali, e i servizi alle persone resi nelle abitazioni dei datori di lavoro da parte dei lavoratori domestici (*personal and household services* – PHS) che comprendono una vasta gamma di servizi rivolti a contribuire al benessere delle famiglie come la cura dei bambini (*child care* – CC), degli anziani non autosufficienti (*long term care* – LTC), delle persone disabili e altri servizi resi fuori dal domicilio del datore di lavoro.

La definizione delle attività che rientrano fra i *white jobs* è stata condizionata anche dalla disponibilità dei dati e dalla rilevanza numerica dei settori esclusi, come è precisato alla fine di questa nota metodologica.

Inoltre, i *white jobs* possono essere esaminati a partire da due diverse definizioni: la prima prende in considerazione i settori economici e la seconda le professioni. Due punti di vista che determinano due stime non coincidenti degli occupati, dal momento che nei settori economici sono comprese anche professioni, come quelle dei lavoratori addetti alle funzioni amministrative, che non sono presenti fra quelle sanitarie e sociali.

Per quanto riguarda i settori economici, in questo lavoro si prendono in considerazione solo gli *human health and social services* come definiti dai codici ATECO 2007⁴ riportati nella tabella successiva che comprendono i

¹ Cfr. European Commission, *Annual Growth Survey 2012*, COM(2011) 815 final, Brussels, 23.11.2011, p. 11.

² "The term white jobs can be used to refer to those who work in the health and social services sector", <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=370&langId=it&featuresId=112&furtherFeatures=yes>

³ European Commission, *Staff Working Document on exploiting the employment potential of the personal and household services*, SWD(2012) 95 final, Strasbourg, 18.4.2012, p. 2.

⁴ La classificazione ATECO 2007 costituisce la versione nazionale della nomenclatura europea, NACE Rev.2 (*Statistical classification of economic activities in the European Community*), pubblicata sull'*Official Journal* il 20 dicembre 2006 (Regolamento (CE) n.1893/2006 del PE e del Consiglio del 20/12/2006).

tre grandi settori dell'assistenza sanitaria, dei servizi di assistenza sociale residenziale e non residenziale, ma anche il cosiddetto welfare domiciliare dei servizi domestici svolti da colf, babysitter e badanti (*tavola A*).

Non sono compresi i servizi veterinari (ATECO 75), presenti in alcuni studi sull'argomento⁵, perché s'intende esaminare solo i servizi sanitari e sociali rivolti alle persone e alle famiglie. In ogni caso, il settore veterinario occupa, in Italia, meno di 20 mila persone, mentre i quattro settori presi in considerazione occupano circa 2,5 milioni di persone.

Non sono state prese in considerazione neanche le altre attività di servizio per la persona (ATECO 96), incluse in un recente studio sugli *household services*⁶, che comprendono le lavanderie, i parrucchieri e gli altri trattamenti estetici, i servizi di pompe funebri, i centri per il benessere e altre attività come sgombero delle cantine, tatuaggi e agenzie matrimoniali, perché sono troppo eterogenee e solo una quota del 13,5% degli occupati in questo settore può essere ricondotta ai *white jobs*. Infatti gli occupati complessivi nel settore delle altre attività di servizio per la persona nel 2012 sono 463 mila, mentre gli occupati delle professioni sanitarie, sociali e dei servizi alla persona che lavorano in questo comparto sono 62 mila (*vedi tavola 3.2*).

Tavola A – La definizione dei *white jobs* sulla base dei settori economici (ATECO 2007 – NACE Rev. 2)

Settori economici	ATECO 2007	Descrizione
Assistenza sanitaria	86	Servizi ospedalieri, studi medici e odontoiatrici, laboratori, fisioterapia, ambulanze, attività svolta da psicologi, ecc.
Servizi di assistenza sociale residenziale	87	Strutture di assistenza infermieristica residenziale, strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili, ecc.
Assistenza sociale non residenziale	88	Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili, servizi di asili nido, assistenza diurna per minori disabili, ecc.
Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico	97	Colf, babysitter, badanti, ecc.

La definizione dei *white jobs* per professione è indicata nella tabella successiva ed esclude i veterinari (CP2011: 2.3.1.4) per le stesse ragioni indicate precedentemente (*tavola B*)⁷.

Non sono stati presi in considerazione neanche i dirigenti della sanità e dei servizi sociali, gli imprenditori di aziende di sanità e gli psicologi⁸ perché nell'indagine campionaria sulle forze di lavoro dell'Istat (microdati) non sono disponibili le professioni classificate a cinque digit, fra le quali le tre precedenti. In ogni caso, sulla base della banca dati dell'INPS sui lavoratori dipendenti⁹, i dirigenti della sanità e dell'assistenza sociale sono, nel 2012, 5.802 unità, mentre gli psicologi che effettivamente praticano la professione sono circa 44 mila. La definizione di *white jobs* utilizzata in questo lavoro comprende, di conseguenza, sei classi professionali a tre digit dell'Istat (sul totale di 129) che fanno parte di quattro gruppi professionali con diversi livelli di qualificazione: alta (medici e tecnici della salute e dei servizi sociali), media (professioni qualificate nei servizi sanitari, sociali e personali) e bassa (personale addetto ai servizi domestici).

Come è stato già osservato, il numero dei lavoratori che svolgono le professioni indicate nella tabella (circa 2,1 milioni) è inferiore a quello calcolato attraverso i settori economici (circa 2,5 milioni) perché prende in considerazione solo le attività lavorative strettamente connesse all'erogazione di servizi sanitari, sociali, per-

⁵ Cfr. SEOR, TNO, ZSI, *Investing in the Future of Jobs and Skills, Scenarios, implications and options in anticipation of future skills and knowledge needs, Sector Report, Health and Social Services*, 2009. Nello studio commissionato dalla Commissione europea si fa riferimento ai settori Nace (Rev. 2) 75 (*Veterinary activities*), 86, 87, 88.

⁶ Per Annette Angermann e Werner Eichhorst i *personal and household service* sono identificati dai settori NACE 88, 96 e 97 (Cfr. *Who Cares for You at Home? Personal and Household Services in Europe*, IZA Policy Paper No. 71, 2013); per Nicolas Farvaque sono identificati solo dai settori NACE 88 e 97 (Cfr. *Developing personal and household services in the EU. A focus on housework activities*, Report for the DG Employment, Social Affairs and Inclusion. Orseu, 2013).

⁷ Su questo tema si veda: F. Bettio, A. M. Simonazzi, *Curiamo la disoccupazione con i lavori di cura*, www.ingenere.it, 24/2/2011; Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, *Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali*, Rapporto a cura del FORMEZ, Febbraio 2009; Leonardo da Vinci, MIUR, MLPS, *Green Job& White Job, Il contributo del programma Leonardo da Vinci allo sviluppo dei green e white jobs nei progetti multilaterali di trasferimento dell'innovazione*, 2010.

⁸ Dirigenti ed equiparati nella sanità (CP2011: 1.1.2.6.3). Imprenditori e responsabili di piccole aziende nei servizi di sanità e assistenza sociale (1.3.1.9.2). Psicologi clinici, dello sviluppo e del lavoro (2.5.3.3.1; 2.5.3.3.2; 2.5.3.3.3).

⁹ INPS, *Osservatorio statistico sui lavoratori dipendenti*, 2012.

sonali e domestici. Questa platea di *white jobs* è, inoltre, sottostimata, perché sono state escluse alcune professioni di cui non sono disponibili i dati.

Tavola B – La definizione dei *white jobs* sulla base delle professioni

Grandi gruppi professionali	CP2011	Professioni	Descrizione
Professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione	2.4.1	Medici	Medici generici, specialisti in terapie mediche e chirurgiche, laboratoristi e patologi clinici, dentisti, specialisti in diagnosi per immagine e radioterapia, anestesisti e rianimatori, ecc.
Professioni tecniche	3.2.1	Tecnici della salute	Infermieri, ostetrici, tecnici di laboratorio, di radiologia e della prevenzione, fisioterapisti, ortopedici, assistenti sanitari, odontotecnici, ottici, igienisti dentali, ecc.
	3.4.5	Tecnici dei servizi sociali	Assistenti sociali, mediatori culturali, tecnici del reinserimento, dell'integrazione sociale e dei servizi per l'impiego, addetti all'infanzia, esperti nell'assistenza agli anziani, ecc.
Professioni qualificate nelle attività commerciali e nei servizi	5.3.1	Professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali	Massaggiatore, massofisioterapista, puericultrice, operatore sociosanitario, ecc.
	5.4.4	Professioni qualificate nei servizi personali e assimilati	Badanti, addetti nei servizi per l'infanzia, per gli anziani e per le persone non autosufficienti, assistenti sociosanitari, accompagnatori di invalidi, animatori residenze per anziani, assistenti domiciliari, ecc.
Professioni non qualificate	8.2.2	Personale non qualificato addetto ai servizi domestici	Collaboratori domestici e professioni assimilate.

Se si analizzano gli occupati nei *white jobs* – calcolati sulla base dei quattro settori economici – segmentandoli per la professione che svolgono, emerge, come è atteso, che sono presenti professioni diverse da quelle sulle quali si basa la seconda definizione (impiegati, operai, psicologi, professori di scuola pre-primaria, dirigenti dei servizi sanitari, addetti alle attività di ristorazione, contabili, ecc.) pari al 23,7% del totale dei WJ (vedi tavola 2.13). Ma gli occupati che esercitano le sei professioni sulle quali si basa seconda definizione di WJ (medici, tecnici della salute e dei servizi sociali, professioni qualificate nei servizi sanitari, sociali e personali, personale non qualificato dei servizi domestici) sono in numero inferiore rispetto al loro totale (figura A e tavola C). Questo perché l'11,3% degli occupati nelle sei professioni della seconda definizione di *white jobs* lavora in comparti economici diversi da quelli scelti per la prima definizione (vedi tavola 3.2).

Figura A – Occupati per professione nelle due definizioni di *white jobs* – Anno 2012 (valori assoluti in migliaia)

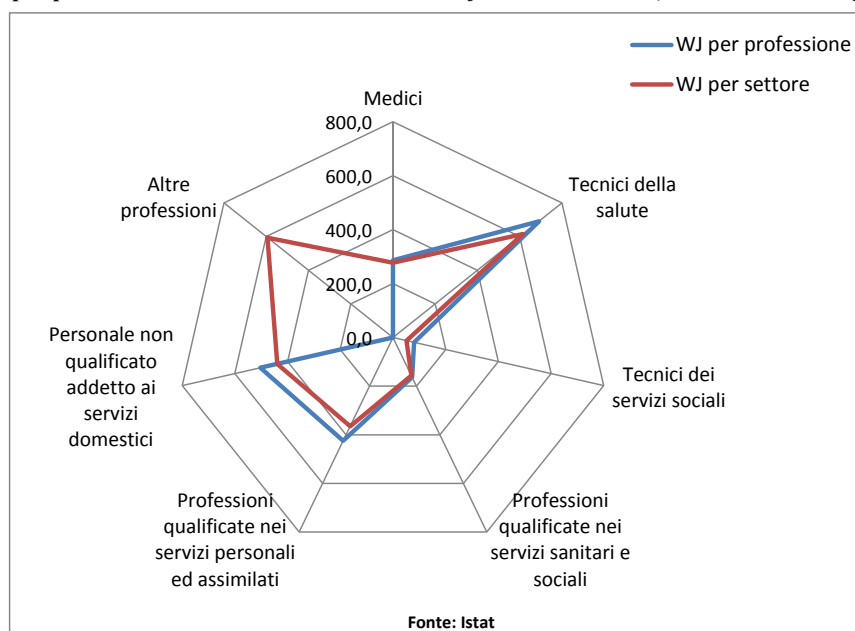


Tavola C – Occupati per professione nelle due definizioni di *white jobs* – Anno 2012 (valori assoluti in migliaia)

CP2011	Professioni	WJ per professione	WJ per settore
241	Medici	286,1	277,5
321	Tecnici della salute	691,2	615,2
345	Tecnici dei servizi sociali	80,4	51,3
531	Professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali	163,5	156,7
544	Professioni qualificate nei servizi personali ed assimilati	424,6	365,5
822	Personale non qualificato addetto ai servizi domestici	503,2	439,3
	Altre professioni (impiegati, operai, psicologi, professori di scuola pre-primaria, dirigenti dei servizi sanitari, addetti alle attività di ristorazione, contabili, ecc.)	0,0	593,4
	Totale	2.149,1	2.498,9

I dati pubblicati in questo lavoro sono stati estratti principalmente dalle seguenti banche dati: Eurostat online database, OECD.Stat, EU-Klems, I.Stat, osservatori statistici dell'INPS, censimento dell'industria e dei servizi e microdati dell'indagine sulle forze di lavoro dell'Istat (compresi longitudinali).

Nel primo capitolo sono stati utilizzati i dati pubblicati nel 2012 dall'*Ageing Report* della Commissione europea.

La disponibilità dei dati nelle due principali banche dati utilizzate in questo lavoro – Eurostat online e Indagine sulle forze di lavoro dell'Istat (microdati) – ha condizionato la definizione dei settori economici e delle professioni che sono stati presi in considerazione come *white jobs*, dal momento che le professioni sono disponibili fino al terzo livello di classificazione CP2001¹⁰ con tre cifre (129 classi professionali) e i settori economici fino al secondo livello di classificazione ATECO 2007 (NACE Rev. 2) con 2 cifre (88 settori economici).

Di conseguenza le due definizioni di *white jobs* adottate in questo lavoro prendono in considerazione solo i settori e le professioni al più basso livello di classificazione consentito dalle banche dati prima citate (due digit per i settori economici e 3 digit per le professioni) e, di conseguenza, sottostimano il numero di lavoratori impiegati nei WJ. Tale scelta, in qualche modo obbligata, non è priva di elementi di debolezza perché non prende in considerazione lavoratori che a pieno titolo operano nei *white jobs*, ma queste omissioni sono in parte superate dall'adozione di due diverse definizioni che complessivamente riescono a includere gran parte delle attività volte a garantire la salute e il benessere delle persone.

A partire dalla classificazione a quattro digit dei settori economici resa disponibile dall'Archivio Statistico delle Imprese Attive (ASIA) consultabile attraverso il *data warehouse* dell'Istat (I.Stat), è stato possibile analizzare nel maggiore dettaglio solo una parte dei *white jobs* – i servizi sanitari e sociali – e anche i settori industriali della sanità (*paragrafo 2.4*).

L'Eurostat ha fornito l'estrazione dall'*EU Labour Force Survey* degli occupati nei paesi dell'Unione europea per professione a tre digit (ISCO08) (*figura 3.1*).

¹⁰ A partire dal 2011 l'Istat ha adottato la nuova classificazione delle professioni CP2011, frutto di un lavoro di aggiornamento della precedente versione (CP2001) e di adattamento alle novità introdotte dalla *International Standard Classification of Occupations* – ISCO-08.

1. L'invecchiamento della popolazione e la crescita dell'occupazione femminile

La crescita dei *white jobs* è correlata principalmente all'invecchiamento della popolazione che genera una domanda crescente di servizi sanitari, sociali, personali e alla maggiore partecipazione delle donne al mercato del lavoro, che determina la necessità di acquistare nel mercato i servizi sostitutivi del lavoro domestico, di cura dell'infanzia e delle persone non autosufficienti svolto dai membri della famiglia.

Questi fenomeni, che interessano tutti i paesi industrializzati, sono più accentuati in Italia. Infatti le trasformazioni demografiche, negli ultimi anni, hanno determinato fenomeni di grande rilevanza per lo sviluppo sociale ed economico del nostro Paese, come la diminuzione delle nascite, l'innalzamento della vita media, l'aumento delle migrazioni e il forte invecchiamento della popolazione.

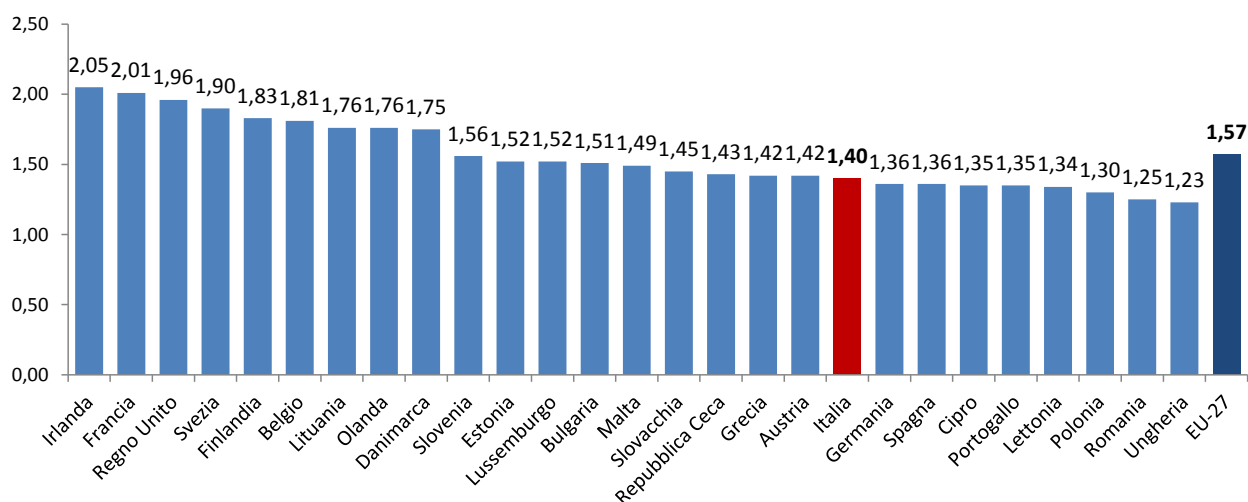
Tali trasformazioni, che negli ultimi anni si sono manifestate con una velocità sconosciuta nel passato e che nel futuro subiranno un'ulteriore accelerazione, hanno forti ricadute sul tessuto sociale, sullo sviluppo economico, sul mercato del lavoro, sulla salute dei cittadini, sulla tenuta del sistema di protezione e d'inclusione sociale e sulle stesse caratteristiche del sistema di welfare.

La prima causa dell'invecchiamento è la diminuzione del tasso di fecondità: nel 2011 il numero medio di figli per donna in Italia (circa 1,4) è inferiore alla soglia di rimpiazzo (2,1 figli per donna) e quindi non garantisce il ricambio generazionale (*figura 1.1*).

L'Italia ha tra i più bassi tassi di fecondità in Europa e si colloca al 19° posto rispetto ai 27 paesi dell'Unione europea, tuttavia solo in Irlanda e in Francia i tassi si collocano intorno alla soglia di rimpiazzo.

La modesta ripresa delle nascite che si è registrata nel nostro Paese dal 2002 al 2008 è stata determinata in gran parte dalle donne straniere che hanno un tasso di natalità di 2,3 figli, a fronte di 1,3 figli delle donne italiane. Ma la lenta riduzione anche del tasso di natalità delle donne immigrate determinerà una diminuzione del tasso complessivo. Inoltre, non è più il Mezzogiorno a sostenere la crescita demografica perché i tassi più alti di fecondità si registrano nelle regioni del Nord, anche per la maggiore presenza di stranieri.

Figura 1.1 – Tasso di fecondità totale nei paesi dell'Unione europea – Anno 2011 (numero medio di figli per donna)



Fonte: Eurostat

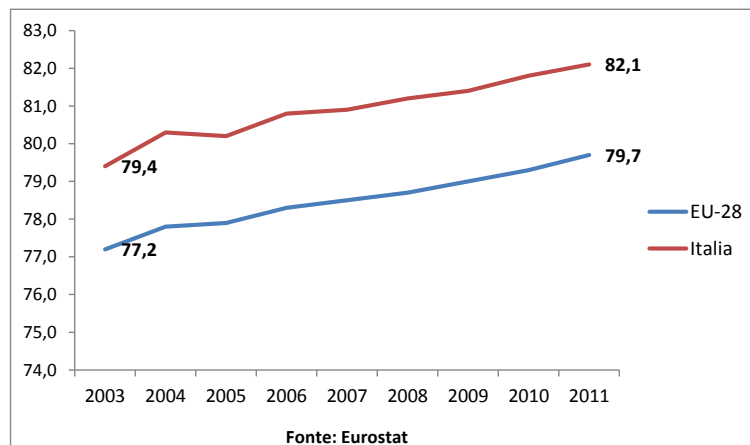
La popolazione italiana invecchia anche perché aumenta l'età media di vita: la speranza di vita alla nascita nel 2003 era di 79,4 anni in Italia e di 77,2 anni nella media dei paesi europei, mentre nel 2011 è aumentata di quasi tre anni portandosi rispettivamente a 82,1 e a 79,7 anni (*figura 1.2*).

Poco meno di trent'anni fa, nel 1980, la speranza di vita in Italia era per i maschi di 70,5 anni, per le donne di 77,2: è cresciuta di 8,1 anni per i primi e di 6,8 anni per le seconde.

Nel 2060 la speranza di vita alla nascita delle donne italiane aumenterà a 89,7 anni e quella degli uomini a 85,5, mentre la speranza di vita a 65 anni passerà dai 21,7 anni per le donne e 18,1 anni per gli uomini del 2010 a 26,1 anni per le donne e 22,8 anni per gli uomini del 2060¹¹.

¹¹ Cfr. European Commission, *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060)*, Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), 2012, p. 411.

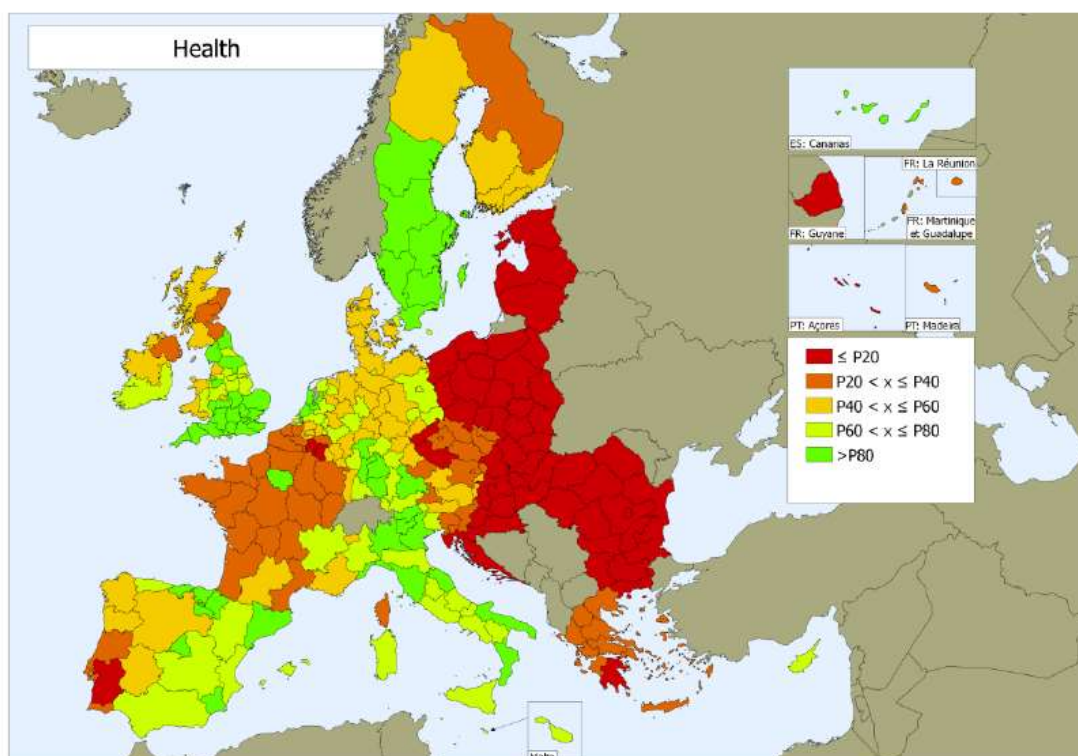
Figura 1.2 – Speranza di vita alla nascita in Italia e nella media dei paesi dell'Unione europea – Anni 2003-2011



L'elevato livello della speranza di vita alla nascita in Italia è conseguente – diversamente da quanto comunemente si pensi – anche al migliore stato di salute dei cittadini del nostro Paese nel confronto europeo.

Questa evidenza emerge dall'*EU Regional Competitiveness Index 2013* sviluppato dalla commissione europea che è costituito da undici pilastri di competitività regionale¹² fra i quali la salute che a sua volta prende in considerazione sei indicatori che misurano la durata media della vita e le principali cause di morte: speranza di vita alla nascita, numero d'incidenti stradali per abitante, mortalità infantile, mortalità per cancro, mortalità per malattie cardiache e suicidi. Mentre per tutti gli altri pilastri dell'indice di competitività le regioni italiane si collocano ai livelli più bassi, per quello relativo alla salute, come si può osservare nel cartogramma successivo, tutte le aree del nostro paese si posizionano ai livelli più alti. In nessun altro paese, come in Italia, tutte le regioni hanno uno score inferiore a 0,60 e otto regioni o province autonome si collocano fra le prime 50 più performanti dal punto di vista della stato di salute dei residenti: provincia di Trento (11), Liguria (14), Marche (23), Toscana (28), Lombardia (30), Provincia di Bolzano (40), Veneto (44) e Calabria (49).

Figura 1.2 – EU Regional Competitiveness Index: Health (score distribution)



¹² "The *EU Regional Competitiveness Index* is based on eleven pillars: institutions, macroeconomic stability, infrastructure, health, basic education, higher education and lifelong learning, labor market efficiency, market size, technological readiness, business sophistication, innovation".

Uno dei risultati più significativi della diminuzione del numero dei giovani in Europa, considerato assieme all'aumento della speranza di vita media, è l'invecchiamento costante della popolazione europea complessiva e l'aumento dell'indice di dipendenza degli anziani¹³.

Mentre l'indice di dipendenza dei giovani¹⁴ cambierà in maniera insignificante nella media dei paesi europei nel corso dei prossimi 50 anni, l'indice di dipendenza degli anziani potrebbe aumentare di quasi 27 punti percentuali. Questo significa che ogni persona in età lavorativa dovrà sostenere lo stesso numero di giovani, ma circa il doppio degli anziani (figura 1.3).

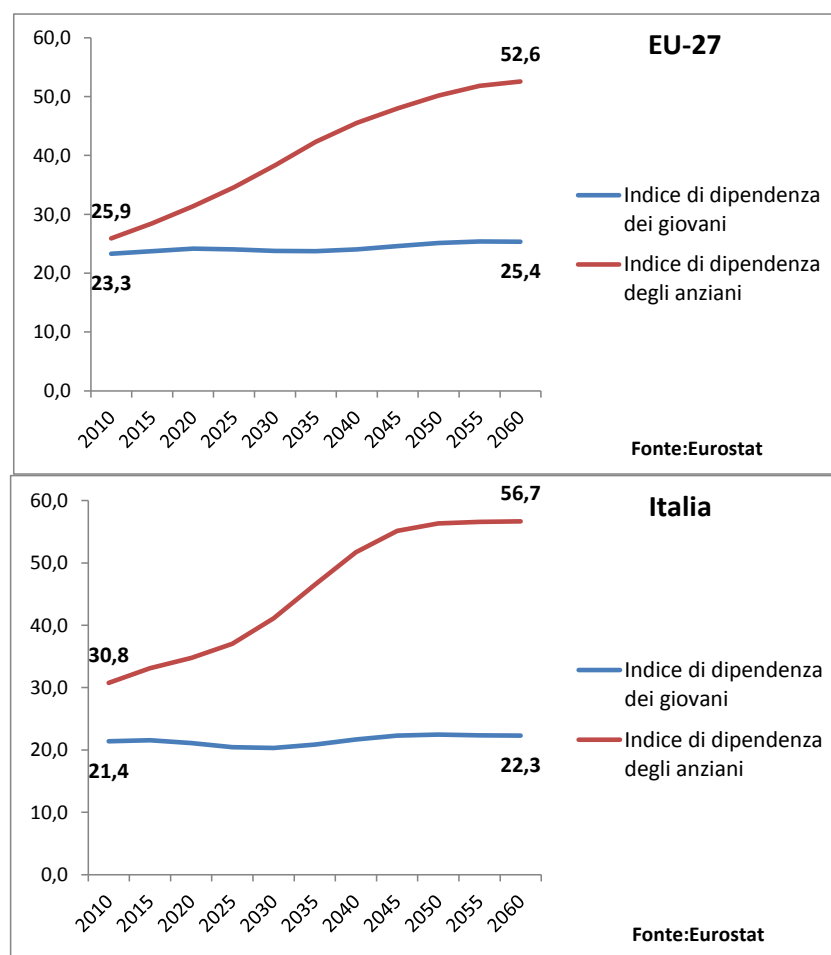
In Italia l'aumento nel corso dei prossimi 50 anni dell'indice di dipendenza dei giovani è pari a quasi un punto percentuale, mentre quello degli anziani di poco meno di 26 punti percentuali.

Nel 2060 nel nostro Paese ci saranno 58 persone non autonome per ragioni demografiche ogni 100 persone potenzialmente indipendenti perché in età lavorativa.

Occorre considerare che le persone di 65 anni e oltre non possono più essere considerate non autonome, dal momento che l'età pensionabile in Italia è aumentata fino a 70 anni.

Se l'indice di dipendenza degli anziani fosse calcolato come rapporto percentuale tra le persone con 70 anni e oltre e la popolazione tra 15 e 69 anni, assumerebbe un valore inferiore di oltre 15 punti pari al 41,2%. In questa ipotesi diminuirebbe anche di circa due punti il tasso di dipendenza dei giovani (19,8%).

Figura 1.3 – Indice di dipendenza degli anziani e dei giovani nella media dei paesi dell'Unione europea e in Italia – Anni 2010-2060 (valori percentuali)

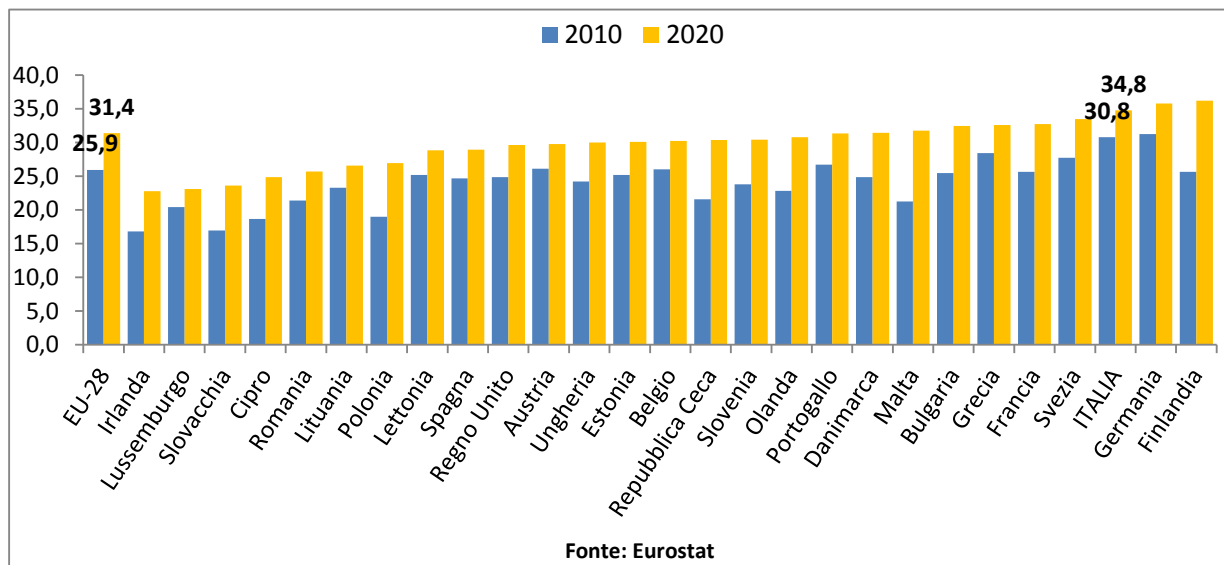


L'indice di dipendenza degli anziani in Italia nel 2020 (34,8%) sarà il più alto fra i paesi europei dopo quello della Finlandia e della Germania (figura 1.4).

¹³ L'indice di dipendenza strutturale degli anziani è calcolato come rapporto percentuali tra le persone con 65 anni e oltre e la popolazione in età lavorativa (15-64 anni).

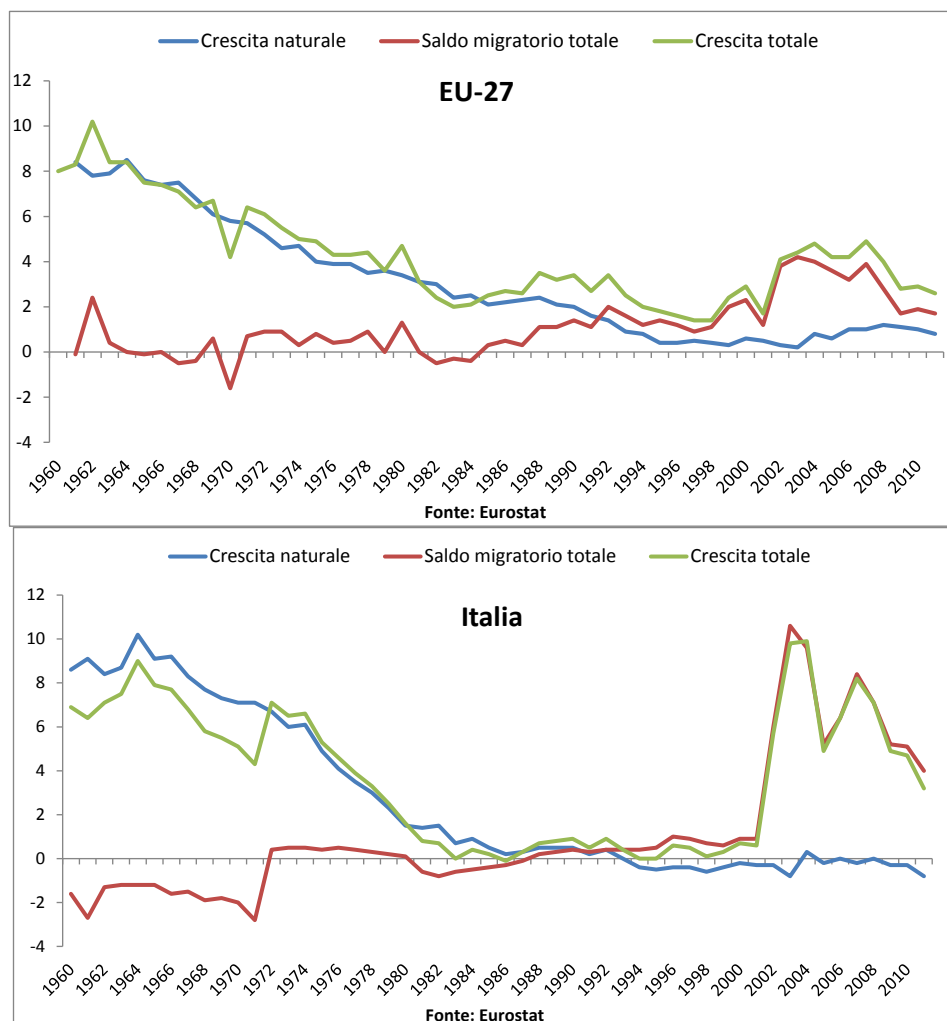
¹⁴ L'indice di dipendenza dei giovani è calcolato come rapporto percentuali tra le persone da 0 a 14 anni e la popolazione in età lavorativa (15-64 anni).

Figura 1.4 – Indice di dipendenza degli anziani nei paesi dell'Unione europea – Anni 2010-2020 (valori percentuali)



Il costante calo della popolazione giovanile dell'Unione europea nell'ultimo decennio è stato parzialmente compensato dalla crescita dei flussi migratori. I due grafici successivi mostrano che, nonostante le recessioni cicliche, la crescita dell'immigrazione da paesi terzi negli ultimi 30 anni ha compensato in modo significativo la costante diminuzione degli autoctoni dell'Unione e in particolare dell'Italia (figura 1.5).

Figura 1.5 – Bilanci demografici nell'Unione europea e in Italia – Anni 1960-2011 (per 1.000 residenti)



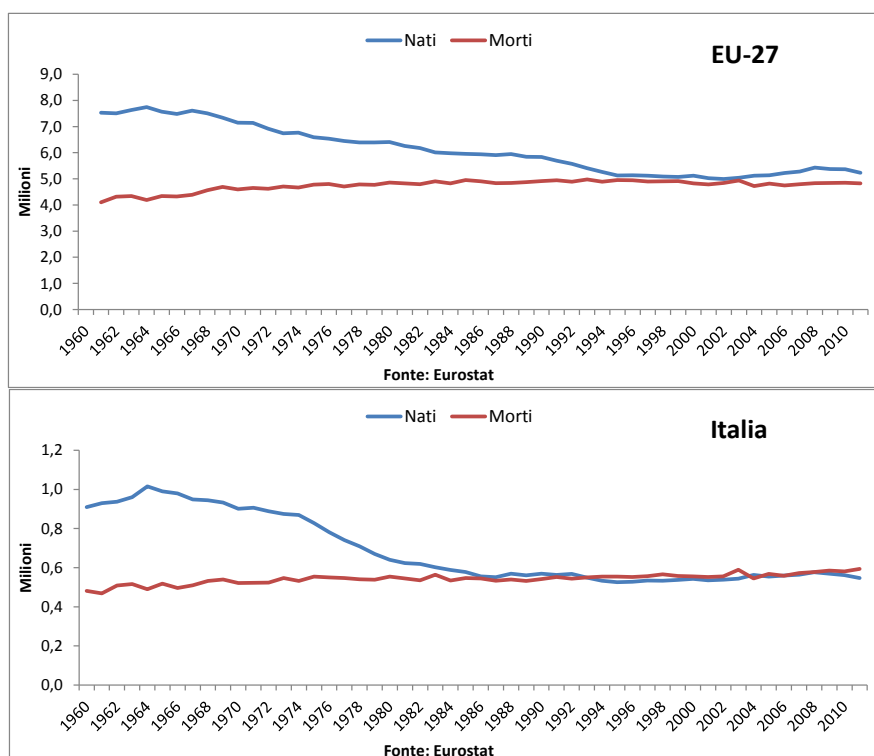
Il 1° gennaio 2012, la popolazione dell'Unione a 27 paesi¹⁵ era pari a 503,7 milioni di unità, quella dell'Italia a poco più di 59 milioni con un aumento rispetto al 1960 del complesso dei paesi europei pari al 24,8% (+100 milioni) e dell'Italia del 18,7% (+9 milioni).

Nel 2011 (ultimo anno per il quale sono disponibili i bilanci demografici per tutti i paesi europei), il saldo naturale (la differenza tra nati e morti¹⁶) ha fatto aumentare di 0,4 milioni (32%) la popolazione dell'Unione, mentre ha determinato la riduzione di 47 mila unità della popolazione Italiana. Il 68% della crescita della popolazione dei 27 paesi dell'Europa è stato determinato dal saldo migratorio totale (differenza fra immigrati ed emigrati¹⁷), che ha continuato a essere la principale determinante della crescita della popolazione, contribuendo con 0,9 milioni di unità alla crescita della popolazione europea. La crescita della popolazione italiana nel 2011 di 194 mila unità (nel 2010 era stata di 286 mila unità) è dovuta, invece, esclusivamente al contributo degli immigrati: è la risultante del saldo naturale negativo (-47 mila) e del saldo migratorio positivo pari a 241 mila unità.

Il contributo del saldo migratorio totale per l'aumento complessivo sia della popolazione dell'Unione, sia di quella dell'Italia è stato superiore a quello del saldo naturale a partire dal 1992. Ma da questa data in Italia il saldo tra vivi e morti si è sostanzialmente azzerato e tutto il contributo alla crescita della popolazione è stato determinato dall'aumento degli immigrati, con picchi in occasione delle regolarizzazioni.

Questo fenomeno risulta evidente osservando nel grafico successivo il divario tra nati e morti nell'Unione Europea e in Italia (figura 1.6). Questo divario si è ridotto notevolmente nel complesso dei paesi europei dal 1960 in poi, raggiungendo quasi la parità nel 2003, per aumentare lievemente negli anni successivi. Dal momento che si prevede che il numero di decessi aumenti man mano che la *baby-boom generation* andrà in pensione, e assumendo che il tasso di fertilità continui a rimanere a un livello relativamente basso, non può essere escluso in futuro che il saldo naturale diventi negativo (più morti che nascite). In questo caso, l'entità del declino o della crescita della popolazione europea dipenderà esclusivamente dal contributo dell'immigrazione. In Italia il fenomeno del saldo negativo tra nascite e decessi si manifesta già dal 2009 e mostra una tendenza alla progressiva crescita negli anni successivi

Figura 1.6 – Nati e morti nell'Unione europea e in Italia – Anni 1960-2011 (valori assoluti in milioni)



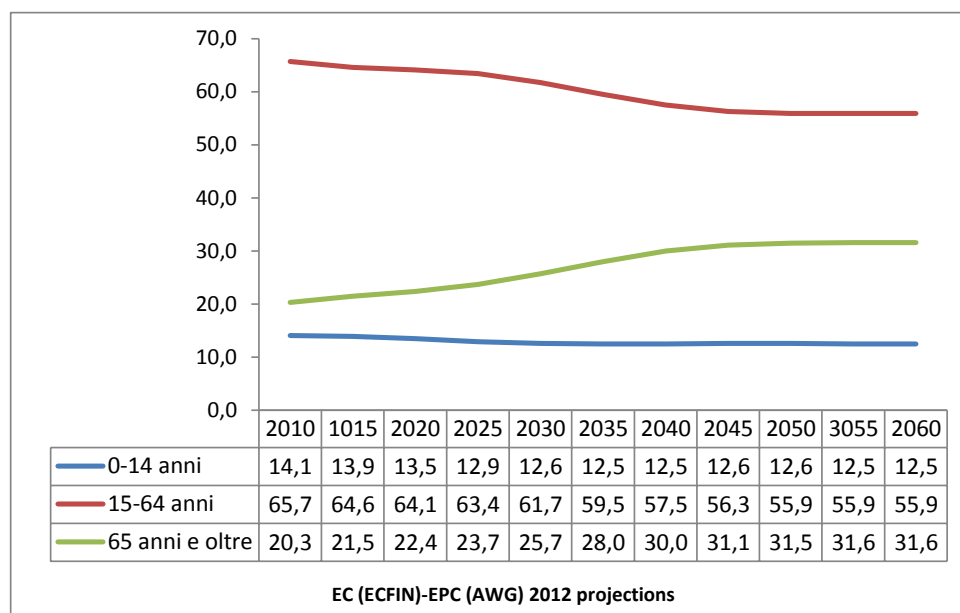
¹⁵ L'Eurostat riporta la serie storica dal 1960 del valore assoluto della popolazione complessiva degli attuali 27 Stati membri dell'Unione europea anche per gli anni in cui alcuni paesi non ne facevano ancora parte.

¹⁶ Saldo naturale: differenza tra il numero di iscritti per nascita e il numero di cancellati per decesso dai registri anagrafici dei residenti.

¹⁷ Saldo migratorio totale: differenza tra il numero degli iscritti ed il numero dei cancellati dai registri anagrafici per trasferimento di residenza.

Sulla base di queste dinamiche demografiche, dal 2010 al 2060 la percentuale dei bambini e ragazzi da 0 a 14 anni sull'intera popolazione diminuirà di quasi 2 punti percentuali passando dal 14,1% al 12,5%, la quota delle persone in età lavorativa (15-64 anni) subirà una flessione di quasi 10 punti passando dal 65,7% al 55,9% e di conseguenza la quota delle persone anziane (65 anni e oltre) aumenterà di oltre 11 punti passando dal 20,3% al 31,6% (figura 1.9).

Figura 1.9 – Proiezioni della popolazione italiana per classi d'età – Anni 2010-2060 (incidenza percentuale sul totale della popolazione – Totale = 100)



Una delle conseguenze dell'invecchiamento della popolazione sarà l'aumento della percentuale di persone non autosufficienti. Dal 2010 al 2060 la quota di popolazione italiana con limitazioni funzionali passerà dal 7,2% al 9,9%, con un aumento di quasi tre punti percentuali, in linea con la media europea (figura 1.7). In valori assoluti le persone non autosufficienti in Italia aumenteranno nello stesso periodo da 4,4 milioni a 6,4 milioni con un incremento percentuale del 47,7%, superiore a quello che si osserva nella media dei paesi europei (38,7%) (tavola 1.1).

Figura 1.7 – Persone di 11-87 anni con limitazioni funzionali in alcuni paesi europei – Proiezione 2010-2060 (incidenza percentuale sul totale della popolazione)

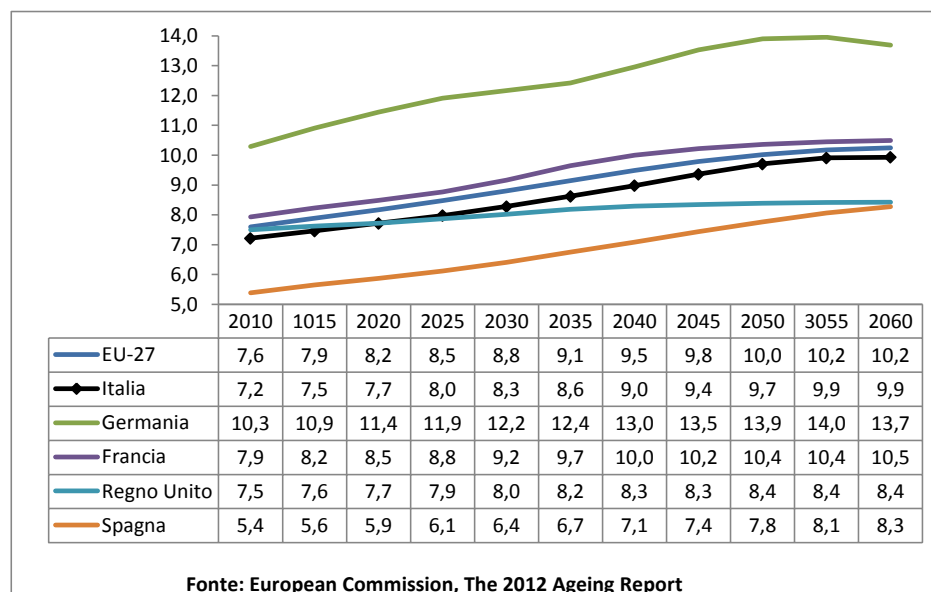


Tavola 1.1 – Persone di 11-87 anni con limitazioni funzionali in alcuni paesi europei – Proiezione 2010-2060 (valori assoluti in migliaia)

	2010	1015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	3055	2060	Var. % 2010-2060
EU-27	38.128	40.160	42.068	44.044	46.007	48.007	49.900	51.422	52.471	52.965	52.901	38,7
Italia	4.365	4.619	4.862	5.090	5.351	5.623	5.902	6.180	6.397	6.492	6.446	47,7
Germania	8.408	8.820	9.155	9.407	9.453	9.474	9.669	9.838	9.810	9.528	9.063	7,8
Francia	5.145	5.474	5.768	6.070	6.452	6.891	7.228	7.441	7.581	7.679	7.734	50,3
Regno Unito	4.663	4.911	5.136	5.393	5.643	5.893	6.102	6.267	6.417	6.546	6.657	42,8
Spagna	2.485	2.655	2.824	3.006	3.213	3.442	3.673	3.896	4.093	4.241	4.321	73,9

Fonte: European Commission, The 2012 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)

L'aumento delle persone non autosufficienti, soprattutto anziane, determinerà, fra l'altro, un aumento significativo della spesa per l'assistenza a lungo termine che, in Italia aumenterà nel periodo 2010-2060 dall'1,9% al 3% del PIL, con una variazione di oltre un punto percentuale (*tavola 1.2*). La spesa italiana per il *long term care* nel 2060 sarà allineata a quella della media europea e solo in Francia si prevedono costi nettamente superiori (4,3% del PIL) Più in generale la spesa per la sanità aumenterà in Italia nello stesso periodo in misura minore (dal 6,6% al 7,2% del PIL¹⁸).

Tavola 1.2 – Spesa per l'assistenza a lungo termine in alcuni paesi europei – Proiezione 2010-2060 (in percentuale del PIL)

	2010	1015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	3055	2060	Var. punti perc. 2010-2060
EU-27	1,8	2,0	2,1	2,2	2,4	2,6	2,8	3,0	3,2	3,3	3,4	1,6
Italia	1,9	2,0	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	2,7	2,8	2,9	3,0	1,1
Germania	1,4	1,6	1,7	1,9	2,0	2,2	2,4	2,6	2,9	3,0	3,0	1,6
Francia	2,2	2,4	2,5	2,6	2,8	3,3	3,6	3,8	4,0	4,2	4,3	2,1
Regno Unito	2,0	2,1	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	2,5	2,6	2,6	2,7	0,7
Spagna	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,6	0,8

Fonte: European Commission, The 2012 Ageing Report, Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)

1.1 Le proiezioni della popolazione italiana in età lavorativa

Occorre osservare che il saldo migratorio positivo riesce ancora a contenere la riduzione della popolazione in età lavorativa, ma con effetti sbilanciati tra Centro-Nord e le regioni del Mezzogiorno nelle quali si accentueranno i fenomeni d'invecchiamento della popolazione e di riduzione delle persone potenzialmente attive.

Secondo le previsioni demografiche dell'Istat, il crollo della popolazione italiana in età lavorativa, determinato dalla costante diminuzione del tasso di fecondità da molti anni inferiore alla soglia di rimpiazzo, sarà compensato solo nelle regioni più sviluppate del paese (Centro-Nord) dalla rapida crescita della componente straniera e dai flussi di migrazione interna dal Sud al Nord¹⁹, mentre nelle regioni meridionali gli stranieri aumenteranno in misura minore e non riusciranno a compensare la diminuzione della popolazione italiana (*figura 1.8*).

In Italia gli stranieri compenseranno solo fino al 2020 la flessione della popolazione italiana in età lavorativa. Dal 2011 al 2065 i residenti diminuiranno di 6,3 milioni di persone.

Nel Nord gli stranieri compenseranno quasi completamente la flessione della popolazione italiana in età lavorativa e nello stesso intervallo temporale i residenti diminuiranno di 600 mila persone.

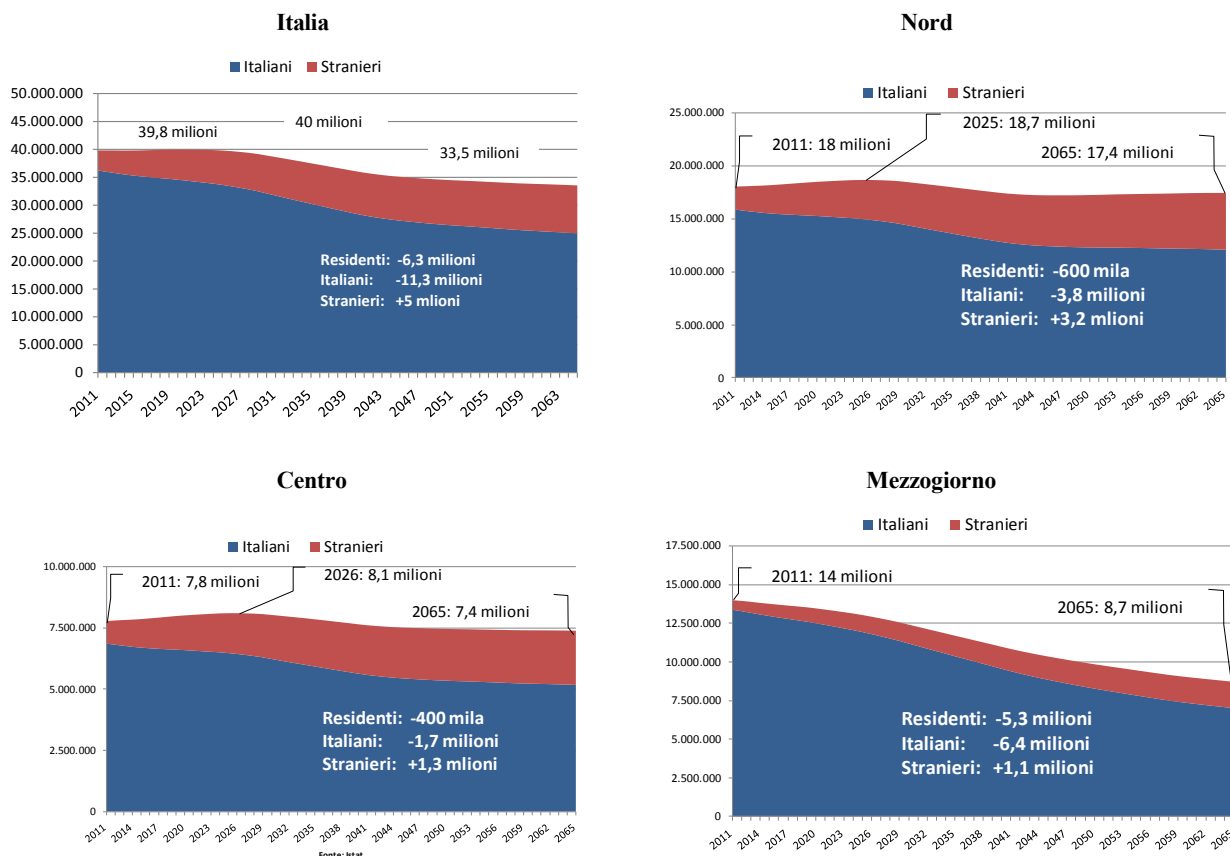
Anche nel Centro la componente straniera compenserà quasi completamente la flessione della popolazione italiana: dal 2011 al 2065 i residenti diminuiranno solo di 400 mila persone.

¹⁸ Per l'OCSE, l'assistenza a lungo termine (*long term care*) rappresenta "una politica trasversale che raggruppa una gamma di servizi per persone che dipendono da un aiuto nelle attività di base della vita quotidiana per un lungo periodo di tempo". L'assistenza a lungo termine può comprendere la riabilitazione, le cure mediche di base, l'assistenza infermieristica a domicilio, l'assistenza sociale, l'alloggio e servizi come il trasporto, i pasti, l'assistenza occupazionale e l'aiuto nelle attività quotidiane.

¹⁹ I trasferimenti tra le regioni del Mezzogiorno e le regioni del Centro-Nord ammontano, nel 2011, a 173 mila, pari al 53% dei trasferimenti interregionali. Fonte: Istat, *Migrazioni internazionali e interne della popolazione residente*, 2012.

Viceversa, nel Mezzogiorno gli stranieri non riusciranno a compensare la flessione della popolazione italiana in età lavorativa determinando così, nel corso dei prossimi 55 anni, una riduzione della popolazione residente pari a 5,3 milioni.

Figure 1.8 : Previsioni della popolazione in età lavorativa (15-64 anni) per cittadinanza e ripartizione – Anni 2011 – 2065 (valori assoluti)



Fonte: Elaborazioni di Italia Lavoro su dati Istat (*Demo – Previsioni regionali della popolazione residente 2011-2065*)

Occorre osservare che le proiezioni della popolazione nei prossimi 55 anni sono sostanzialmente basate sulla stima di quattro principali indicatori: il tasso di fecondità, la speranza di vita alla nascita degli uomini e delle donne e il saldo migratorio. Il primo indicatore – il numero di figli per donna in età fertile – non può ragionevolmente subire modifiche significative e seguirà l'andamento del passato (l'Istat stima che si passerà in 55 anni da 1,43 a 1,61 figli per donna). Anche la speranza di vita di uomini e donne seguirà con molta probabilità l'andamento del passato (l'Istat stima che si passerà in 55 anni da 79,5 anni a 86,6 anni per gli uomini e da 84,6 anni a 91,5 anni per le donne).

L'unico indicatore sul quale vi possono essere incertezze è il saldo migratorio dal momento che i flussi in entrare e in uscita degli immigrati e degli italiani possono variare, anche in modo significativo, in relazione al ciclo economico e cioè in conseguenza della crescita o della riduzione della domanda da parte delle imprese e delle famiglie. L'Istat stima che il saldo migratorio totale diminuirà da 325 mila a 176 mila unità.

Ma occorre considerare che la domanda da parte delle famiglie di colf e soprattutto di badanti non solo è anelastica nei confronti dei cicli economici, ma aumenta con l'invecchiamento della popolazione e la crescita dell'occupazione femminile. Anche la domanda da parte delle imprese di lavoratori extracomunitari nel settore del commercio e dell'agricoltura, pur in periodo di crisi, aumenta e le sole flessioni si osservano nel settore delle costruzioni.

Le proiezioni della popolazione dell'Istat devono essere sicuramente trattate con cautela soprattutto quanto più ci si allontana dall'anno di partenza, ma sono molto robuste nell'indicare la probabilità che si verifichino variazioni demografiche di rilievo e l'errore si mantiene all'interno della forchetta potenziale costituita dai

valori dello scenario alto e dello scenario basso²⁰ che hanno il compito di disegnare il campo dell'incertezza futura (i dati utilizzati in questo lavoro riportano i valori dello scenario centrale che è considerato il più probabile).

La valutazione sulle conseguenze economiche di questo probabile shock demografico che colpirà soprattutto il Mezzogiorno è complessa perché le stime non sono in grado di cogliere integralmente le possibili interazioni fra evoluzione demografica e le singole componenti della crescita, ma certamente le ripercussioni di queste dinamiche, probabilmente irreversibili, sulla crescita economica, sulla composizione del sistema produttivo, sulla sostenibilità del welfare, sul mercato del lavoro e sulla struttura sociale delle singole regioni meridionali non potranno che essere pesantemente negative.

Occorre interrogarsi, inoltre, su un fenomeno collaterale: in quale misura i flussi migratori e il pendolarismo di lunga distanza dal Sud al Nord del paese determineranno l'abbassamento della qualità del lavoro nel Mezzogiorno, l'aumento del costo del lavoro e la riduzione ulteriore della produttività.

Ancora, bisogna valutare quali conseguenze avrà il progressivo invecchiamento della popolazione meridionale, l'aumento del numero di anziani bisognosi di cure e la riduzione della base imponibile sulla divisione sociale del lavoro fra uomini e donne, sulla conciliazione tra lavoro e cura della famiglia, sui rapporti intergenerazionali, sulle pari opportunità, sul sistema assistenziale pubblico e in generale sulla coesione sociale.

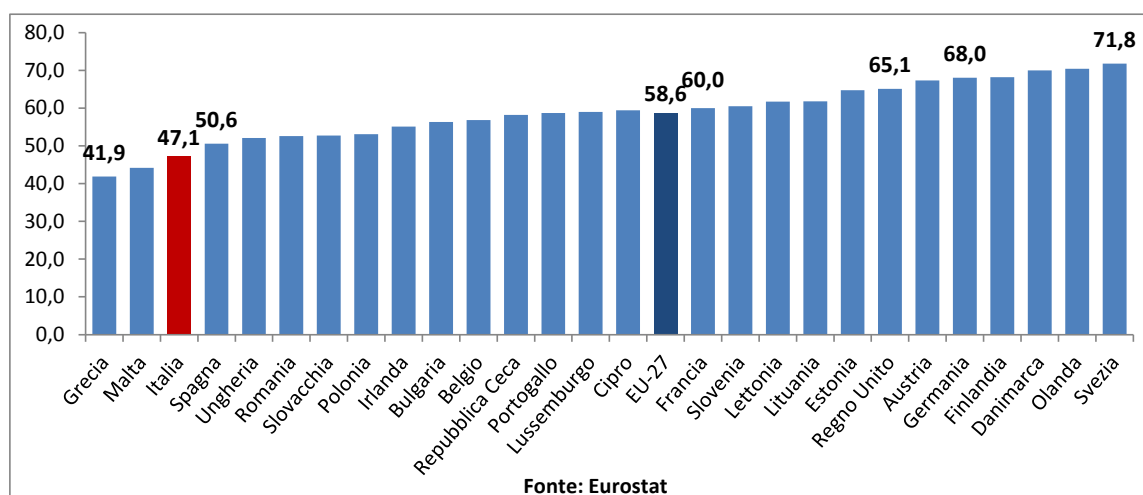
1.2 La crescita dell'occupazione femminile

Un altro fattore che causa l'aumento dei *white jobs* è rappresentato dalla crescita dell'occupazione femminile che determina l'espansione della domanda di servizi di conciliazione fra lavoro e vita privata e più in generale dei servizi sostitutivi del lavoro domestico e di cura per l'infanzia e per le persone non autosufficienti acquistati nel mercato.

Nell'Unione europea le donne occupate sono aumentate negli ultimi 12 anni di quasi 11 milioni di unità mentre gli uomini solo di 1,6 milioni. Anche in Italia la crescita del numero delle donne occupate nello stesso periodo (2000-2012) è stato di 1,7 milioni a fronte di una crescita degli occupati maschi di poco più di 100 mila²¹.

Anche se in Italia il tasso di occupazione femminile nel 2012 (47,1%) si colloca ai livelli più bassi dei paesi europei ed è inferiore di quasi 12 punti percentuali a quello della media europea (58,6%) (figura 1.10), la crescita del tasso di occupazione femminile dal 2000 al 2012 è fra i più alti d'Europa (19,8%) a fronte della media europea del 9,3% (figura 1.9). Ovviamente le variazioni più alte del tasso di occupazione femminile si osservano fra i paesi con i più bassi tassi di occupazione femminile (Malta, Spagna, Italia e Bulgaria), ma nel nostro paese hanno determinato i più alti aumenti della domanda di servizi alla persona e alla famiglia, sia per i lavori domestici sia per la cura dell'infanzia e delle persone non autosufficienti, come si osserva nei capitoli successivi.

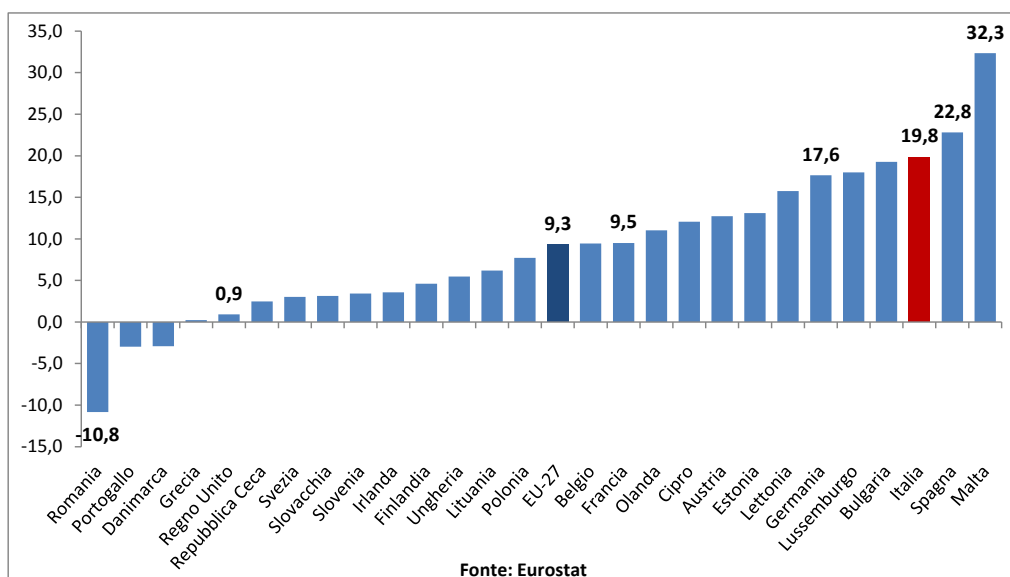
Figura 1.9 – Tasso di occupazione femminile (15-64 anni) nei paesi dell'Unione europea – Anno 2012 (valori percentuali)



²⁰ Nello scenario alto si prevedono andamenti della fecondità, della sopravvivenza e dei flussi migratori (interni e con l'estero) più sostenuti, mentre vale l'opposto nello scenario basso.

²¹ Fonte: Eurostat.

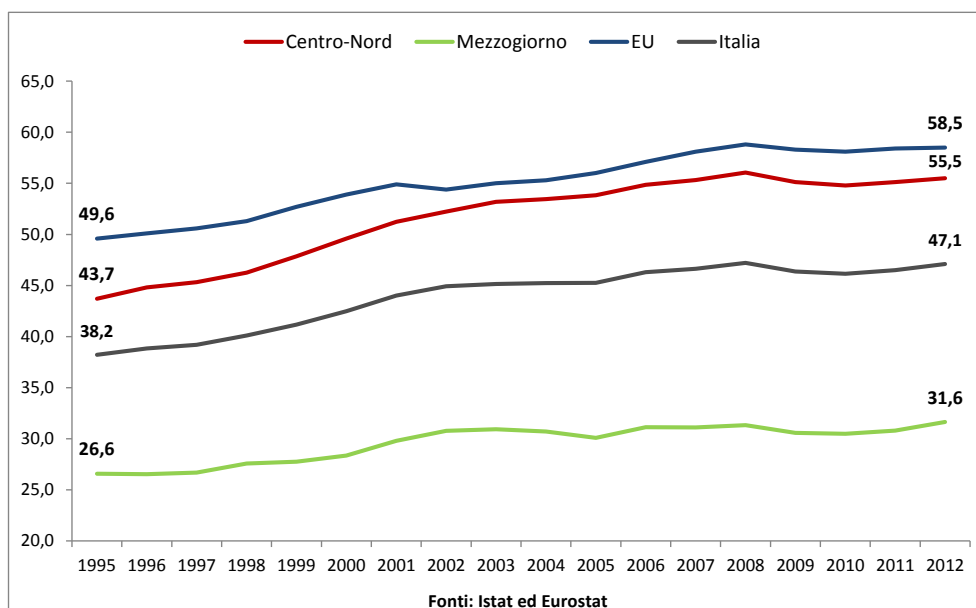
Figura 1.10 – Variazione del tasso di occupazione femminile (15-64 anni) nei paesi dell'Unione europea – Anni 2000-2012 (valori percentuali)



Occorre osservare che nel corso degli ultimi quindici anni la quota di donne occupate in Italia è aumentata di oltre 11 punti percentuali nelle regioni del Centro-Nord, mentre nelle regioni meridionali è cresciuta solo di quattro punti. La crescita del Mezzogiorno è stata significativa tra la fine degli anni '90 e l'inizio dei 2000, ma ha esaurito la sua forza propulsiva nel 2003. Da allora, la percentuale di donne meridionali che lavorano si è attestata stabilmente intorno al 31% fino al 2011, senza subire significative variazioni nel periodo di crisi (*figura 1.11*). Viceversa, nelle regioni centro settentrionali la fase di stallo dell'occupazione femminile si è manifestata, solo nel 2009, con un lieve ritardo rispetto all'inizio del ciclo recessivo, e con una flessione di un punto percentuale che non viene recuperata negli anni successivi. Pertanto, nello stesso periodo il divario del tasso di occupazione femminile tra il Sud e il resto del paese si è ampliato costantemente in conseguenza di una dinamica occupazionale più sostenuta nel Centro-Nord. Il divario Nord/Sud nel tasso di occupazione femminile si approfondisce negli anni e si concretizza in una differenza che passa dai 17 punti percentuali del 1995 ai 24 punti del 2011 (nonostante il modesto miglioramento tendenziale di tre decimi di punto che si osserva nel 2011, ma che non è confermato nel primo trimestre del 2012).

Il grafico mostra chiaramente come il divario tra il tasso di occupazione femminile del Centro-Nord e la media europea si riduca progressivamente nel corso degli ultimi quindici anni (da quasi sei punti percentuali a poco più di tre), mentre quello tra Mezzogiorno ed Europa aumenta da 23 a quasi 28 punti percentuali.

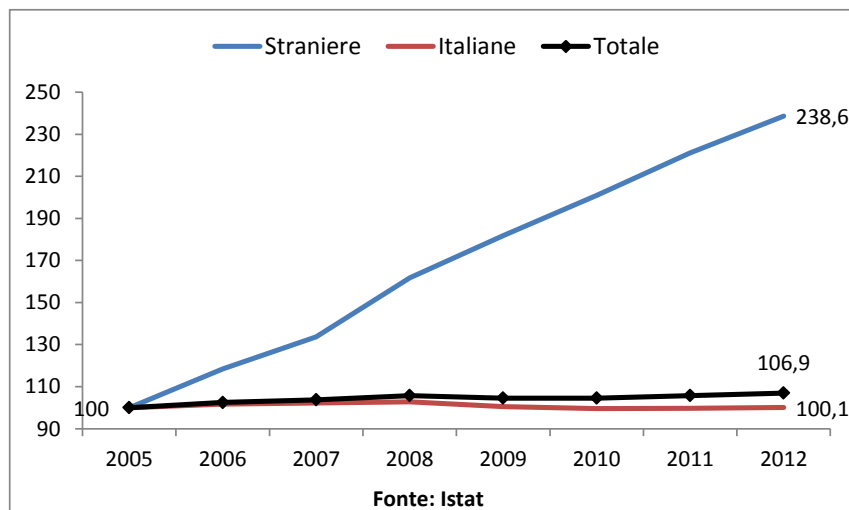
Figura 1.11 – Tasso di occupazione femminile (15-64 anni) nella media EU e nelle ripartizioni italiane – Anni 1995-2012 (valori percentuali)



Dal grafico successivo si può osservare che la crescita complessiva delle donne occupate, dal 2005 al 2012, di 608 mila unità (+6,9%), è stata determinata quasi per intero dalle donne straniere, che aumentano di 598 mila unità (+138,6%), mentre le italiane aumentano solo di 10 mila unità (+0,1%) (*figura 1.12*).

Occorre prendere atto che gli occupati immigrati sono diventati una componente strutturale e più dinamica delle forze di lavoro italiane, in particolare per quanto riguarda le lavoratrici.

Figura 1.12 – Donne occupate (15-64 anni) per cittadinanza in Italia – Anni 2005-2012 (numeri indice; 2005 = 100)



2. I *white jobs* per settore economico

In questo capitolo si analizzano i *white jobs* sulla base della definizione per settore economico (*vedi nota metodologica*) che comprende i quattro comparti dell'assistenza sanitaria, dei servizi di assistenza sociale residenziale, dell'assistenza sociale non residenziale e delle attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico (ATECO 86, 87, 88 e 97)

2.1 Gli occupati in Europa

Sono oltre 25 milioni gli occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona nei 27 paesi dell'Unione europea e di questi 2,5 milioni risiedono in Italia (*figura 2.1 e tavola 2.1*).

In 12 anni il numero degli occupati nei *white jobs* è aumentato del 39,9% nella media dei paesi europei e del 69,6% in Italia. Solo in Spagna e nel Regno Unito si osserva una flessione dei WJ nel 2012.

Ma vi sono molti margini di crescita ulteriore dei *white jobs* nel nostro Paese perché gli occupati in questo comparto rappresentano nel 2012 il 10,9% del totale di tutti i settori (7% nel 2000), mentre nella media europea sono pari all'11,8% (9% nel 2000) e in Francia al 15,8%.

Figura 2.1 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) in alcuni paesi europei – Anni 2000-2012 (numeri indice; 2000 = 100)

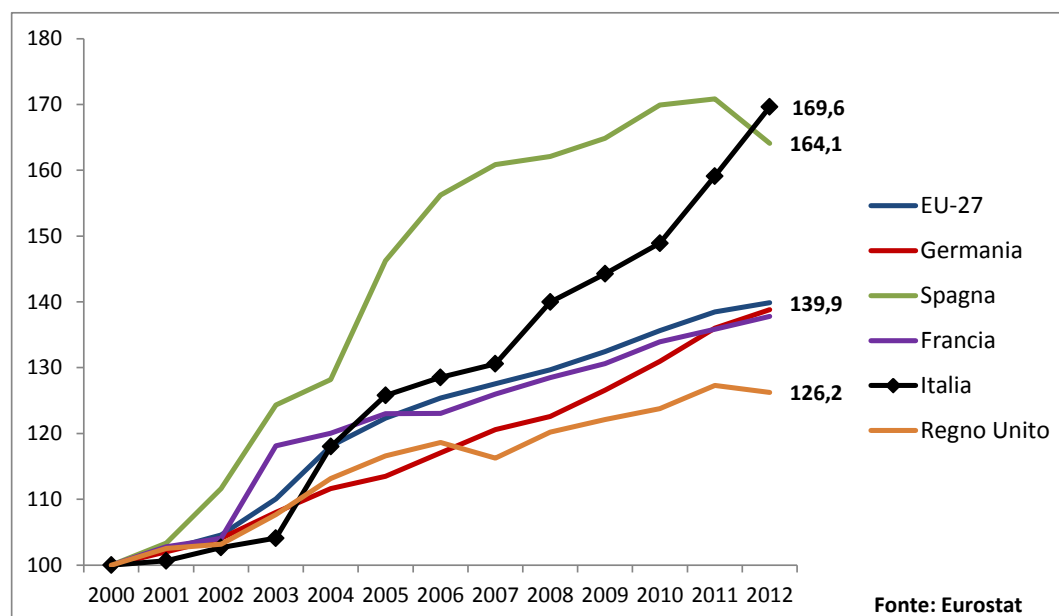


Tavola 2.1 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) in alcuni paesi europei – Anni 2000 e 2012 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

	Valori assoluti in migliaia		Variazione % 2000/2012	% totale occupati		Variazione in punti percentuali 2000/2012
	2000	2012		2000	2012	
EU-27	18.219	25.482	39,9	9,0	11,8	2,8
Germania	3.735	5.185	38,8	10,3	12,9	2,7
Spagna	1.243	2.039	64,1	8,0	11,8	3,7
Francia	2.958	4.075	37,8	12,8	15,8	3,0
Italia	1.473	2.499	69,6	7,0	10,9	3,9
Regno Unito	3.113	3.930	26,2	11,4	13,4	1,9

Fonte: Eurostat

La variazione degli occupati è molto diversificata in relazione al settore economico: nella media europea il numero degli addetti ai servizi sanitari è aumentato dal 2000 al 2012 del 38,7%, mentre la crescita nel settore

delle attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico è stata più sostenuta (51,2%) (figura 2.2 e tavola 2.2).

Anche in Germania il settore dei servizi alla persona e alla famiglia cresce maggiormente di quello sanitario e sociale, mentre in Spagna, Francia e Regno Unito si osserva un maggior aumento degli occupati nel settore dei servizi sociali e sanitari (nel Regno Unito il settore del personale domestico subisce un crollo del 38,3%).

Figura 2.2 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) in alcuni paesi europei – Anni 2000-2012 (numeri indice; 2000 = 100)

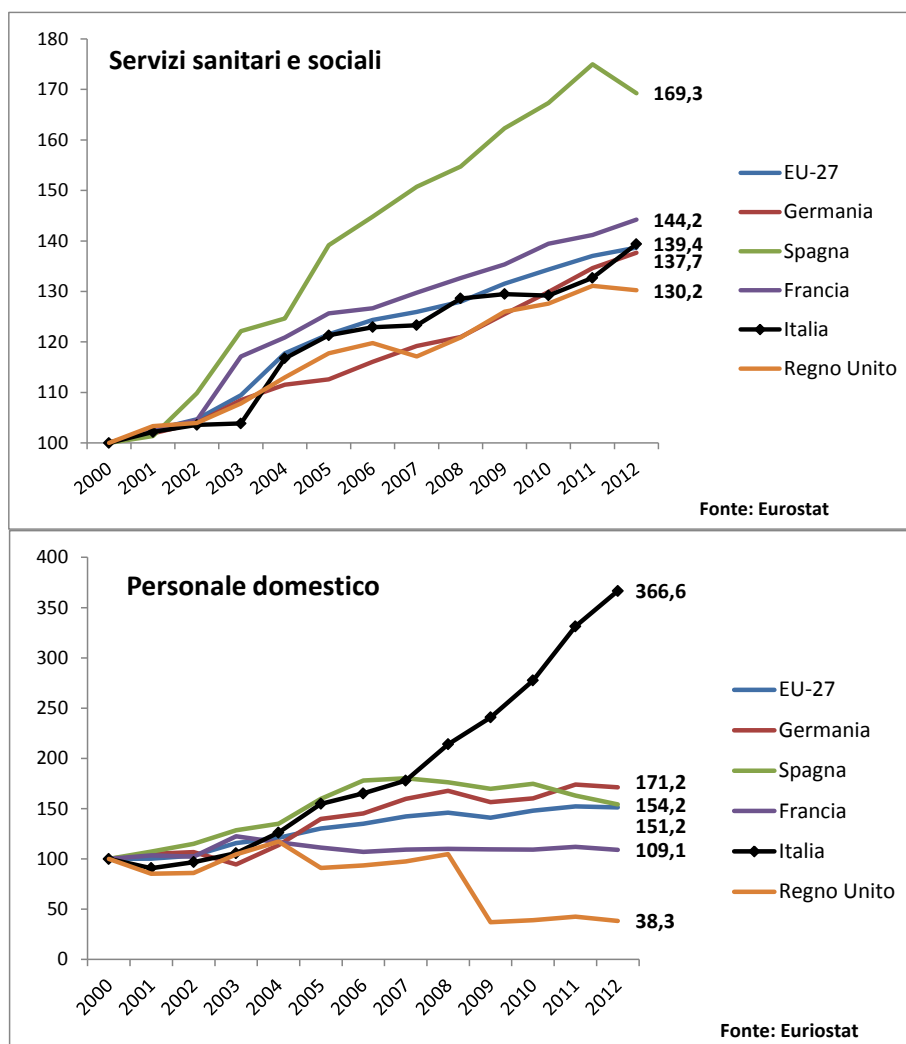


Tavola 2.2 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) in alcuni paesi europei per settore – Anni 2000 e 2012 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

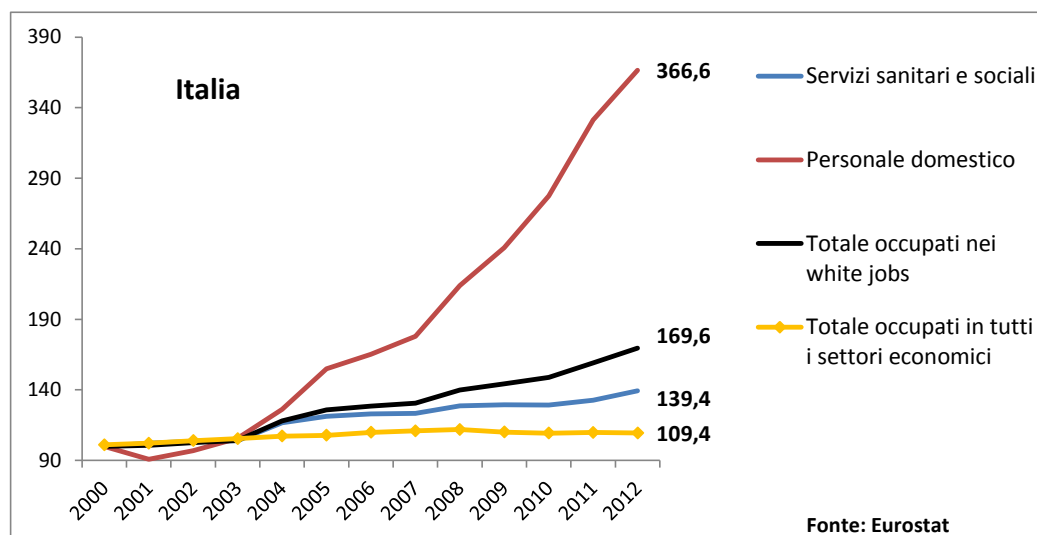
	Servizi sanitari e sociali			Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico			Totale		
	2000	2012	Variazione % 2000/2012	2000	2012	Variazione % 2000/2012	2000	2012	Variazione % 2000/2012
EU-27	16.493	22.872	38,7	1.726	2.610	51,2	18.219	25.482	39,9
Germania	3.606	4.965	37,7	129	221	71,2	3.735	5.185	38,8
Spagna	815	1.380	69,3	427	659	54,2	1.243	2.039	64,1
Francia	2.414	3.482	44,2	543	593	9,1	2.958	4.075	37,8
Italia	1.277	1.780	39,4	196	719	266,6	1.473	2.499	69,6
Regno Unito	2.979	3.879	30,2	135	52	-61,7	3.113	3.930	26,2

Fonte: Eurostat

In Italia l'aumento del numero degli occupati dal 2000 al 2012 nel settore dei servizi sanitari e sociali è pari al 39,4% (da 1,3 milioni a 1,8 milioni di unità), mentre nei servizi alla persona e alla famiglia si registra la triplicazione degli addetti (da 200 mila a 700 mila unità), con una variazione del 266,6% (figura 2.3).

Nello stesso periodo il numero degli occupati complessivi in tutte le attività economiche aumenta solo del 9,4% e, inoltre, subisce una flessione dal 2008 al 2012 del 2,2%, pari a una riduzione di oltre 500 mila unità.

Figura 2.3 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) in Italia per settore economico – Anni 2000-2012 (numeri indice; 2000 = 100)



Solo per il periodo 2008-2012, è possibile segmentare ulteriormente i settori economici fino alla classificazione ATECO a 2 digit (tavola 2.3).

L'aumento del numero degli occupati nel settore dell'assistenza sanitaria in Italia (7,6%) è superiore di quasi tre punti percentuali a quello della media dei paesi dell'Unione (5%) e solo nel Regno Unito si registra una flessione (-1,3%).

Viceversa, la crescita degli occupati nel settore dei servizi di assistenza sociale residenziale in Italia (7,6%) è inferiore di oltre 11 punti a quella della media europea (19,1%) e nel Regno Unito si osserva quasi il raddoppio degli addetti (79,5%). In Italia prevale, come si osserverà successivamente, un modello di welfare basato in misura maggiore sui servizi sociali non residenziali, ma in prevalenza sul personale che presta la sua opera direttamente presso le famiglie.

Infatti, nel settore dell'assistenza sociale non residenziale l'aumento degli occupati in Italia (14%) è superiore di oltre cinque punti a quello della media dei paesi europei (8,6%), ma la crescita maggiore si osserva in Spagna (41,6%).

Inoltre, l'Italia è il paese nel quale si registra la più elevata crescita degli occupati nel settore del personale domestico (71,3%), che è superiore di 68 punti rispetto alla media europea (3,6%). Si registra una flessione degli occupati in questo settore solo nel Regno Unito (-63,4%) e in Spagna (-12,5%).

Considerati complessivamente i quattro settori nel periodo 2008-2012, il maggior aumento degli occupati si rileva in Italia (21,2%), a fronte di una media europea del 7,9% e di un valore intermedio in Germania (13,2%).

Tavola 2.3 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) in alcuni paesi europei per settore – Anni 2008 e 2012 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

		2008	2009	2010	2011	2012	Var. % 2008-2012
Assistenza sanitaria (ATECO 2007: 86)	EU-27	12.666	12.868	13.023	13.214	13.301	5,0
	Germania	2.668	2.728	2.792	2.855	2.920	9,4
	Spagna	891	915	902	944	918	2,9
	Francia	1.716	1.804	1.765	1.769	1.794	4,6
	Italia	1.211	1.223	1.207	1.269	1.303	7,6
	Regno Unito	2.127	2.035	2.078	2.100	2.100	-1,3

		2008	2009	2010	2011	2012	Var. % 2008-2012
Servizi di assistenza sociale residenziale (ATECO 2007: 87)	EU-27	3.874	4.191	4.302	4.519	4.612	19,1
	Germania	929	996	1.023	1.110	1.137	22,3
	Spagna	215	235	252	264	243	12,9
	Francia	516	485	570	608	607	17,6
	Italia	234	243	239	223	251	7,6
	Regno Unito	452	747	738	801	812	79,5
Assistenza sociale non residenziale (ATECO 2007: 88)	EU-27	4.566	4.635	4.828	4.871	4.959	8,6
	Germania	766	803	871	891	908	18,6
	Spagna	155	173	211	218	220	41,6
	Francia	970	980	1.031	1.032	1.081	11,4
	Italia	198	187	205	203	226	14,0
	Regno Unito	1.022	970	985	1.005	967	-5,4
Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico (ATECO 2007: 97)	EU-27	2.518	2.432	2.554	2.628	2.610	3,6
	Germania	216	202	207	225	221	2,1
	Spagna	753	725	747	696	659	-12,5
	Francia	598	595	594	609	593	-0,9
	Italia	419	472	544	649	719	71,3
	Regno Unito	141	50	52	57	52	-63,4
Totale	EU-27	23.624	24.126	24.707	25.232	25.482	7,9
	Germania	4.580	4.729	4.892	5.080	5.185	13,2
	Spagna	2.014	2.049	2.111	2.123	2.039	1,2
	Francia	3.801	3.863	3.961	4.018	4.075	7,2
	Italia	2.062	2.125	2.194	2.344	2.499	21,2
	Regno Unito	3.742	3.802	3.853	3.963	3.930	5,0

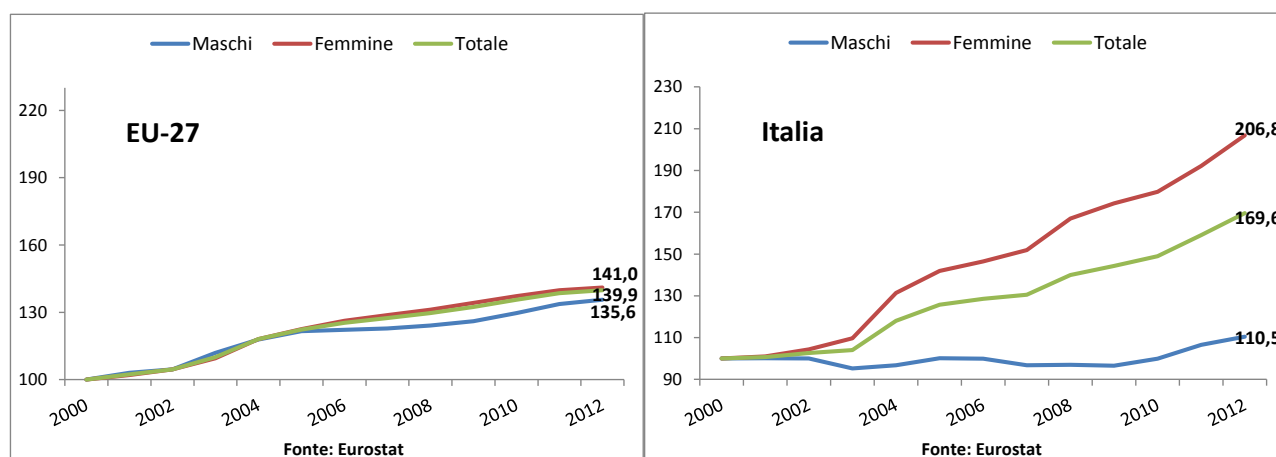
Fonte: Eurostat

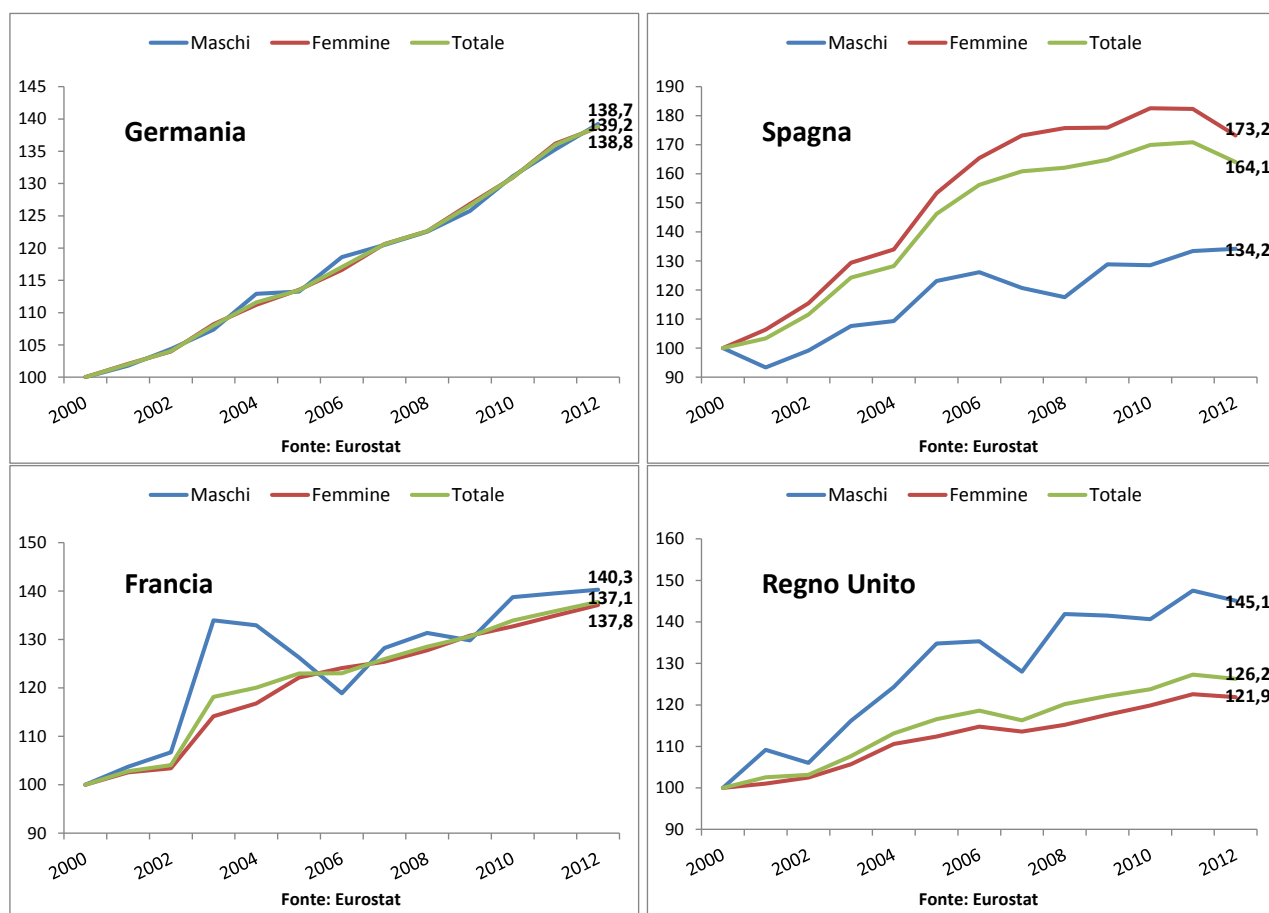
Solo in Italia il contributo prevalente alla crescita del numero degli occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona è fornito dalla componente femminile che aumenta dal 2000 al 2012 del 106,8%, a fronte di quella maschile che cresce solo del 10,5%, con una differenza di oltre 96 punti percentuali (*figura 2.4 e tavola 2.4*).

Nella media europea l'aumento del numero delle donne occupate nei settori dei *white jobs* è del 41%, a fronte del 35,6% di quello degli uomini, con una differenza di soli 5 punti.

In alcuni paesi europei – come la Germania, la Francia e il Regno Unito – si osserva, viceversa, una minore crescita delle occupate donne rispetto a quella degli uomini.

Figura 2.4 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) in alcuni paesi europei per sesso – Anni 2000-2012 (numeri indice; 2000 = 100)





Nella media dei 27 paesi europei le donne occupate nei *white jobs* rappresentano il 79% del totale e una quota più elevata si registra in Spagna (80,8%). In Italia tale percentuale è inferiore di circa quattro punti rispetto alla media europea, ma aumenta dal 2000 al 2012 di quasi 14 punti, dal 61,4% al 74,9%, mentre in alcuni paesi come la Germania, la Francia e il Regno Unito la quota di occupate sul totale diminuisce.

Tavola 2.4 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) in alcuni paesi europei per sesso – Anni 2000 e 2012 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

		2000	2012	Var. % 2000-2012
EU-27	Maschi	3.940	5.341	35,6
	Femmine	14.280	20.141	41,0
	Totale	18.219	25.482	39,9
	Differenza variazione femmine/maschi in punti percentuali			5,5
	% femmine sul totale e differenza in punti percentuali	78,4	79,0	0,7
Germania	Maschi	842	1.173	39,2
	Femmine	2.893	4.013	38,7
	Totale	3.735	5.185	38,8
	Differenza variazione femmine/maschi in punti percentuali			-0,5
	% femmine sul totale e differenza in punti percentuali	77,4	77,4	-0,1
Spagna	Maschi	292	391	34,2
	Femmine	951	1.648	73,2
	Totale	1.243	2.039	64,1
	Differenza variazione femmine/maschi in punti percentuali			39,0
	% femmine sul totale e differenza in punti percentuali	76,5	80,8	4,3

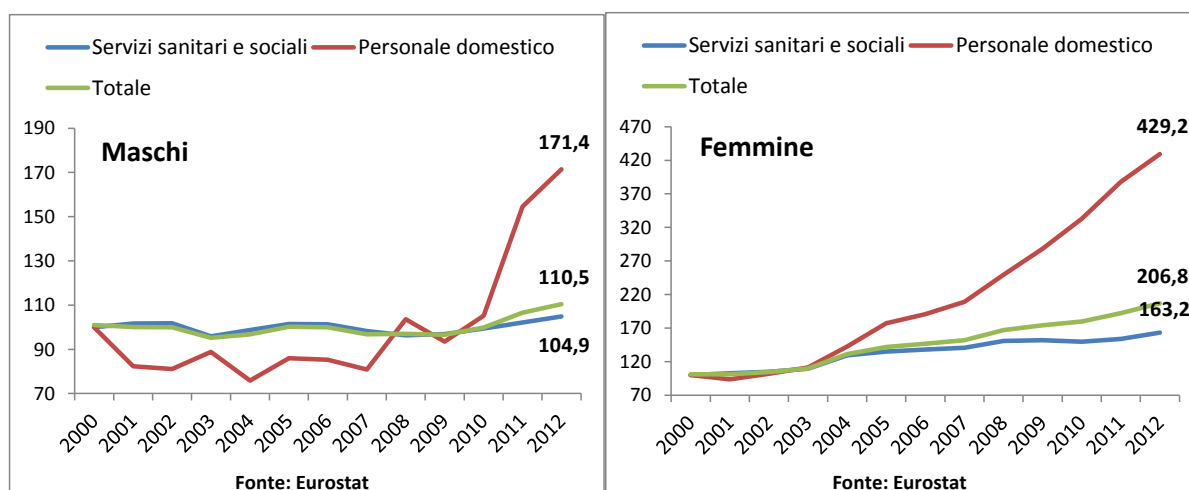
		2000	2012	Var. % 2000-2012
Francia	Maschi	595	835	40,3
	Femmine	2.363	3.240	37,1
	Totale	2.958	4.075	37,8
	Differenza variazione femmine/maschi in punti percentuali			-3,1
	% femmine sul totale e differenza in punti percentuali	79,9	79,5	-0,4
Italia	Maschi	569	628	10,5
	Femmine	904	1.871	106,8
	Totale	1.473	2.499	69,6
	Differenza variazione femmine/maschi in punti percentuali			96,4
	% femmine sul totale e differenza in punti percentuali	61,4	74,9	13,5
Regno Unito	Maschi	584	848	45,1
	Femmine	2.529	3.083	21,9
	Totale	3.113	3.930	26,2
	Differenza variazione femmine/maschi in punti percentuali			-23,2
	% femmine sul totale e differenza in punti percentuali	81,2	78,4	-2,8

Fonte: Eurostat

In Italia l'aumento del numero degli occupati nel periodo dal 2000 al 2012 è dovuto prevalentemente al settore del personale domestico, ma la variazione positiva delle lavoratrici (329,2%) è di gran lunga superiore a quella degli uomini (71,4%) (figura 2.5).

Anche la crescita degli occupati nei settori dei servizi sanitari e sociali presenta differenze di genere significative anche se inferiori a quelle del settore del personale domestico: il numero dei lavoratori maschi è aumentato solo del 4,9%, quello delle lavoratrici del 63,2%.

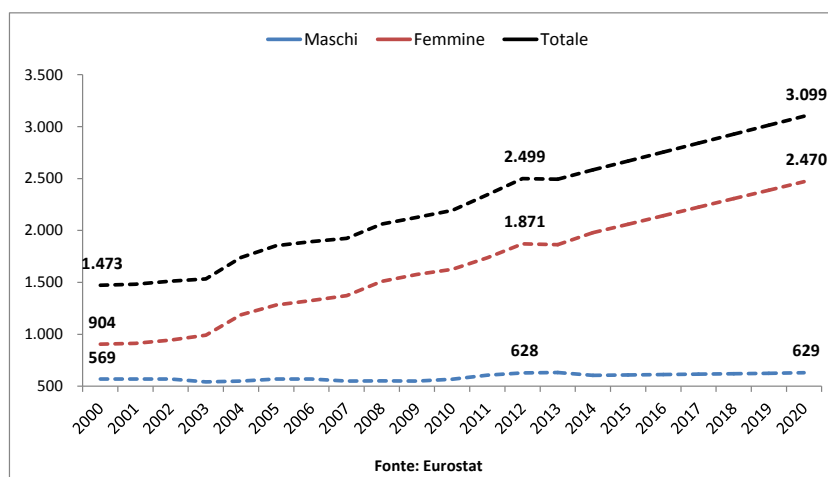
Figura 2.5 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) in Italia per settore e sesso – Anni 2008 2012 (numeri indice; 2000 = 100)



Se non vi saranno modifiche impreviste nelle dinamiche dei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona in Italia, il numero degli occupati potrebbe aumentare sensibilmente anche nei prossimi otto anni (+24%), passando da 2,5 milioni di unità del 2012 a 3,1 milioni del 2020 (figura 2.6). L'aumento di circa 600 mila unità sarebbe determinato da una flessione dello 0,2% degli uomini (-1.000 unità) e dall'aumento del 32% delle donne (+599 mila unità)

L'aumento complessivo del numero degli occupati nei *white jobs* nel corso di vent'anni (dal 2000 al 2020) sarebbe pari al 110% (+1,6 milioni di unità). La stima tiene conto dei primi dati sugli occupati del 2013.

Figura 2.6 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) in Italia – Serie storica dal 2000 al 2012 e tendenza²² dal 2013 al 2020 (valori assoluti in migliaia)



Come è stato già osservato, i *white jobs* in Italia sono settori con un alto tasso di femminilizzazione: il 74,9% degli occupati è costituito da donne, quota che è più alta (78,1%) nel Nord e più bassa (67,3%) nel Mezzogiorno (figura 2.7 e tavola 2.5). Più della metà degli occupati in questi settori risiede nelle regioni del Nord (50,3%), il 24,5% in quelle del Centro e il 25,1% in quelle del Mezzogiorno.

Figura 2.7 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per sesso e ripartizione – Anno 2012 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

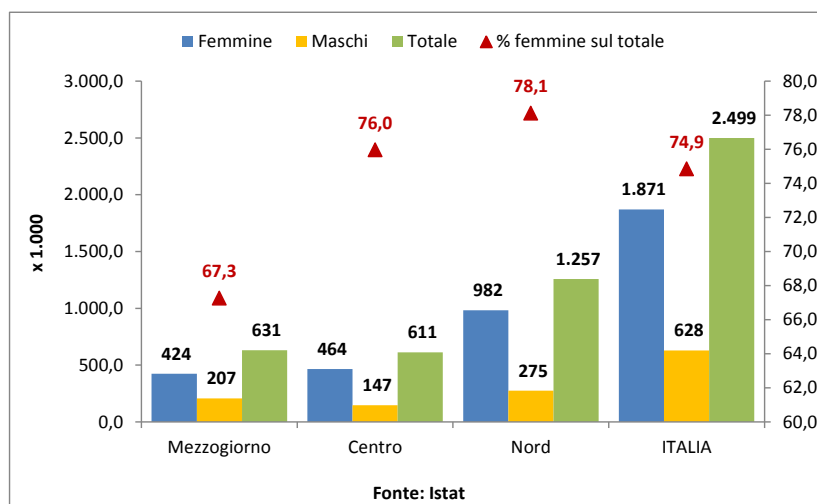


Tavola 2.5 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per sesso e ripartizione – Anno 2012 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
	Valori assoluti in migliaia			Composizione percentuale di riga			Composizione percentuale di colonna		
Nord	982	275	1.257	78,1	21,9	100,0	52,5	43,8	50,3
Centro	464	147	611	76,0	24,0	100,0	24,8	23,4	24,5
Mezzogiorno	424	207	631	67,3	32,7	100,0	22,7	32,9	25,2
ITALIA	1.871	628	2.499	74,9	25,1	100,0	100,0	100,0	100,0

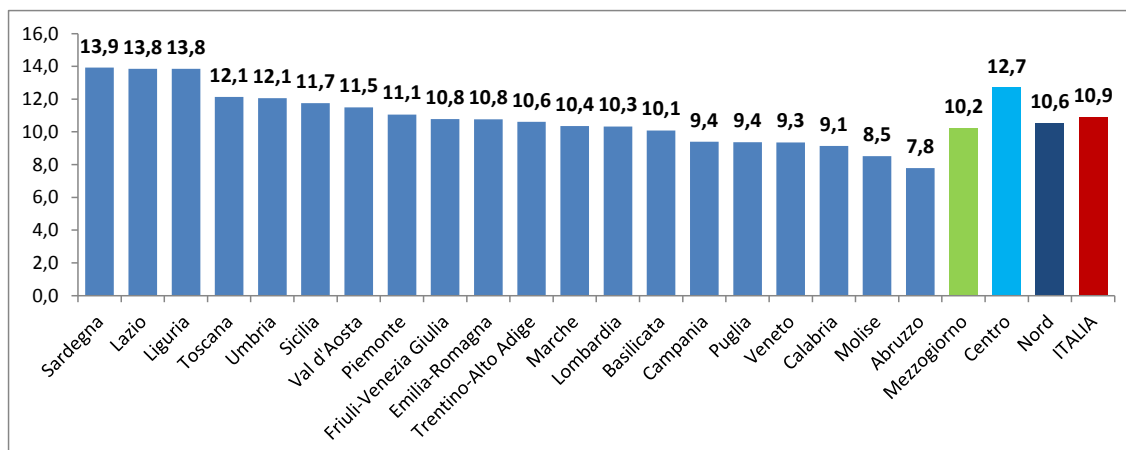
Fonte: Elaborazioni di Italia Lavoro su microdati Istat (Indagine sulle forze di lavoro)

Ma se più della metà degli occupati nei WJ risiede nelle regioni settentrionali, la loro incidenza percentuale sul totale degli occupati è più elevata nel Centro (12,7%), seguito dal Nord (10,6%) e dal Mezzogiorno (10,2%) (figura 2.8). Le tre regioni con la quota più alta di WJ sul totale degli occupati sono la Sardegna (13,9%), il Lazio e la Liguria (13,8%), mentre in Abruzzo si registra la percentuale più bassa (7,8%). Si può solo segnalare a questo proposito che in Liguria si registra il più alto indice regionale di dipendenza degli anziani (44,7%; l'età media della popolazione ligure è di 47,9 anni a fronte di 43,8 anni della media italiana) e

²² Tendenza calcolata mediante regressione lineare.

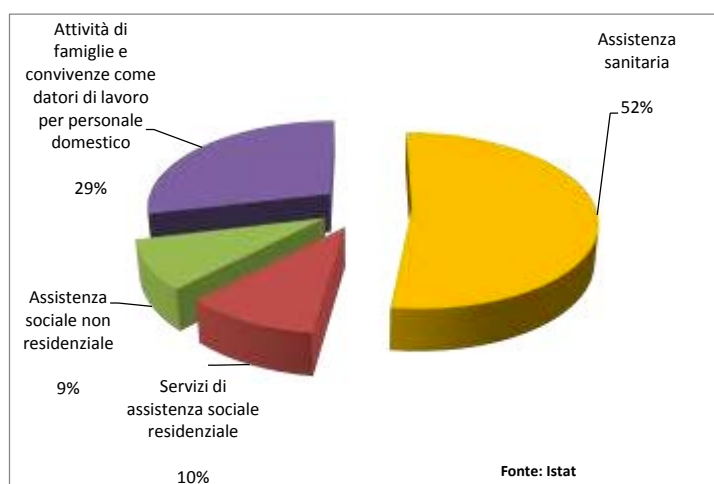
che le quote più elevate di personale sanitario (medici e personale ausiliario) per 1.000 abitanti si registrano nel Lazio (12,84). In Sardegna si registra la quota più elevata rispetto alla media italiana di occupati nell'assistenza sociale non residenziale (14,6%; la media nazionale è pari al 9%) correlata probabilmente a una spesa pro capite per servizi interventi sociali dei comuni fra le più alte d'Italia. Questa regione mostra un indicatore di presa in carico dei disabili decisamente superiore alla media nazionale (40 disabili su 100 beneficiano del servizio di assistenza domiciliare)²³.

Figura 2.8 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per regione e ripartizione – Anno 2012 (incidenza percentuale sul totale degli occupati)



Più della metà degli occupati nei *white jobs* lavora nel settore dell'assistenza sanitaria che comprende i servizi ospedalieri, gli studi medici e i laboratori (52%), il 29% nelle famiglie come personale domestico, il 10% nei servizi di assistenza sociale residenziale per i disabili, anziani non autosufficienti e il 9% nell'assistenza sociale non residenziale come asili nido, servizi diurni di assistenza per anziani e disabili (figura 2.9).

Figura 2.9 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per settore economico – Anno 2012 (composizione percentuale)



Rispetto alla quota media di donne (74,9%) nel complesso degli occupati nei WJ, si osservano tassi di femminilizzazione più elevati nei tre settori del lavoro domestico (88,6%), dell'assistenza sociale non residenziale (85,7%) e nei servizi sociali residenziali (83,3%), mentre nel settore dell'assistenza sociale la componente maschile è pari a più di un terzo del totale (36,3%) (figura 2.10). A fronte di un alto tasso di femminilizzazione dei *white jobs*, si osserva tuttavia un elevato *gender pay gap*: più della metà delle lavoratrici dipendenti (53,6%) ha una retribuzione netta al mese pari o inferiore a 1.000 euro, il 42% da 1.001 a 2.000 euro e una quota modesta del 4,4% guadagna più di 2.000 euro. Viceversa solo il 22% degli uomini ha una retribuzione netta pari o inferiore a 1.000 euro, più della metà (57%) guadagna tra 1.001 e 2.000 euro, il 12,7%, da 2.001 a 3.000 euro e l'8,3% oltre 3 mila euro (figura 2.11).

²³ Istat, *Rapporto annuale 2014 – La situazione del Paese*, 2014, pp. 184 e 187.

Figura 2.10 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per settore economico e sesso – Anno 2012 (composizione percentuale)

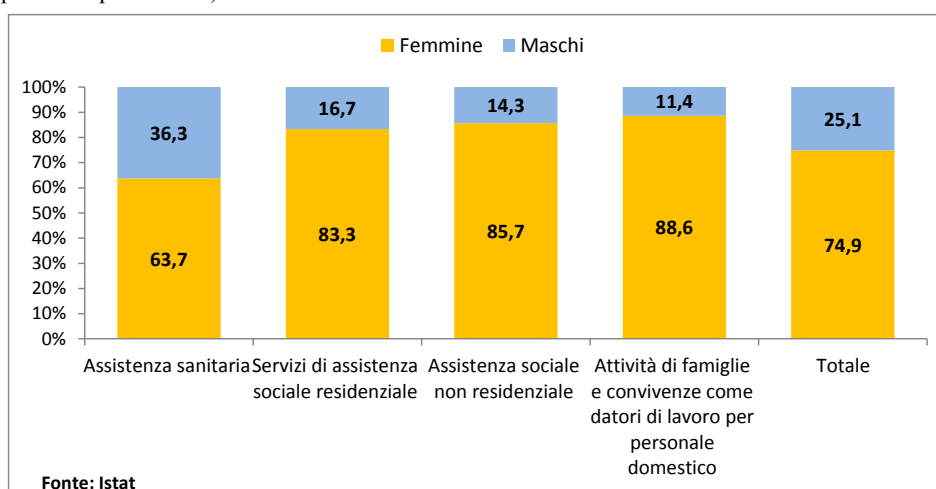
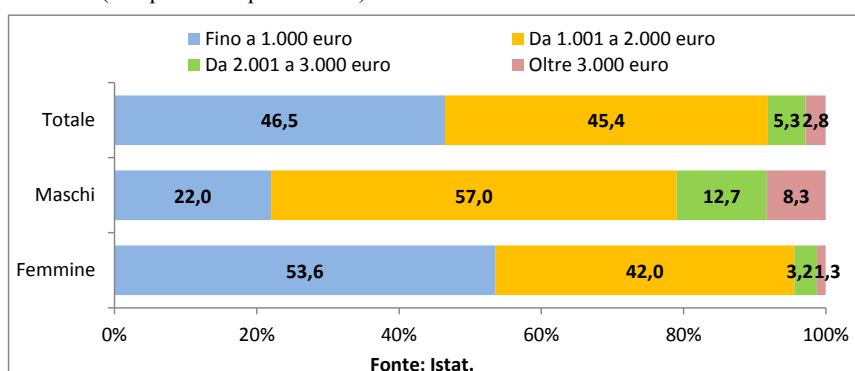


Figura 2.11 – Occupati dipendenti nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per retribuzione mensile netta e sesso – Anno 2012 (composizione percentuale)



Se, come è stato già osservato, il 50,3% degli occupati nei WJ lavora nelle regioni del Nord, questa quota è superiore (66,5%) per i servizi di assistenza sociale residenziale e inferiore (47,2%) per il personale domestico delle famiglie dove la percentuale del Centro sale al 31,7% (figura 2.12 e tavola 2.6). Nel più grande settore dell'assistenza sanitaria la quota degli occupati nel Nord è più bassa (48,8%) e aumenta rispetto alla media quella del Mezzogiorno (29,3%). Il tasso di femminilizzazione più elevato del settore dei servizi domestici (88,6%), è ancora più alto (90,1%) nella media delle regioni del Nord ed è più basso (88,4%) in quelle del Mezzogiorno. Il tasso di maschilizzazione più elevato del settore dell'assistenza sanitaria (36,3%) è più alto (44,8%) nella media delle regioni del Mezzogiorno ed è più basso (31,5%) in quelle del Nord.

Figura 2.12 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per settore economico e ripartizione – Anno 2012 (composizione percentuale)

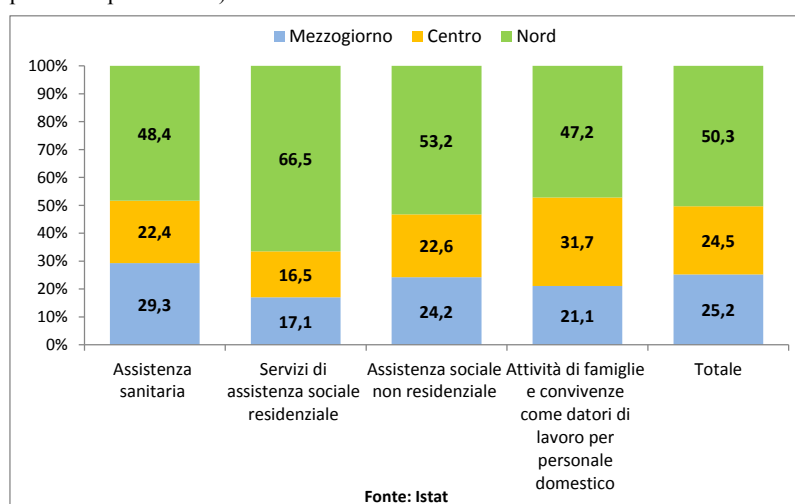


Tavola 2.6 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per settore economico, ripartizione e sesso – Anno 2012 (valori assoluti in migliaia)

	Assistenza sanitaria	Servizi di assistenza sociale residenziale	Assistenza sociale non residenziale	Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico	Totale
Femmine					
Nord	432	140	104	306	982
Centro	188	36	44	197	464
Mezzogiorno	211	33	46	134	424
ITALIA	830	209	194	637	1.870
Maschi					
Nord	198	27	16	33	275
Centro	103	5	7	31	147
Mezzogiorno	171	9	9	18	207
ITALIA	473	42	32	82	628
Totale					
Nord	630	167	120	339	1.257
Centro	291	41	51	227	611
Mezzogiorno	381	43	55	152	631
ITALIA	1.303	251	226	719	2.499

Fonte: Elaborazioni di Italia Lavoro su microdati Istat (Indagine sulle forze di lavoro)

Un quarto degli occupati nei *white jobs* è costituito da stranieri (25,6%, a fronte del 10,2% del totale degli occupati in tutti i settori economici), ma più di tre quarti degli occupati nel settore dei servizi alla persona sono immigrati (76,8%), quota che scende al 14% nei servizi di assistenza sociale residenziale, al 5,8% nell'assistenza sociale non residenziale e al 3% nell'assistenza sanitaria (figura 2.13 e tavola 2.7). Le lavoratrici straniere sono l'87,3% del totale, mentre la quota di donne scende è più bassa (70,6%) per le occupate italiane.

Figura 2.13 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per settore economico e cittadinanza – Anno 2012 (composizione percentuale)

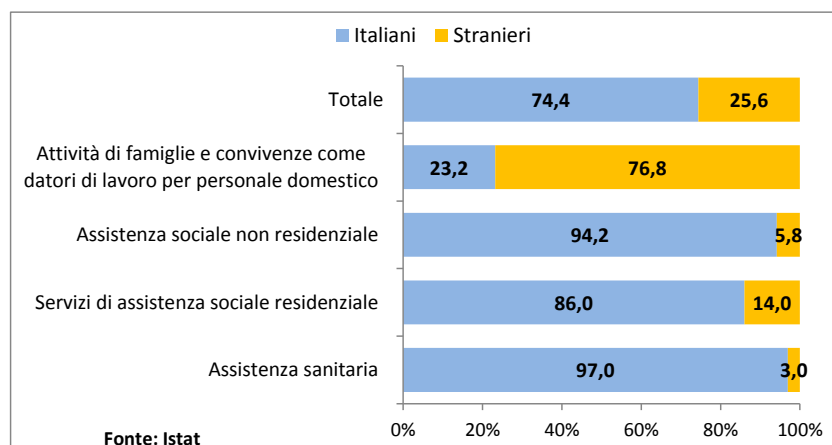


Tavola 2.7 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per settore economico e cittadinanza – Anno 2012 (valori assoluti in migliaia)

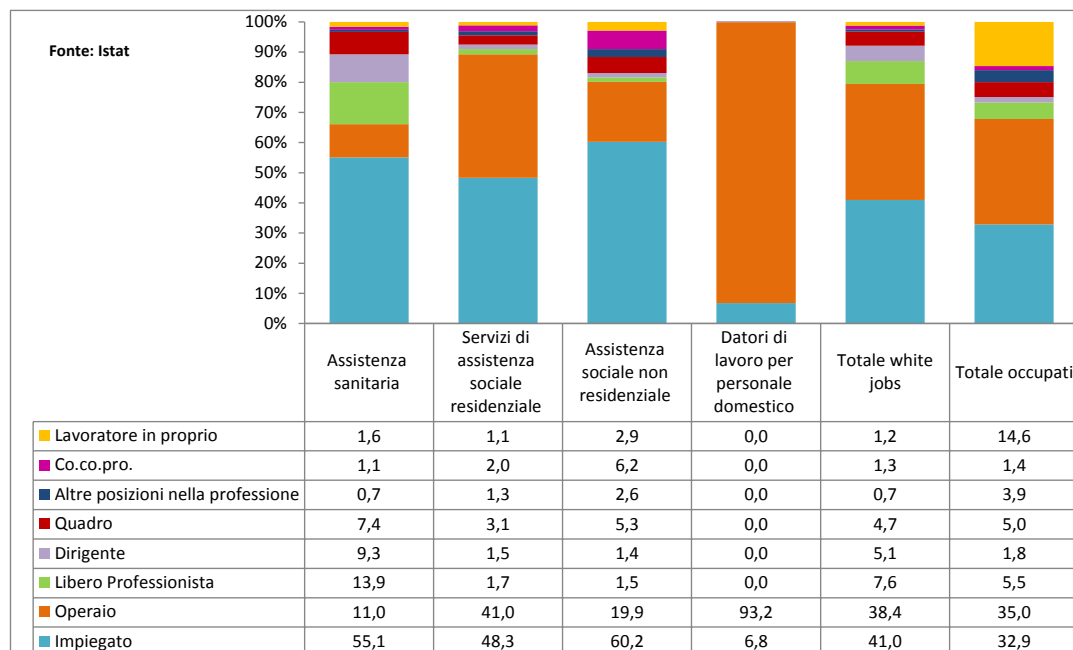
	Assistenza sanitaria	Servizi di assistenza sociale residenziale	Assistenza sociale non residenziale	Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico	Totale
Italiani	1.264	216	213	167	1.860
Stranieri	39	35	13	552	639
Totale	1.303	251	226	719	2.499

Fonte: Elaborazioni di Italia Lavoro su microdati Istat (Indagine sulle forze di lavoro)

Gli occupati nei *white jobs* si caratterizzano, rispetto al totale dei lavoratori di tutti i comparti economici, per una maggiore quota di impiegati (41%, a fronte del 32,9% del totale degli occupati in tutti i settori economici, con una differenza di oltre 8 punti percentuali), per una minore percentuale di lavoratori in proprio (1,2%,

a fronte del 14,6% del totale degli occupati, con una differenza di oltre 13 punti), per una quota superiore di operai (38,4%, a fronte del 35% del totale degli occupati, con una differenza di circa tre punti) e di dirigenti (5,1%, a fronte dell'1,8% del totale degli occupati, con una differenza di circa tre punti) (figura 2.14). Queste differenze sono spiegate, in gran parte, dalla natura prevalentemente pubblica dei servizi sanitari e sociali.

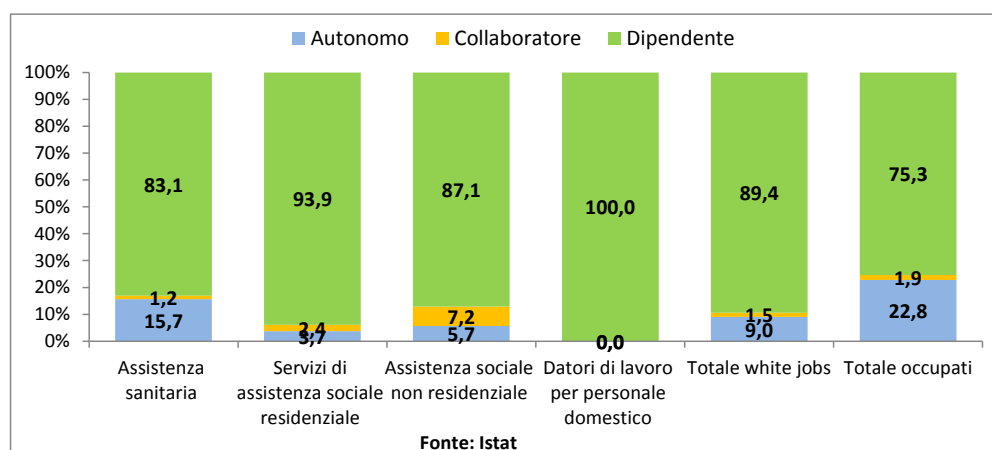
Figura 2.14 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per settore economico e posizione dettagliata nella professione – Anno 2012 (composizione percentuale)



Ma le differenze nella posizione professionale ricoperta dagli occupati dei diversi settori economici sono rilevanti. Il settore dell'assistenza sanitaria si caratterizza per una maggiore presenza, rispetto al totale dei *white jobs*, degli impiegati, dei liberi professionisti e dei dirigenti, il settore dei servizi di assistenza sociale residenziale per una maggiore presenza degli impiegati e degli operai, il comparto dell'assistenza sociale non residenziale per la più alta quota degli impiegati e il settore del lavoro domestico per la prevalenza quasi totale degli operai.

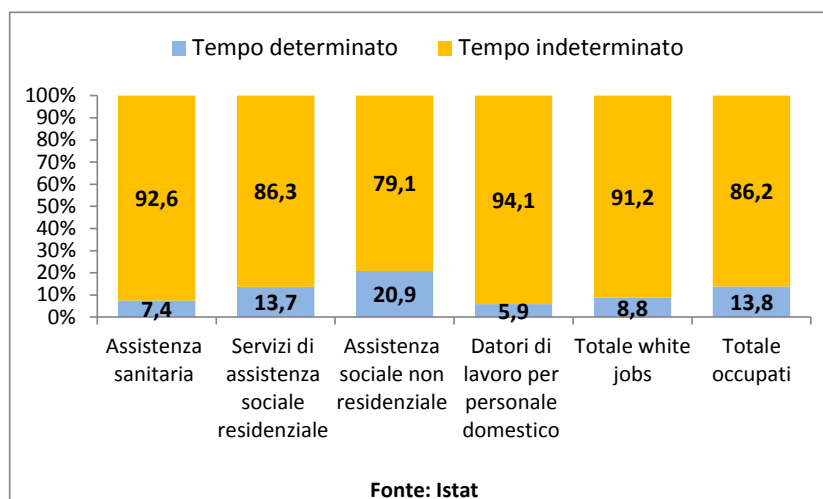
Complessivamente i lavoratori autonomi di tutti i settori economici sono pari al 22,8% del totale, mentre nei *white jobs* raggiungono solo la quota del 9%, in gran parte per il contributo dei professionisti del settore dell'assistenza sanitaria, nel quale la quota di autonomi raggiunge il 15,7% (figura 2.15). Di conseguenza l'89,4% degli occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona è costituito da dipendenti, con punte del 93,9% nei servizi di assistenza sociale residenziale e del 100% nel settore del personale domestico in cui tutti i lavoratori regolari sono inquadrati con un contratto di lavoro dipendente.

Figura 2.15 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per settore economico e posizione nella professione – Anno 2012 (composizione percentuale)



La quota dei lavoratori dipendenti con contratto a tempo indeterminato nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (91,2%) è superiore di cinque punti percentuali rispetto a quella del totale degli occupati in tutti i comparti economici (86,2%) e solo nel settore dell'assistenza sociale non residenziale la quota degli occupati con contratto a termine (20,9%) è superiore a quello del complesso dei dipendenti (13,8%) (figura 2.16).

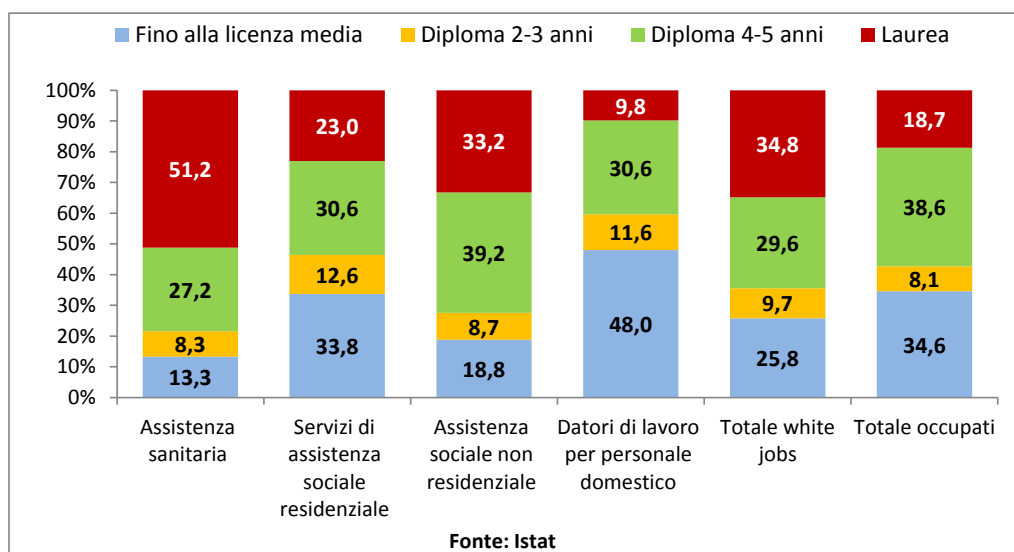
Figura 2.16 – Occupati dipendenti nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per settore economico e contratto a tempo determinato o indeterminato – Anno 2012 (composizione percentuale)



Gli occupati nei *white jobs* hanno un livello d'istruzione nettamente superiore a quello del totale complessivo dei lavoratori: solo poco più di un quarto dei primi ha conseguito al massimo la licenza media (25,8%) a fronte del 34,6% di tutti i lavoratori; le quote con il diploma di qualifica professionali sono simili e la percentuale di diplomati fra gli occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (29,6%) è inferiore a quella del totale dei lavoratori (38,6%) solo perché oltre un terzo dei primi ha conseguito la laurea (34,8%) a fronte del 18,7% dei secondi (figura 2.17).

Com'è del resto atteso, oltre la metà degli occupati del settore dell'assistenza sanitaria è composta da laureati (51,2%), ma desta una certa sorpresa che il 9,8% del personale domestico abbia conseguito il titolo di studio terziario (71 mila unità): questo fenomeno è determinato dalla presenza fra i collaboratori familiari del 12% di stranieri con laurea (66 mila unità) che non hanno trovato un lavoro corrispondente al loro titolo di studio. Gli italiani laureati che svolgono i servizi domestici sono il 2,5% del totale, pari a 4 mila unità.

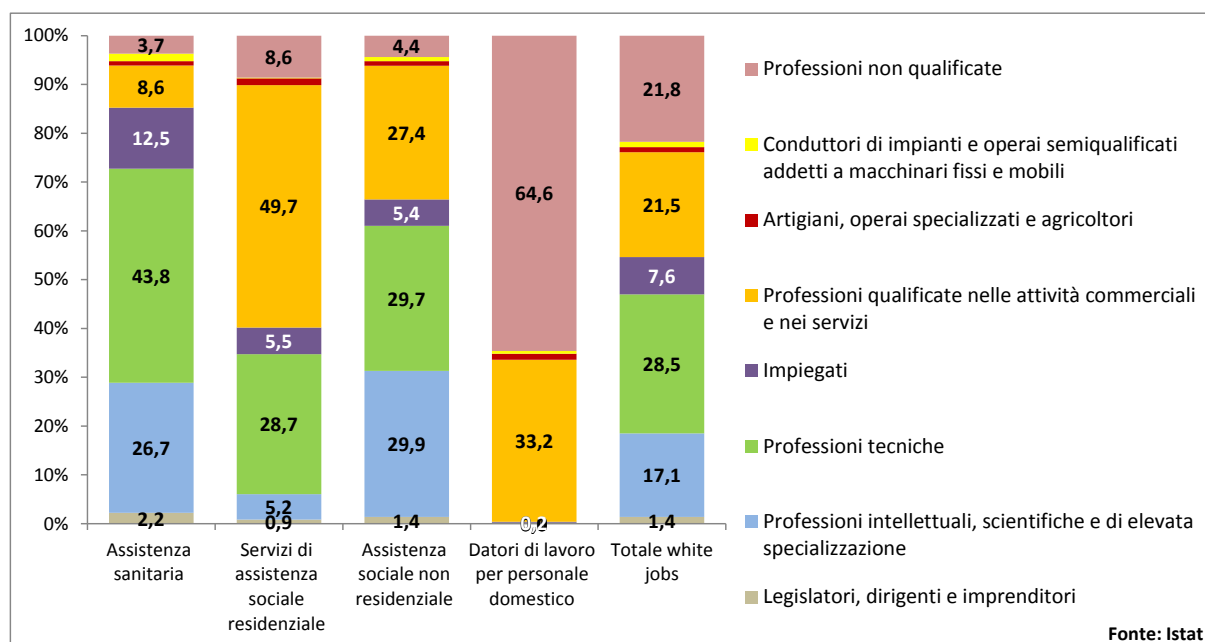
Figura 2.17 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per settore economico e titolo di studio – Anno 2012 (composizione percentuale)



Complessivamente il 47% degli occupati nei WJ svolge professioni altamente qualificate (dirigenti, professioni intellettuali e tecniche), il 31,3% professioni mediamente qualificate (impiegati, professioni qualificate nei servizi, artigiani e operai specializzati) e il 21,8% professioni non qualificate (*figura 2.18*).

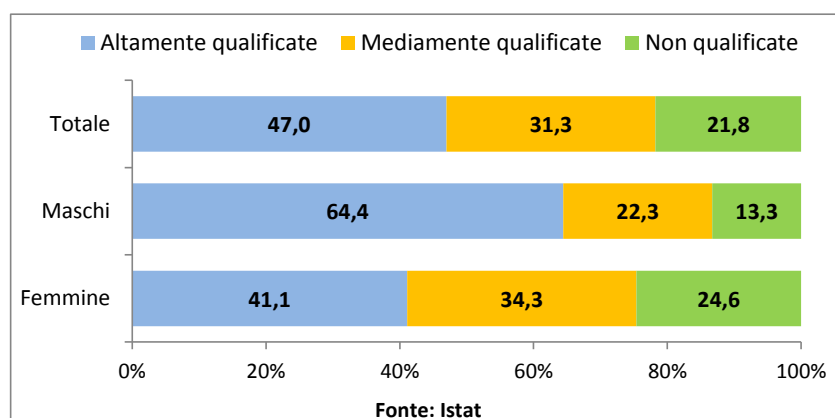
La scomposizione degli occupati per settore mostra profonde differenze: nel comparto dell'assistenza sanitaria il 72,7% degli occupati svolge professioni altamente qualificate, quota che è inferiore (61%) nel settore dell'assistenza sociale non residenziale, nel settore dei servizi di assistenza sociale residenziale (34,7%) e nel settore del lavoro domestico (0%), nel quale prevalgono le professioni semi qualificate o non qualificate (65,2%).

Figura 2.18 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per settore economico e professione – Anno 2012 (composizione percentuale)



Anche le differenze di genere nel livello di qualificazione delle professioni sono molto elevate: il 64,4% degli uomini esercita professioni altamente qualificate e solo il restante 35,6% professioni mediamente o non qualificate; viceversa il 58,9% delle donne svolge professioni mediamente o non qualificate e il restante 41,1% quelle altamente qualificate (*figura 2.19*).

Figura 2.19 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per professione e sesso – Anno 2012 (composizione percentuale)



Come è stato già precisato nella nota metodologica, il 76,3% degli occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona esercita le sei professioni sulle quali si basa la seconda definizione di *white jobs* (evidenziata in azzurro nella tabella successiva) e il restante 27,3% svolge altre professioni (*tavola 2.8*).

I tecnici della salute, costituiti in gran parte da infermieri, tecnici di laboratorio e fisioterapisti, rappresentano quasi un quarto dei *white jobs* (24,6%, pari a 615 mila unità) e la componente maschile (25,1%) è di poco superiore a quella femminile (24,5%).

Il 17,6% (439 mila unità) è composto da personale non qualificato addetto ai servizi domestici, quota che è più alta (20,9%) per le donne (7,6% tra gli uomini).

Il 14,6% (366 mila unità) esercita le professioni qualificate nei servizi personali, che comprendono badanti, addetti nei servizi per l'infanzia, per gli anziani e per le persone non autosufficienti e che vedono una presenza maggioritaria delle donne (18,2%, a fronte del 3,9% degli uomini).

I medici rappresentano una quota dell'11,1% degli occupati (277 mila unità), ma la percentuale maggiore si osserva fra gli uomini (27,5%, a fronte del 5,6% delle donne).

Il 6,3% (157 mila unità) esercita le professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali (massaggiatore, massofisioterapista, puericultrice, operatore sociosanitario), fra le quali si osserva una maggiore quota di donne (6,9%, a fronte del 4,4%).

La quinta professione per numerosità è quella degli impiegati addetti alla segreteria e agli affari generali, che non fa parte delle professioni della seconda definizione di WJ (4,6%, pari a 114 mila unità).

Il 2,1% (51 mila unità) è costituito dai tecnici dei servizi sociali: assistenti sociali, mediatori culturali, tecnici del reinserimento, dell'integrazione sociale e dei servizi per l'impiego, addetti all'infanzia.

Il personale non qualificato nei servizi di istruzione e sanitari – portanti e bidelli – rappresenta il 2,0% del totale degli occupati, pari a circa 50 mila unità.

Gli insegnanti di asilo nido e di scuola materna (circa 45 mila, per la quasi totalità donne) sono l'1,8% del totale.

Le restanti professioni riportate nella tabella rappresentano circa il 15% degli occupati nei *white jobs*.

Tavola 2.8 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per professione e sesso – Anno 2012 (valori assoluti in migliaia e composizione percentuale)

CP 2011	Professione	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Valori assoluti in migliaia				Composizione percentuale			
321	Tecnici della salute	457	158	615	24,5	25,1	24,6
822	Personale non qualificato addetto ai servizi domestici	392	48	439	20,9	7,6	17,6
544	Professioni qualificate nei servizi personali ed assimilati	341	25	366	18,2	3,9	14,6
241	Medici	104	173	277	5,6	27,5	11,1
531	Professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali	129	27	157	6,9	4,4	6,3
411	Impiegati addetti alla segreteria e agli affari generali	96	18	114	5,1	2,9	4,6
345	Tecnici dei servizi sociali	43	8	51	2,3	1,3	2,1
815	Personale non qualificato nei servizi di istruzione e sanitari	37	13	50	2,0	2,1	2,0
264	Professori di scuola primaria, pre-primaria e professioni assimilate	44	0	45	2,4	0,1	1,8
253	Specialisti in scienze sociali	34	10	44	1,8	1,6	1,8
422	Impiegati addetti all'accoglienza e all'informazione della clientela	23	9	32	1,2	1,5	1,3
814	Personale non qualificato nei servizi di pulizia di uffici, alberghi, navi, ristoranti, aree pubbliche e veicoli	22	6	28	1,2	1,0	1,1
112	Direttori, dirigenti ed equiparati dell'amministrazione pubblica e nei servizi di sanità, istruzione e ricerca	14	12	26	0,7	2,0	1,1
265	Altri specialisti dell'educazione e della formazione	22	4	25	1,2	0,6	1,0
742	Conduttori di veicoli a motore e a trazione animale	2	20	23	0,1	3,3	0,9
231	Specialisti nelle scienze della vita	13	6	19	0,7	1,0	0,8
331	Tecnici dell'organizzazione e dell'amministrazione delle attività produttive	11	8	19	0,6	1,3	0,8

CP 2011	Professione	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
816	Personale non qualificato addetto ai servizi di custodia di edifici, attrezzature e beni	7	9	16	0,4	1,4	0,6
432	Impiegati addetti alla gestione economica, contabile e finanziaria	12	3	16	0,6	0,5	0,6
522	Esercenti ed addetti nelle attività di ristorazione	9	2	10	0,5	0,3	0,4
441	Impiegati addetti al controllo di documenti e allo smistamento e recapito della posta	7	3	10	0,4	0,5	0,4
	Altre professioni	52	63	115	2,8	10,1	4,6
	Totale	1.870	628	2.499	100,0	100,0	100,0

Sono evidenziate con il colore azzurro le professioni sulle quali si basa la seconda definizione di *white jobs*.

Fonte: Elaborazioni di Italia Lavoro su microdati Istat (Indagine sulle forze di lavoro)

2.1.1 Gli occupati nel 2013

La disponibilità dei dati sulle forze di lavoro del 2013, intervenuta alla fine della redazione di questo rapporto, consente di analizzare la variazione tendenziale degli occupati nei settori dei *white jobs*.

Nel 2013 gli occupati subiscono una lieve flessione complessiva dello 0,2%, determinata dalla riduzione del loro numero nei settori dell'assistenza sanitaria (-2,1%) e dell'assistenza sociale non residenziale (-2,4%) e dal loro aumento nei settori dei servizi di assistenza sociale residenziale (9,8%) e del personale domestico (0,6%) (tavola 2.9).

La flessione è determinata dal saldo fra l'aumento degli occupati maschi (0,5%), soprattutto nel settore dei servizi di assistenza sociale residenziale (39,4%), e la flessione delle lavoratrici (-0,4%) che, in ogni caso, sono pari a tre quarti degli occupati (74,7%).

Tavola 2.9 – Occupati nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona (15 anni e oltre) per settore economico e sesso – Anni 2012-2013 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

	2012			2013			Variazione 2012-2013		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Valori assoluti in migliaia							%		
Assistenza sanitaria	830	473	1.303	816	459	1.275	-1,7	-2,9	-2,1
Servizi di assistenza sociale residenziale	209	42	251	218	58	276	3,9	39,4	9,8
Assistenza sociale non residenziale	194	32	226	190	31	221	-1,9	-5,6	-2,4
Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico	637	82	719	639	83	723	0,3	2,3	0,6
Totale	1.870	628	2.499	1.863	631	2.494	-0,4	0,5	-0,2

Fonte: Elaborazioni di Italia Lavoro su microdati Istat (Indagine sulle forze di lavoro)

2.2 Il valore aggiunto

Nel 2011 il valore aggiunto a prezzi correnti nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona ha raggiunto nel complesso dei 27 paesi dell'Unione europea oltre 894 miliardi di euro, con un incremento rispetto al 2003 del 37,4% (tavola 2.10). Anche nel nostro Paese il valore aggiunto (98 miliardi di euro) ha registrato nello stesso periodo un incremento simile a quello europeo (37,2%).

Variazioni maggiori del valore aggiunto in questi settori si osservano in Spagna (59,1%) e in Francia (43,1%), mentre l'incremento è stato inferiore alla media europea in Germania (30,6%) e nel Regno Unito (15%), unico paese nel quale si osserva una forte flessione del prodotto nel 2008 e nel 2009, prevalentemente nel settore dei servizi sanitari a causa di una riduzione della spesa pubblica per la sanità e per l'assistenza ai disabili che si registra in quei due anni²⁴.

I 98 miliardi del valore aggiunto dei settori dei *white jobs* raggiunto in Italia nel 2011 rappresentano il 6,9% del totale di tutte le attività economiche, con un incremento di un punto percentuale rispetto alla quota del 2003. Quote più alte si osservano nella media dei paesi europei (7,9%) e in Francia (9,5%). Ciò segnala che la possibilità per l'Italia d'incrementare ulteriormente il valore aggiunto nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona è ancora ampia.

Tavola 2.10 – Valore aggiunto (prezzi correnti) nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona in alcuni paesi europei – Anni 2003 e 2011 (milioni di euro e valori percentuali)

	Milioni di euro		Variazione % 2003/2012	Incidenza percentuale sul totale delle attività economiche		Variazione in punti percentuali
	2003	2011		2003	2011	
EU-27	650.905	894.415	37,4	7,2	7,9	0,7
Germania	138.180	180.530	30,6	7,1	7,7	0,6
Spagna	43.925	69.886	59,1	6,2	7,4	1,2
Francia	118.677	169.803	43,1	8,3	9,5	1,2
Italia	71.274	97.778	37,2	5,9	6,9	1,0
Regno Unito	109.676	126.710	15,5	7,5	8,1	0,6

Fonte: Eurostat

In Italia si registra la quota più elevata di valore aggiunto prodotto dal settore del personale domestico (16,4%), in Francia da quello dell'assistenza sociale (34,3%) e in Spagna da quello dei servizi sanitari (70,8%) (tavola 2.11).

Tavola 2.11 – Valore aggiunto (prezzi correnti) nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona in alcuni paesi europei – Anno 2011 (milioni di euro e composizione percentuale)

	EU-27	Germania	Spagna	Francia	Italia	Regno Unito
Migliaia di euro						
Attività dei servizi sanitari	588.516	125.560	49.499	104.331	68.256	87.536
Assistenza sociale	251.721	47.730	12.106	58.302	13.508	32.326
Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico	54.178	7.240	8.281	7.170	16.014	6.848
Totale	894.415	180.530	69.886	169.803	97.778	126.710
Composizione percentuale						
Attività dei servizi sanitari	65,8	69,6	70,8	61,4	69,8	69,1
Assistenza sociale	28,1	26,4	17,3	34,3	13,8	25,5
Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico	6,1	4,0	11,8	4,2	16,4	5,4
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fonte: Eurostat

²⁴ La spesa pubblica per *Sickness/Health care* nel Regno Unito diminuisce da 157 miliardi di euro del 2007 a 142 miliardi del 2008 e a 138 miliardi del 2009, per aumentare successivamente a 144 miliardi nel 2010 e a 147 miliardi nel 2011. In Italia la spesa pubblica per la sanità aumenta costantemente da 83 miliardi di euro del 2003 a 113 miliardi del 2010, e subisce una flessione a poco meno di 112 miliardi solo nel 2011. La spesa pubblica per l'assistenza ai disabili diminuisce costantemente nel Regno Unito da 52 miliardi di euro del 2007 a 42 miliardi del 2011, mentre in Italia subisce solo una modesta flessione da 26,3 miliardi del 2010 a 25,9 miliardi del 2011 (Fonte: Eurostat, *Social protection expenditure – spr_exp_eur*).

La tabella successiva riporta i valori dell'indice di concentrazione del valore aggiunto nei 27 paesi dell'Unione europea. Si utilizza il *concentration index of the value added*²⁵ sviluppato in una ricerca commissionata dalla Commissione europea sui lavori e le competenze del futuro nel settore della salute e dei servizi sociali²⁶ (tavola 2.12).

I settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona sono considerati *winning* nei paesi con il valore dell'indice di concentrazione superiore a 100 e con la crescita di tale valore dal 2003 al 2011 (Olanda, Finlandia, Francia e Irlanda). Se, pur in presenza di un valore di questo indicatore superiore a 100, registrano una sua flessione, sono considerati in *losing momentum* (Danimarca, Svezia e Regno Unito). I settori sono considerati *upcoming* se il valore dell'indice di concentrazione è inferiore a 100 ma cresce nel tempo in modo significativo: l'Italia fa parte di questo gruppo, insieme a Spagna e Malta, dal momento che l'incidenza percentuale del valore aggiunto nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona sul PIL è pari al 6,9%, che questo valore rappresenta l'87% del valore medio dei paesi dell'Unione e che l'indice cresce di 5 punti percentuali. Questo indicatore segnala che in Italia sono rilevanti le potenzialità di crescita del valore aggiunto prodotto dai *white jobs*.

L'ultimo gruppo è quello dei paesi nei quali i tre settori sono *retreating* e cioè si registrano bassi valori dell'indice di concentrazione e una sua dinamica negativa nel tempo.

Tavola 2.12 – Indice di concentrazione del valore aggiunto (prezzi correnti) nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona nei paesi dell'Unione europea – Anni 2003 e 2011 (valori percentuali)

	Incidenza percentuale sul totale dei settori economici		Composizione percentuale		Indice di concentrazione	
	%	Variazione 2003-2011 in punti percentuali	%	Variazione 2003-2011 in punti percentuali	%	Variazione 2003-2011 in punti percentuali
EU-27	7,9	0,7	100,0	0,0	100	0
Danimarca	11,6	0,6	2,7	-0,1	147	-7
Svezia	11,0	0,2	4,1	0,1	139	-12
Olanda	10,4	1,3	6,2	0,3	131	5
Finlandia	10,1	1,7	1,8	0,2	127	10
Francia	9,5	1,2	19,0	0,8	120	4
Regno Unito	8,1	0,7	14,2	-2,7	102	-1
Irlanda	8,0	1,7	1,3	0,1	101	13
Belgio	7,8	0,7	2,9	0,2	98	0
Germania	7,7	0,6	20,2	-1,0	98	-2
Spagna	7,3	1,1	7,8	1,1	92	6
Portogallo	7,2	0,8	1,2	0,0	91	2
Italia	6,9	1,0	10,9	0,0	87	5
Malta	6,8	1,2	0,0	0,0	86	7
Austria	6,2	0,2	1,9	0,0	79	-5
Lussemburgo	5,6	0,5	0,2	0,1	71	0
Grecia	5,5	0,9	1,1	0,0	70	6
Cipro	5,4	0,8	0,1	0,0	68	4
Slovenia	5,4	0,3	0,2	0,0	68	-2
Polonia	4,4	-0,1	1,6	0,4	55	-7
Repubblica Ceca	4,4	0,3	0,7	0,2	55	-1
Ungheria	4,0	-1,0	0,4	-0,1	50	-19
Lituania	3,5	0,7	0,1	0,0	45	5
Estonia	3,5	0,6	0,1	0,0	44	4
Bulgaria	3,3	0,7	0,1	0,1	42	6
Slovacchia	3,2	-0,3	0,2	0,1	40	-8
Romania	3,1	0,3	0,4	0,2	40	0
Lettonia	0,0	-3,0	0,0	0,0	0	-42

Fonte: Eurostat

²⁵ Rapporto tra l'incidenza percentuale del valore aggiunto dei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona sul totale dell'economia di ciascun paese dell'Unione europea e l'incidenza registrata nella media dei paesi europei.

²⁶ Cfr. SEOR, TNO, ZSI, *Investing in the Future of Jobs and Skills, Scenarios, implications and options in anticipation of future skills and knowledge needs, Sector Report, Health and Social Services*, External report commissioned under the European Community Programme for Employment and Social Solidarity – PROGRESS (2007-2013), 2009, pp. 11-12.

Se si prende in considerazione una serie storica più lunga, dal 2000 al 2011, l'incremento del valore aggiunto complessivo dei settori dei *white jobs* in Italia sale al 56% e l'incremento maggiore si registra nel settore dei servizi sociali (81,9%, seguito da quello del personale domestico (73,7%) e da quello dei servizi sanitari (48,3%) (*tavola 2.13*). Nel 2011, il 69,8% del valore aggiunto è prodotto dal settore dei servizi sanitari, il 16,4% da quello dei servizi alla persona e alla famiglia e il 13,8% da quello dell'assistenza sociale. Dal 2000 al 2011 diminuisce di quasi 4 punti percentuali la quota di valore aggiunto del comparto sanitario e aumenta di circa 2 punti quella degli altri due settori.

Tavola 2.13 – Valore aggiunto (prezzi correnti) nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona in Italia per settore economico – Anni 2000 e 2011 (milioni di euro)

	2000	2011	2000	2011	Variazione % 2000/201
	Milioni di euro		Composizione percentuale		
Attività dei servizi sanitari	46.031	68.256	73,4	69,8	48,3
Assistenza sociale	7.426	13.508	11,8	13,8	81,9
Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico	9.222	16.014	14,7	16,4	73,7
Totale	62.679	97.778	100,0	100,0	56,0

Fonte: Istat - NACE Rev. 2

L'incremento del valore aggiunto nei settori dei *WJ* è superiore alla media nazionale (56%) nella media delle regioni del Nord (59,3%) e del Centro (57,1%), mentre l'aumento è inferiore nel Mezzogiorno (49,3%) (*tavola 2.14*). Nel 2011, più della metà del valore aggiunto nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona è prodotto nel Nord (51,1%), il 27,5% nel Mezzogiorno e il 21,5% nel Centro. Ma nel Mezzogiorno è più elevata la quota del valore aggiunto prodotto dal settore dei *WJ* sul totale (8,3%) rispetto alle altre aree del Paese (6,9% nel Centro e 6,4% nel Nord).

Tavola 2.14 – Valore aggiunto (prezzi correnti) nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona in Italia per ripartizione – Anni 2000 e 2011 (milioni di euro)

	Milioni di euro		Variazione % 2000/2011	Composizione percentuale 2011	Percentuale del totale VA		Variazione in punti per- centuali
	2000	2011			2000	2011	
Nord	31.387	50.009	59,3	51,1	5,3	6,4	1,0
Centro	13.382	21.023	57,1	21,5	6,0	6,9	0,9
Mezzogiorno	17.910	26.746	49,3	27,4	7,0	8,3	1,3
Italia	62.679	97.778	56,0	100,0	5,9	6,9	1,1

Fonte: Istat - NACE Rev. 2

La crescita reale del valore aggiunto a prezzi concatenati nei settori dei *white jobs* dal 2003 al 2013 è, nella media dei 27 paesi dell'Unione, del 20,6%, con valori superiori in Spagna (28,9%), Regno Unito (28,9%) e Germania (21,9%), mentre in Francia e soprattutto nel nostro Paese l'aumento è più contenuto (14,2%), anche se ben superiore a quello che si registra per l'intera economia (*tavola 2.15 e figura 2.20*).

Dal punto di vista settoriale la crescita è più sostenuta, nella media dei paesi europei, nel comparto delle attività dei servizi sociali (21,7%), con valori più elevati nel Regno Unito (38,9%) e in Spagna (33%), e in quello dell'assistenza sociale (21,5%). In Italia la crescita maggiore della produzione in volume si osserva nei settori dell'assistenza sociale (31,2%) e del personale domestico (21,9%).

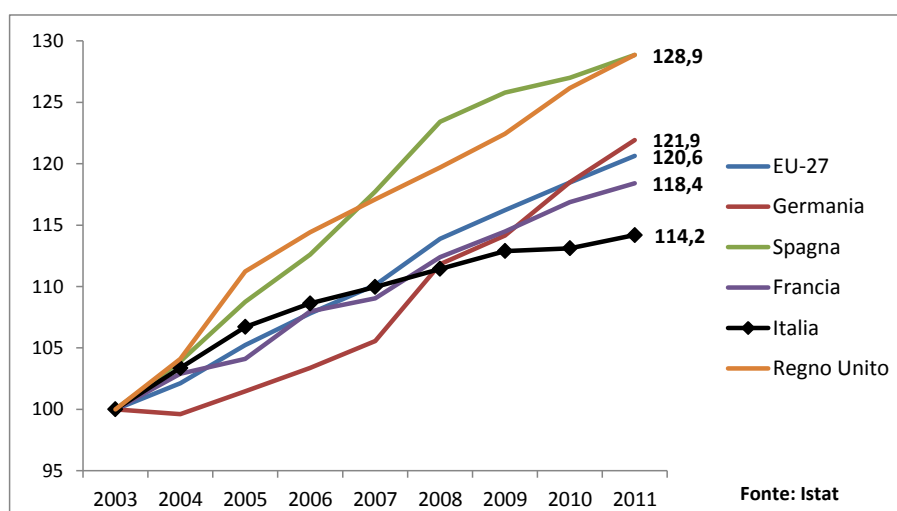
Tavola 2.15 – Valore aggiunto (prezzi base)* nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona in alcuni paesi europei per settore economico – Variazione 2003-2011 (variazione percentuale)

	Variazione 2003-2011					
	EU-27	Germania	Spagna	Francia	Italia	Regno Unito
Attività dei servizi sanitari	21,7	19,7	33,0	17,8	9,7	38,9
Assistenza sociale	21,5	31,6	29,6	21,9	31,2	13,3
Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico**	6,1	6,0	7,5	2,5	21,9	-8,8
Totale	20,6	21,9	28,9	18,4	14,2	28,9

* Milioni di euro, valori concatenati, anno di riferimento: 2005. ** Il settore comprende anche la produzione di beni e servizi indifferenziati per uso proprio da parte di famiglie e convivenze che rappresenta una quota insignificante del totale

Fonte: Eurostat

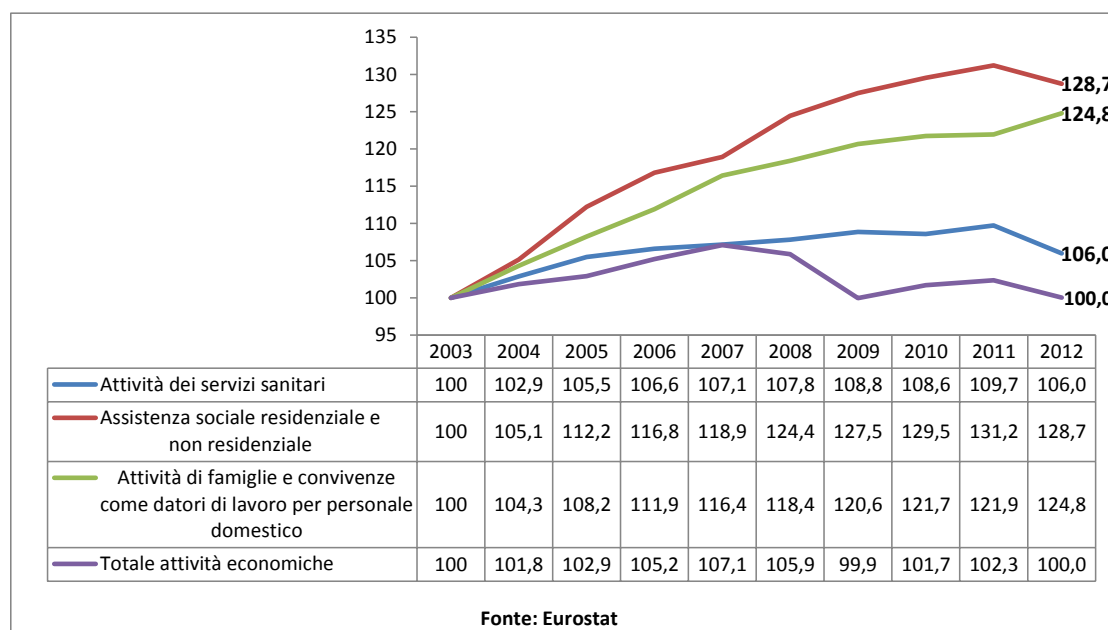
Figura 2.20 – Valore aggiunto ai prezzi base (valori concatenati) nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona in alcuni paesi europei – Anni 2003-2011 (numeri indice; 2003 = 100)



Occorre osservare che nel 2012 si registra in Italia una lieve flessione rispetto all'anno precedente del valore aggiunto nei settori dei servizi sanitari (-3,4%) e di assistenza sociale (-1,9%), determinata anche dalla flessione della spesa pubblica per la sanità (*vedi nota 20*), mentre aumenta del 2,4% nel settore dei servizi alla persona, che non sembra influenzato dalla crisi economica (*figura 2.21*).

In ogni caso in Italia l'incremento del valore aggiunto nei settori dei WJ dal 2003 al 2012 è nettamente superiore a quello che si registra per il totale delle attività economiche che è pari a zero.

Figura 2.21 – Valore aggiunto ai prezzi base (valori concatenati) nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona in Italia per settore economico – Anni 2003-2011 (numeri indice; 2003 = 100)



Se si prende in considerazione una serie storica più lunga, dal 2000 al 2011, l'incremento del valore aggiunto complessivo dei settori dei *white jobs* in Italia sale al 21,3% e l'aumento maggiore si registra nel settore del personale domestico (29,4%), seguito da quello della sanità e dell'assistenza sociale (19,9%) (*figura 2.22 e tavola 2.16*). Nello stesso periodo la crescita del valore aggiunto per tutti i comparti è nettamente inferiore, pari al 4,5%.

Nel periodo della crisi dal 2007 al 2011 si osserva un aumento più contenuto del valore aggiunto nei due settori dei WJ (3,8%), che deve essere confrontato con la sua variazione negativa della produzione nel complesso delle attività economiche (-4,4%).

Figura 2.22 – Variazione del valore aggiunto ai prezzi base (valori concatenati) nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona e nel totale delle attività economiche in Italia – Anni 2003-2011 e 2007-2011 (valori percentuali)

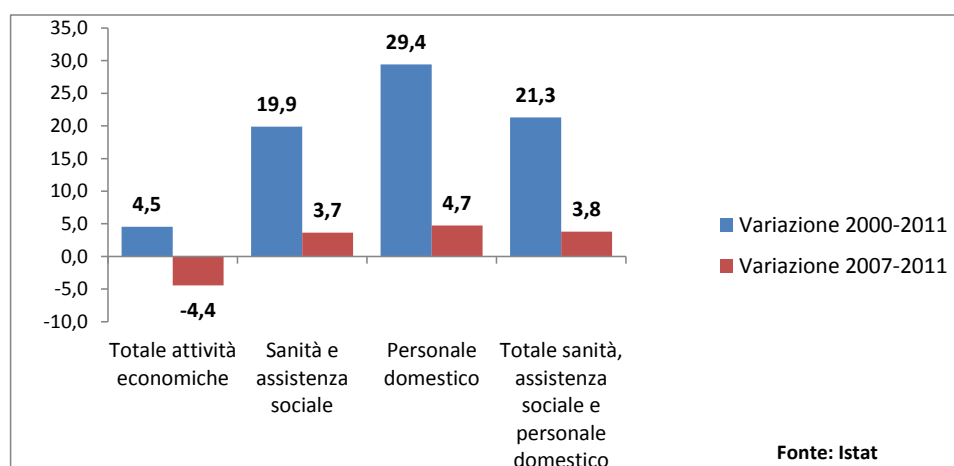


Tavola 2.16 – Variazione del valore aggiunto ai prezzi base (valori concatenati) nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona e nel totale delle attività economiche per ripartizione – Anni 2003-2011 e 2007-2011 (valori percentuali)

		Variazione 2000-2011	Variazione 2007-2011
Totale attività economiche	Italia	4,5	-4,4
	Nord	5,3	-3,6
	Centro	8,2	-4,1
	Mezzogiorno	-0,4	-6,5
Sanità e assistenza sociale	Italia	19,9	3,7
	Nord	21,8	5,2
	Centro	21,7	8,4
	Mezzogiorno	15,7	-1,9
Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico	Italia	29,4	4,7
	Nord	38,5	6,7
	Centro	30,7	1,9
	Mezzogiorno	10,2	4,2
Totale sanità, assistenza sociale e personale domestico	Italia	21,3	3,8
	Nord	24,0	5,4
	Centro	23,5	7,0
	Mezzogiorno	15,0	-1,2

Valore aggiunto ai prezzi di base, valori concatenati, anno di riferimento 2005

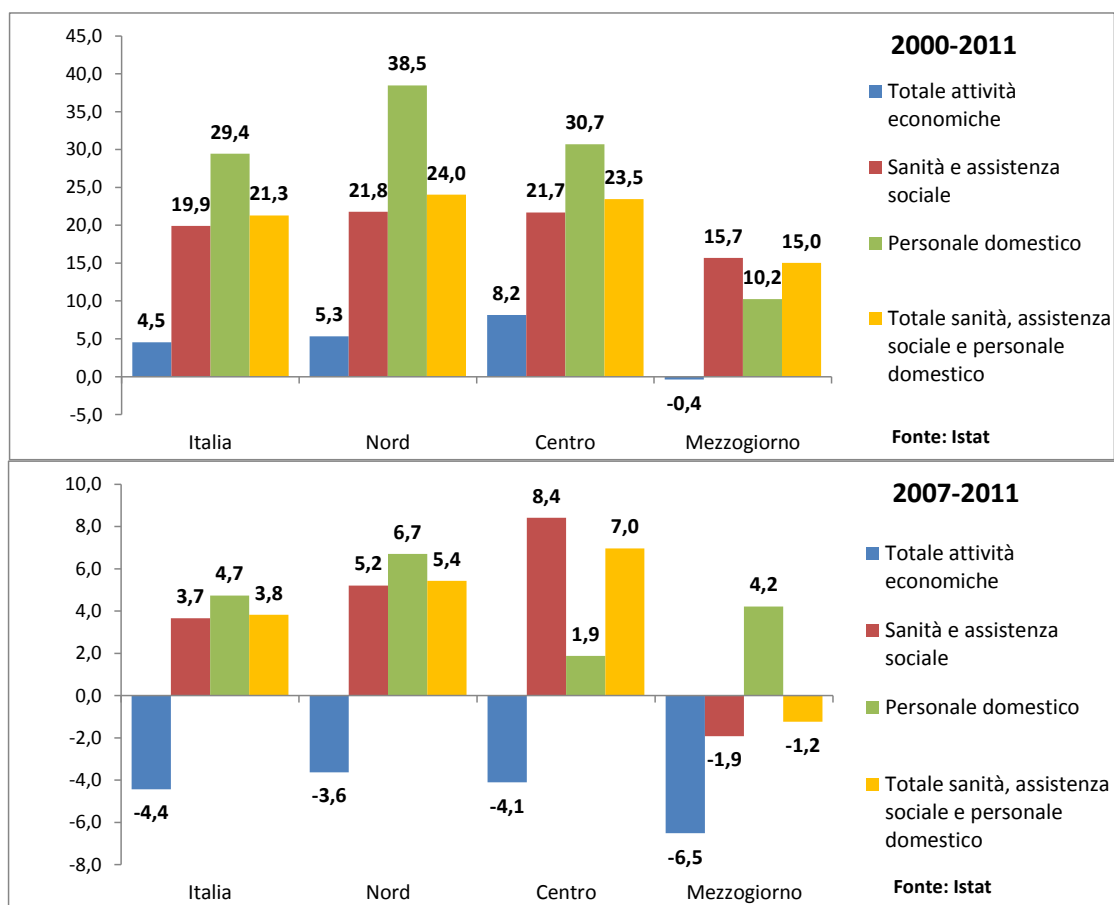
Fonte: Istat – NACE Rev. 2

L'incremento dal 2000 al 2011 del valore aggiunto nei settori dei WJ riproduce la suddivisione ripartizionale del Paese, con differenze abbastanza nette tra la media delle regioni del Nord (24%) e del Centro (23,5%) e quelle Mezzogiorno, dove la crescita è molto più contenuta (15%) (*figura 2.23*).

In tutte le aree del Centro-Nord aumenta maggiormente il valore aggiunto prodotto dal comparto dell'attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico (Centro: 30,7%; Nord: 38,5%), mentre nel Mezzogiorno l'incremento maggiore interessa i settori della sanità e dell'assistenza sociale (15,7% a fronte del 10,2% del personale domestico). Solo nel Mezzogiorno si registra una riduzione complessiva del valore aggiunto per tutte le attività economiche (-0,4%).

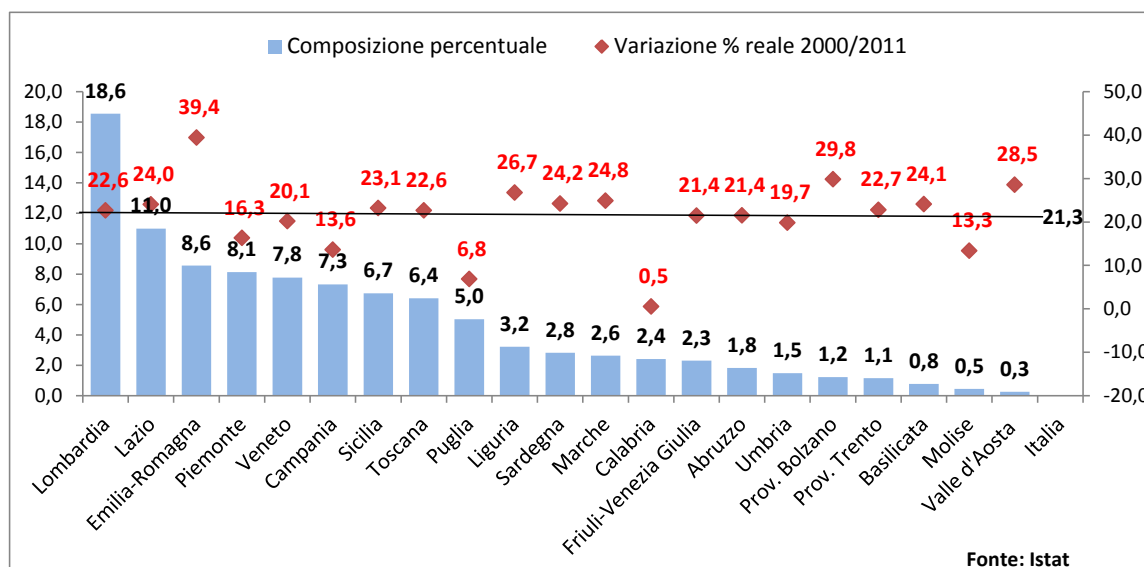
La crisi economica, come è stato già osservato, ha determinato un aumento più contenuto della crescita del valore aggiunto nei settori dei *white jobs* nel periodo 2007-2011, ma solo nel Mezzogiorno ha assunto un valore negativo (-1,2%), determinato dal saldo tra la crescita nel settore del personale domestico (4,2%) e la flessione nel settore della sanità e dell'assistenza sociale (-1,9%). Sempre nelle regioni meridionali il prodotto complessivo ha subito, a causa della crisi, un crollo del -6,5%, mentre la flessione del Pil è stata più contenuta nelle regioni del Nord (-3,6%) e in quelle del Centro (-4,1%).

Figura 2.23 – Valore aggiunto (prezzi correnti) nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona in Italia per ripartizione e settore economico – Anni 2000-2011 e 2007-2011 (variazione percentuale)



Il 54% del valore aggiunto nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona è prodotto in cinque regioni del Centro-Nord (Lombardia, Lazio, Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto) e il restante 46% nelle altre regioni, ma i tassi di crescita reale dal 2000 al 2011 più elevati e superiori alla media nazionale (21,3%) si registrano in Emilia-Romagna (39,4%), nella provincia di Bolzano (29,8%) e in Valle d'Aosta (28,5%) (figura 2.24). La crescita più bassa del valore aggiunto nei settori dei *white jobs* nello stesso periodo si osserva in Calabria (0,5%) e in Puglia (6,8%).

Figura 2.24 – Valore aggiunto 2011 (prezzi correnti) e variazione 2000-2011 (valori concatenati) nei settori dei servizi sanitari, sociali e alla persona in Italia per regione



Nel grafico e nella tabella successivi la variazione del valore aggiunto nei settori dei servizi sanitari e dell'assistenza sociale (non sono disponibili i dati sul settore dei servizi alla persona) è scomposta nei contributi derivanti dai fattori produttivi (capitale e lavoro) e dalla produttività totale dei fattori (PTF)²⁷, che misura quanto pesano le capacità imprenditoriali del management, il livello d'innovazione e la qualità del lavoro nella crescita del valore aggiunto (*figure 2.25, 2.26 e tavola 2.17*).

A sua volta il contributo all'incremento del valore aggiunto degli investimenti è distinto tra capitale non-ICT (macchine e apparecchiature) e capitale ICT (computer, apparecchiature di comunicazione e software).

La crescita complessiva del valore aggiunto registrata nel settore dei servizi sanitari tra il 1993 e il 2010 (+1,6% medio annuo) è imputabile esclusivamente per 1,3 punti percentuali alle ore lavorate e per 0,6 punti all'accumulazione di capitale non ICT. I contributi del capitale ICT e della produttività totale dei fattori sono negativi e comunque insignificanti (rispettivamente -0,1 e -0,2 punti).

Alla più elevata crescita del valore aggiunto nel settore dell'assistenza sociale (+4,6% medio annuo) contribuisce quasi esclusivamente la quantità di ore lavorate (5,1 punti percentuali), mentre il contributo del fattore capitale non-ICT è quasi nullo (0,2 punti). Anche per questo settore si registra il contributo negativo della produttività totale dei fattori (-0,7 punti), mentre quello del capitale ICT è nullo.

Queste informazioni segnalano che mentre per la crescita del valore aggiunto nel settore dei servizi sanitari contribuisce per due terzi il lavoro e per un terzo il capitale non-ICT, nel settore dell'assistenza sociale la maggiore crescita del valore aggiunto è imputabile quasi totalmente alle ore lavorate.

Entrambi i settori sono penalizzati dal basso o nullo investimento nelle nuove tecnologie della comunicazione e dell'informazione e dalla carenza d'innovazione nell'offerta dei servizi e nell'organizzazione del lavoro.

Figura 2.25 – Contributi alla crescita del valore aggiunto nei settori dei servizi sanitari e dell'assistenza sociale – Anni 1993-2010 (tassi di variazione medi annui)

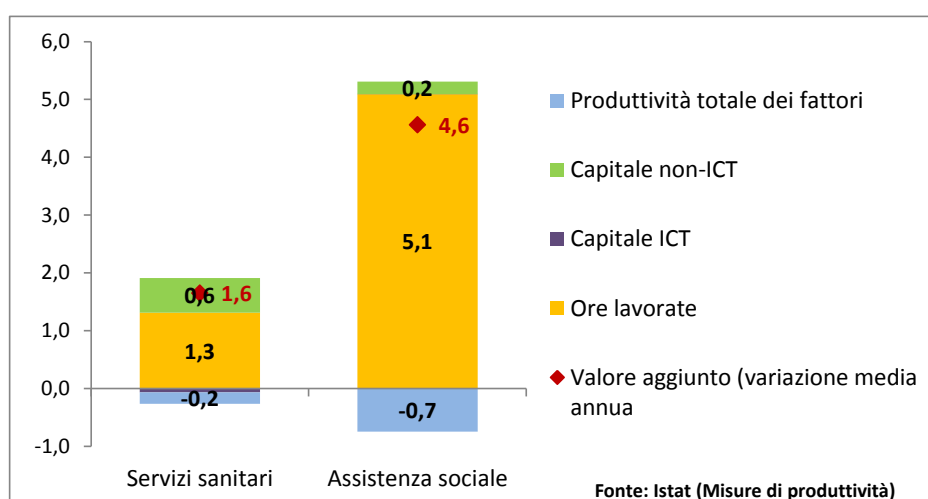


Tavola 2.17 – Contributi alla crescita del valore aggiunto nei settori dei servizi sanitari e dell'assistenza sociale – Anni 1993-2010 (tassi di variazione medi annui)

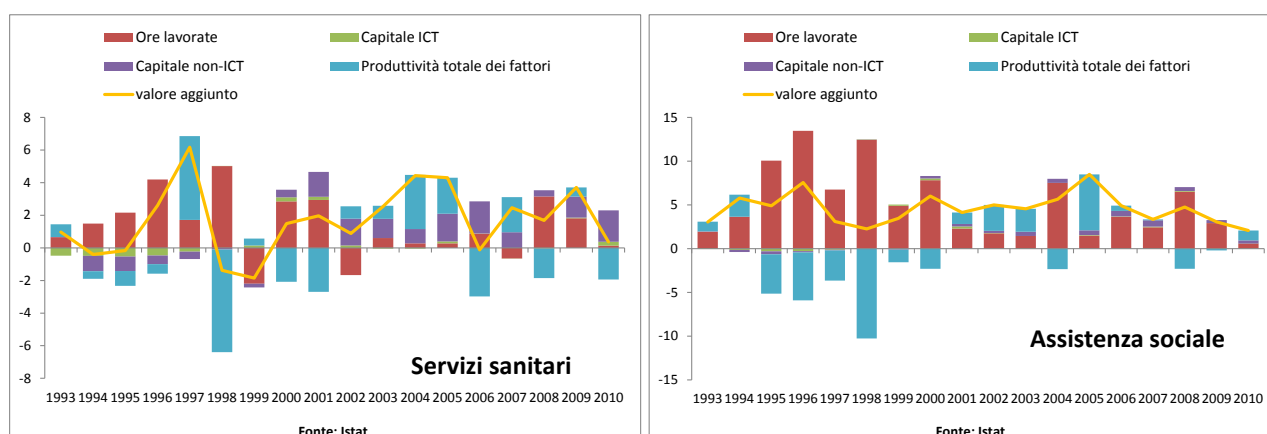
	Valore aggiunto (variazione media annua)	Contributi alla crescita del valore aggiunto (punti percentuali)			
		Ore lavorate	Capitale ICT	Capitale non-ICT	Produttività totale dei fattori
Servizi sanitari	1,6	1,3	-0,1	0,6	-0,2
Assistenza sociale	4,6	5,1	0,0	0,2	-0,7

Valore aggiunto ai prezzi di base, valori concatenati, anno di riferimento 2005 (tassi di variazione logaritmici)

Fonte: Istat (Misure di produttività)

²⁷ La produttività totale dei fattori misura il tasso di progresso tecnico non incorporato nei fattori produttivi (lavoro e capitale): innovazioni nel processo produttivo, miglioramenti nell'organizzazione del lavoro e nelle tecniche manageriali, miglioramenti nell'esperienza e livello di educazione raggiunto dalla forza lavoro, parte dei miglioramenti nella qualità dei beni d'investimento, andamento del ciclo economico, economie di scala, esternalità, riallocazione dei fattori produttivi verso utilizzi più produttivi.

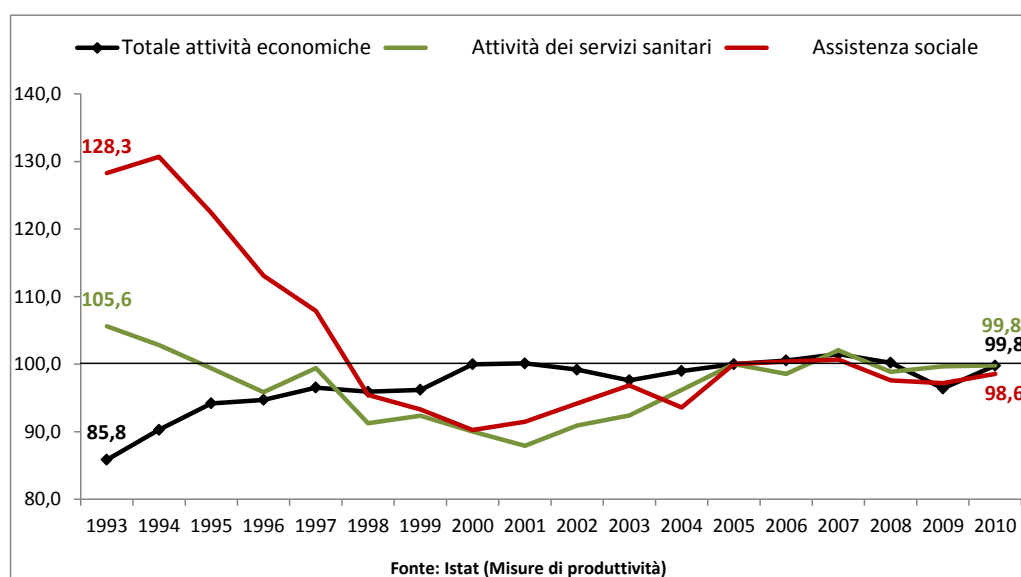
Figura 2.26 – Contributi alla crescita del valore aggiunto nei settori dei servizi sanitari e dell'assistenza sociale – Anni 1993-2010 (tassi di variazione medi annui)



Il modesto livello d'innovazione e d'investimento nei due settori (servizi sanitari e assistenza sociale) emerge anche se si osserva l'andamento della produttività del lavoro nel corso degli ultimi 17 anni, confrontata con quella del complesso delle attività economiche (*figura 2.27*).

La variazione della produttività del lavoro per l'intera economia è nulla o negativa a partire dal 2000 e quella dei due settori si mantiene sempre su valori negativi, con la sola esclusione degli anni dal 1993 al 2000, nel corso dei quali la produttività del settore dei servizi sanitari subisce una flessione pari a circa il 15%, quella del settore dell'assistenza sociale del 38%. Nello stesso periodo, la produttività del complesso delle attività economiche cresce di circa il 14%, per poi iniziare la lunga fase di stagnazione che dura fino ai giorni nostri.

Figura 2.27 – Produttività del lavoro nel totale delle attività economiche, nei servizi sanitari e nell'assistenza sociale (valore aggiunto ai prezzi base, valori concatenati anno di riferimento 2005, per ora lavorata) – Anni 1993-2010 (numeri indice; 2005 = 100)



Tra il 1992 e il 2010 la crescita media annua della produttività del lavoro nel totale delle attività economiche è pari all'1%. Il capitale ICT e non-ICT ha contribuito rispettivamente per 0,1 e per 0,4 punti percentuali, mentre la produttività totale dei fattori ha contribuito per 0,4 punti (*tavola 2.18 e figura 2.28*).

Nel settore dei servizi sanitari si osserva una dinamica lievemente negativa della produttività del lavoro (-0,3%), determinata dal contributo negativo dell'intensità di capitale (-0,1 punti percentuali) e della produttività totale dei fattori (-0,2 punti percentuali).

Più accentuata è la variazione negativa della produttività del lavoro nel settore dell'assistenza sociale (-1,4%), alla quale il capitale ICT e non-ICT hanno contribuito rispettivamente per -0,1 e per -0,6 punti percentuali, mentre la produttività totale dei fattori ha contribuito per -0,7 punti.

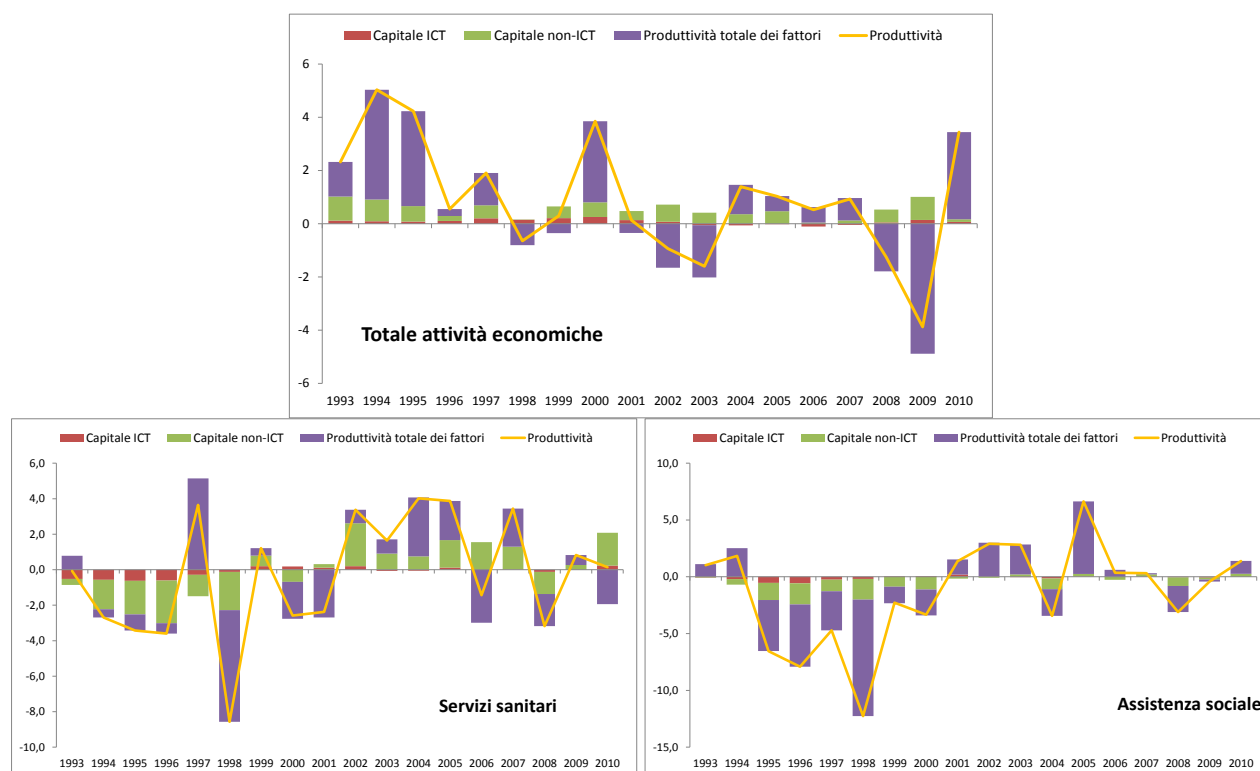
Tavola 2.18 – Contributi alla crescita della produttività del lavoro nei settori dei servizi sanitari e dell’assistenza sociale – Anni 1993-2010 (tassi di variazione medi annui)

	Produttività del lavoro (variazione media annua)	Contributi alla crescita della produttività del lavoro (punti percentuali)		
		Capitale ICT	Capitale non-ICT	Produttività totale dei fattori
Totale attività economiche	1,0	0,1	0,4	0,4
Servizi sanitari	-0,3	-0,1	0,0	-0,2
Assistenza sociale	-1,4	-0,1	-0,6	-0,7

Produttività del lavoro: valore aggiunto ai prezzi base, valori concatenati anno di riferimento 2005, per ora lavorata (tassi di variazione logaritmici)

Fonte: Istat (Misure di produttività)

Figura 2.28 – Contributi alla crescita della produttività del lavoro nei settori dei servizi sanitari e dell’assistenza sociale – Anni 1993-2010 (tassi di variazione medi annui)



È utile valutare il contributo dei fattori della produzione alla variazione del valore aggiunto in volume per i servizi sanitari e sociali e per quelli alla persona e alla famiglia in Italia e in Francia, per analizzare le differenze e comprendere in quale misura le politiche possano influire sulla dinamica del valore aggiunto. In questo caso si prende in considerazione anche uno specifico fattore – la composizione e la qualità delle forze di lavoro – grazie ai dati del database EU KLEMS²⁸.

Alla crescita media annua dell’1,7% del valore aggiunto nei servizi sanitari e sociali dal 1993 al 2009 in Italia contribuiscono principalmente per 1,4 punti percentuali le ore lavorate, per tre decimi di punto gli inve-

²⁸ EU KLEMS, il database che contiene le serie storiche delle misure di produttività settoriale basate sulla *Total Factor Productivity* (TFP), è finanziato dalla Commissione europea (*Research Directorate General*) nell’ambito del *7th Framework Programme* ed è sviluppato dal *Groningen Growth and Development Centre* (GGDC). La metodologia KLEMS (*Kapital, Labour, Energy, Materials e Services*) per la stima non parametrica dei tassi di variazione della produttività aggregata è stata sviluppata nel 2001 dall’OCSE. Il database EU KLEMS è l’unico che stima il contributo del *labour composition change* (la produttività marginale dei lavoratori misurata sulla base del loro titolo di studio, sesso ed età come *proxy* dell’esperienza di lavoro) alla crescita del valore aggiunto e quindi della produttività del lavoro (calcolato come valore aggiunto per ore lavorate), accanto al contributo delle ore lavorate, degli investimenti ITC e non-ITC e della produttività totale dei fattori.

stimenti in capitale non-ICT, per due decimi di punto la composizione delle forze di lavoro e per un decimo di punto il capitale ICT (figura 2.29 e tavola 2.19).

Il contributo negativo della produttività totale dei fattori alla variazione del valore aggiunto (-0,4 punti) e quello modesto degli investimenti ICT segnalano una criticità strutturale determinata dal basso livello d'innovazioni tecnologiche e organizzative, che sono certamente costose ma che, in un contesto d'inasprimento della concorrenza internazionale, sono le uniche che possano assicurare più alti livelli di competitività e di produttività.

In ogni caso, anche la minor crescita complessiva media del valore aggiunto nei settori sanitari e sociali della Francia nello stesso periodo (+1,5%) è imputabile, in misura simile all'Italia, soprattutto alle ore lavorate, ma si osserva in proporzione un maggiore contributo del capitale non-ICT, mentre il contributo negativo della PTF è simile a quello del nostro Paese.

Figura 2.29 – Contributi alla crescita del valore aggiunto nei settori dei servizi sanitari e dell'assistenza sociale – Anni 1993-2010 (tassi di variazione medi annui)

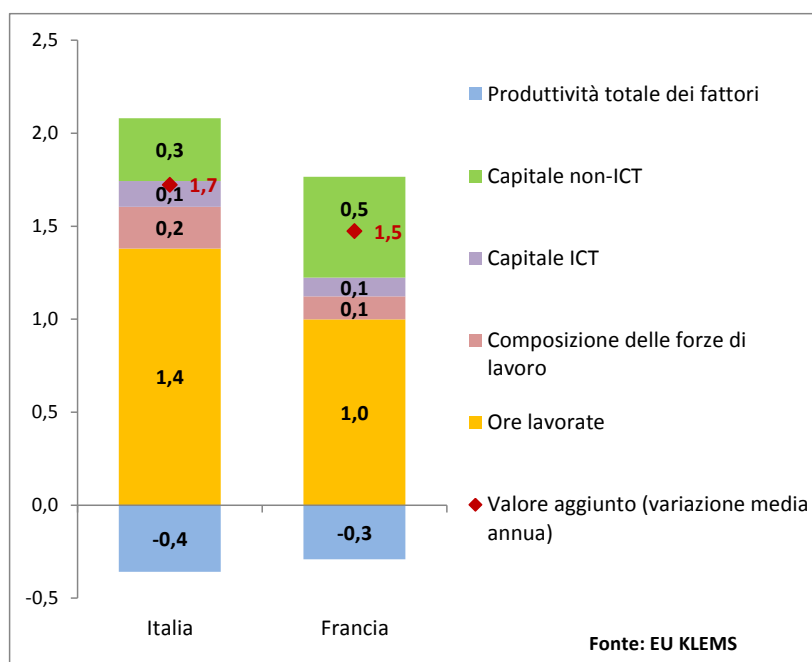


Tavola 2.19 – Contributi alla crescita del valore aggiunto nei settori dei servizi sanitari e dell'assistenza sociale – Anni 1993-2009 (tassi di variazione medi annui)

	Valore aggiunto (variazione media annua)	Contributi alla crescita del valore aggiunto (punti percentuali)				
		Ore lavorate	Composizione delle forze di lavoro	Capitale ICT	Capitale non-ICT	Produttività totale dei fattori
Italia	1,7	1,4	0,2	0,1	0,3	-0,4
Francia	1,5	1,0	0,1	0,1	0,5	-0,3

Fonte: EU KLEMS

Le differenze fra Italia e Francia nei fattori che hanno determinato in entrambi i paesi una dinamica positiva del valore aggiunto nei servizi alla persona e alla famiglia sono, invece, molto significative.

La crescita dell'1,6% del valore aggiunto in Italia nel periodo 1993-2007 (non sono disponibili per questo settore dati più aggiornati) è stata determinata esclusivamente dal saldo fra ore lavorate – che contribuiscono per 1,9 punti percentuali – e il contributo negativo della composizione delle forze di lavoro (-0,2 punti) e della PTF (-0,3 punti) (figura 2.30 e tavola 2.20).

Viceversa, in Francia alla più alta crescita del valore aggiunto (+3,6%) contribuiscono, in misura diversa, tre fattori: ore lavorate (2,6 punti), produttività totale dei fattori (5 decimi di punto) e composizione delle forze di lavoro (4 decimi di punto).

Tenuto conto che nella crescita del valore del lavoro domestico il contributo del capitale non può che essere nullo, occorre sottolineare che in Francia il contributo della maggiore qualità del lavoro degli assistenti fami-

liari e del modello innovativo dei servizi alla persona attraverso gli *Chèque emploi service universel* (CESU) spiegano complessivamente il 25% dell'aumento del valore aggiunto in questo settore. Nel capitolo 4 si analizzeranno in modo più approfondito i modelli di gestione più moderna e innovativa dei servizi alla persona e alla famiglia che sono stati sviluppati in alcuni paesi europei, in particolare in Francia, che hanno come prima finalità la valorizzazione del settore e l'aumento della qualità dei servizi.

Figura 2.30 – Contributi alla crescita del valore aggiunto nelle attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico – Anni 1993-2007 (tassi di variazione medi annui)

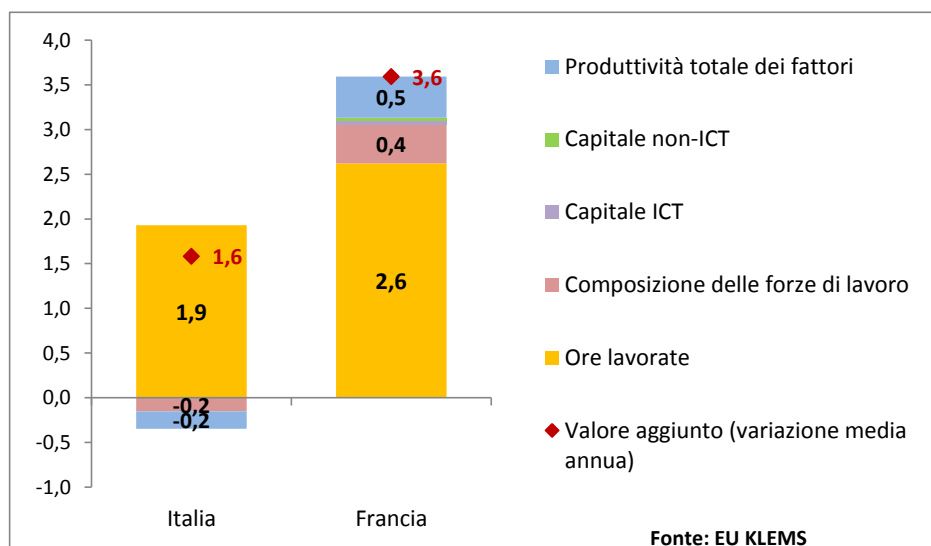


Tavola 2.20 – Contributi alla crescita del valore aggiunto nelle attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico – Anni 1993-2007 (tassi di variazione medi annui)

	Valore aggiunto (variazione media annua)	Contributi alla crescita del valore aggiunto (punti percentuali)				
		Ore lavorate	Composizione delle forze di lavoro	Capitale ICT	Capitale non-ICT	Produttività totale dei fattori
Italia	1,6	1,9	-0,2	0,0	0,0	-0,2
Francia	3,6	2,6	0,4	0,0	0,0	0,5

Fonte: EU KLEMS

2.3 Le imprese, le istituzioni pubbliche e non profit

Dai dati del censimento dell'industria e dei servizi del 2001 e del 2011²⁹ è possibile analizzare le principali caratteristiche delle imprese, delle istituzioni non profit e delle istituzioni pubbliche classificate in tre dei quattro settori dei *white jobs* (assistenza sanitaria, servizi di assistenza sociale residenziale e assistenza sociale non residenziale) e le dinamiche intercensuarie (nel paragrafo 3.1.3 si approfondisce l'analisi del settore dei lavori domestici).

Sono complessivamente 283 mila le unità attive nei settori della sanità e dell'assistenza sociale, con un incremento rispetto al 2001 del 40,4% (+82 mila unità attive) (figura 2.31 e tavola 2.21). L'incremento delle unità di tutti i settori economici nello stesso periodo di 10 anni è stato del 9,3%.

L'aumento del numero delle unità in questi settori dei *white jobs* è stato molto differenziato perché le imprese sono aumentate del 43,3% (+75 mila unità), le istituzioni non profit del 33,7% (+9 mila unità), mentre le istituzioni pubbliche hanno subito una severa flessione dell'82,7% (-2,3 mila unità), probabilmente a causa del processo di "aziendalizzazione" delle ex istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza in molte regioni, che ha comportato una loro riclassificazione, soprattutto nei settori dell'assistenza sociale non residenziale (-95,8%) e dell'assistenza sociale residenziale (-79,9%), mentre è stata più contenuta nel comparto della sanità (-26,4%).

Anche l'incremento delle unità attive nei tre settori economici è stato differenziato: +42,3% nel settore dell'assistenza sanitaria, +24,4% nel settore dell'assistenza sociale residenziale e +27,7% nel settore dell'assistenza sociale non residenziale.

La quota sul totale delle imprese attive nel 2011 (87,1%) è aumentata di quasi due punti percentuali rispetto al 2001 (85,3%), mentre sono diminuite le quote delle istituzioni pubbliche e non profit (figura 2.32).

Figura 2.31 – Unità attive nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per tipologia delle unità – Anni 2001 e 2011 (valori assoluti: scala sx; variazione percentuale 2001/2011: scala dx)

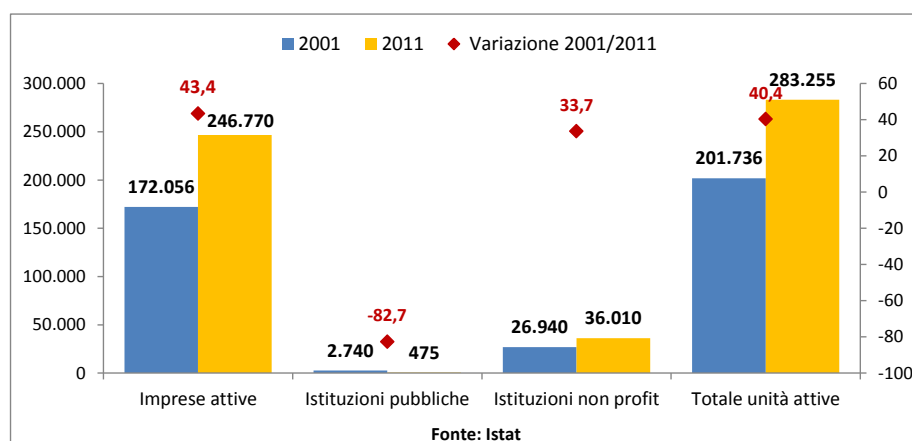
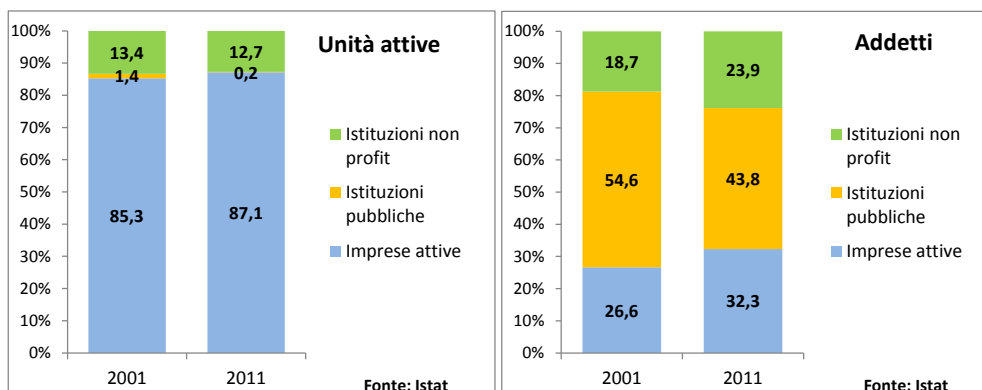


Figura 2.32 – Unità attive e addetti nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per tipologia delle unità – Anni 2001 e 2011 (composizione percentuale)



²⁹ La rilevazione sulle imprese del 9° Censimento generale dell'industria e dei servizi 2011 effettuato dall'Istat rileva le imprese alla data del 31 dicembre 2011. Essa si basa su una tecnica di indagine mista, articolata in una rilevazione campionaria sulle imprese di piccole e medie dimensioni (con meno di 20 addetti) e una rilevazione censuaria sulle imprese di grandi dimensioni (con almeno 20 addetti).

Tavola 2.21 – Unità attive e addetti nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per tipologia delle unità e settore – Anni 2001 e 2011 (valori assoluti e percentuali)

Settore	Tipologia unità	Unità attive				Addetti				Dimensione media (addetti per impresa o istituzione)	
		2001	2011	Variazione 2001/2011		2001	2011	Variazione 2001/2011		2001	2011
		Valori assoluti		%		Valori assoluti		%		Valori assoluti	
Assistenza sanitaria	Imprese attive	169.923	239.828	69.905	41,1	343.326	465.047	121.721	35,5	2	2
	Istituzioni pubbliche	345	254	-91	-26,4	697.689	688.706	-8.983	-1,3	2.022	2.711
	Istituzioni non profit	6.127	10.968	4.841	79	69.702	158.839	89.137	127,9	11	14
	Totale	176.395	251.050	74.655	42,3	1.110.717	1.312.592	201.875	18,2	6	5
Servizi di assistenza sociale residenziale	Imprese attive	974	2.456	1.482	152,2	15.149	33.205	18.056	119,2	16	14
	Istituzioni pubbliche	756	152	-604	-79,9	37.550	10.945	-26.605	-70,9	50	72
	Istituzioni non profit	2.872	3.119	247	8,6	58.757	134.527	75.770	129	20	43
	Totale	4.602	5.727	1.125	24,4	111.456	178.677	67.221	60,3	24	31
Assistenza sociale non residenziale	Imprese attive	1.159	4.486	3.327	287,1	12.090	20.688	8.598	71,1	10	5
	Istituzioni pubbliche	1.639	69	-1.570	-95,8	25.219	3.429	-21.790	-86,4	15	50
	Istituzioni non profit	17.941	21.923	3.982	22,2	132.312	90.581	-41.731	-31,5	7	4
	Totale	20.739	26.478	5.739	27,7	169.621	114.698	-54.923	-32,4	8	4
Sanità e assistenza sociale (totale)	Imprese attive	172.056	246.770	74.714	43,4	370.565	518.940	148.375	40,0	2	2
	Istituzioni pubbliche	2.740	475	-2.265	-82,7	760.458	703.080	-57.378	-7,5	278	1.480
	Istituzioni non profit	26.940	36.010	9.070	33,7	260.771	383.947	123.176	47,2	10	11
	Totale	201.736	283.255	81.519	40,4	1.391.794	1.605.967	214.173	15,4	7	6
Totale (tutti i settori economici)	Imprese attive	4.083.966	4.425.950	341.984	8,4	15.712.908	16.424.086	711.178	4,5	4	4
	Istituzioni pubbliche	15.580	12.183	-3.397	-21,8	3.209.125	2.842.053	-367.072	-11,4	206	233
	Istituzioni non profit	235.232	301.191	65.959	28	488.523	680.811	192.288	39,4	2	2
	Totale	4.334.778	4.739.324	404.546	9,3	19.410.556	19.946.950	536.394	2,8	4	4

Fonte: Istat (Censimento industria e servizi)

Tavola 2.22 – Lavoratori esterni, temporanei e volontari nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per tipologia delle unità e settore – Anni 2001 e 2011 (valori assoluti e percentuali)

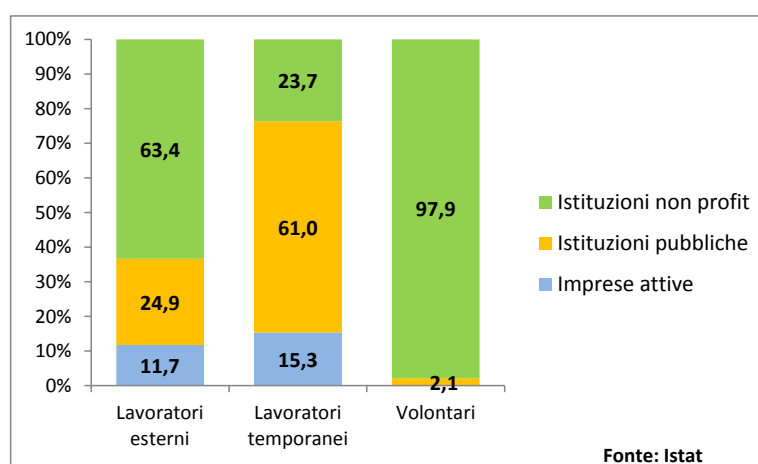
Settore	Tipologia unità	Lavoratori esterni			Lavoratori temporanei			Volontari		
		2001	2011	Variazione 2001/2011	2001	2011	Variazione 2001/2011	2001	2011	Variazione 2001/2011
		Valori assoluti		%	Valori assoluti		%	Valori assoluti		%
Assistenza sanitaria	Imprese attive	22.287	5.697	-74,4	1.248	835	-33,1	..	..	..
	Istituzioni pubbliche	15.007	21.074	40,4	2.539	5.087	100,4	11.042	16.165	46,4
	Istituzioni non profit	4.694	12.643	169,3	277	1.273	359,6	288.039	337.684	17,2
	Totale	41.988	39.414	-6,1	4.064	7.195	77,0	299.081	353.849	18,3
Servizi di assistenza sociale residenziale	Imprese attive	1.043	1.624	55,7	133	532	300,0	..	..	..
	Istituzioni pubbliche	2.045	597	-70,8	558	595	6,6	3.966	2.765	-30,3
	Istituzioni non profit	4.658	12.198	161,9	582	542	-6,9	49.425	66.141	33,8
	Totale	7.746	14.419	86,1	1.273	1.669	31,1	53.391	68.906	29,1
Assistenza sociale non residenziale	Imprese attive	938	2.986	218,3	24	85	254,2	..	..	..
	Istituzioni pubbliche	1.739	225	-87,1	296	107	-63,9	96.001	936	-99,0
	Istituzioni non profit	13.924	30.847	121,5	402	430	7,0	299.035	532.803	78,2
	Totale	16.601	34.058	105,2	722	622	-13,9	395.036	533.739	35,1
Sanità e assistenza sociale (totale)	Imprese attive	24.268	10.307	-57,5	1.405	1.452	3,3	..	..	..
	Istituzioni pubbliche	18.791	21.896	16,5	3.393	5.789	70,6	111.009	19.866	-82,1
	Istituzioni non profit	23.276	55.688	139,3	1.261	2.245	78,0	636.499	936.628	47,2
	Totale	66.335	87.891	32,5	6.059	9.486	56,6	747.508	956.494	28,0
Totale (tutti i settori economici)	Imprese attive	627.607	421.929	-32,8	100.255	123.237	22,9	..	..	..
	Istituzioni pubbliche	98.588	116.429	18,1	14.620	11.506	-21,3	159.253	68.801	-56,8
	Istituzioni non profit	100.525	270.769	169,4	3.743	5.544	48,1	3.315.327	4.758.622	43,5
	Totale	826.720	809.127	-2,1	118.618	140.287	18,3	3.474.580	4.827.423	38,9

Fonte: Istat (Censimento industria e servizi)

Gli addetti³⁰ nel 2011 sono complessivamente circa 1,6 milioni e quasi la metà lavora presso istituzioni pubbliche (43,8%), tuttavia questa quota si è ridotta di quasi 11 punti percentuali, mentre sono aumentate le percentuali delle imprese private e delle istituzioni non profit rispettivamente di sei e di cinque punti. L'aumento medio del numero degli addetti nel complesso dei settori sanitari e sociali in 10 anni è stato del 15,4%, ma con valori più elevati per le imprese (40%) e le istituzioni non profit (47,2%), mentre il settore pubblico ha subito un ridimensionamento del personale (-7,5%) in seguito al blocco del turn over.

I lavoratori esterni (i collaboratori a progetto, quelli con contratto occasionale e i collaboratori con contratto occasionale di tipo accessorio) sono nel 2011 circa 88 mila e in gran parte lavorano presso le istituzioni non profit (63,4%); i lavoratori temporanei (assunti da agenzie di somministrazione di lavoro) sono poco più di 9 mila e sono impiegati prevalentemente nelle istituzioni pubbliche (61%); i volontari sono oltre 956 mila e prestano la loro opera gratuitamente nel 97,9% dei casi nelle istituzioni non profit (*tavola 2.22 e figura 2.33*). Il numero dei lavoratori esterni è aumentato dal 2001 al 2011 del 32,5%, quello dei lavoratori somministrati del 56,6% e quello dei volontari del 28%.

Figura 2.33 – Lavoratori esterni, temporanei e volontari nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per tipologia delle unità – Anno 2011 (composizione percentuale)



La dimensione media delle imprese e delle istituzioni dei tre settori della sanità e dell'assistenza sociale è di 7 addetti nel 2001, che scende a 6 nel 2011 (4 addetti per impresa o istituzione nel complesso dei settori economici), ma con rilevanti differenze se si considera la tipologia delle unità: le imprese sono mediamente molto piccole (2 addetti per impresa nel 2011; 4 addetti nella media di tutti i settori economici), mentre la dimensione media delle istituzioni pubbliche è molto elevata (1.480 addetti per istituzione; 233 nella media totale). Occorre rilevare a questo proposito la significativa crescita della dimensione media delle istituzioni pubbliche, che in dieci anni è aumentata del 400%. Questo fenomeno è spiegato interamente dalla riduzione del numero delle istituzioni pubbliche (-83%) e da una flessione molto contenuta degli addetti (-8%) che ha determinato l'accorpamento in un numero ridotto d'istituzioni del personale e il conseguente aumento della dimensione media. Differenze nella dimensione media delle imprese e delle istituzioni si osservano anche tra i singoli settori economici. La dimensione media delle imprese nel 2011 è maggiore rispetto alla media (2 addetti per impresa) nei servizi di assistenza sociale residenziale (14 addetti per impresa) e in quelli non residenziali (5 addetti per impresa, con un dimezzamento rispetto al 2001), mentre la dimensione media delle aziende del comparto sanitario è rimasta sempre molto piccola (2 addetti per impresa).

Questo settore si caratterizza, di conseguenza, per la presenza di poche e grandi istituzioni pubbliche e di microimprese private, ma soprattutto di professionisti e di partite Iva nel settore della sanità (il 42% dei medici è un lavoratore autonomo; *vedi figura 3.10*).

³⁰ Gli addetti sono costituiti per le imprese dai lavoratori dipendenti e indipendenti. Per le istituzioni pubbliche e per le istituzioni non profit dai soli lavoratori dipendenti. La definizione di addetto è diversa da quella di occupato, così come sono differenti le modalità per la loro rilevazione (censuaria e campionaria), e di conseguenza il numero di lavoratori considerati in questo paragrafo non coincide con quella degli occupati analizzati nel paragrafo 2.1 (si veda a questo proposito: Leonello Tronti, *Una proposta di metodo: osservazioni e raccomandazioni sulla definizione e la classificazione di alcune variabili attinenti al mercato del lavoro*, 2002). In ogni caso nel 2011 gli addetti, i lavoratori esterni e temporanei dei tre settori presi in considerazione sono 1 milione 703 mila, mentre gli occupati sono 1 milione 965 mila.

In controtendenza è la dinamica dimensionale delle istituzioni non profit che aumentano, seppur lievemente, la loro grandezza media in 10 anni, da 10 a 11 dipendenti. L'incremento maggiore si registra nel settore dell'assistenza sociale residenziale, nel quale è più che raddoppiato il numero medio di addetti per istituzione, passando da 20 a 43.

Il totale delle unità attive nel 2011 è ripartito per il 49,6% nelle regioni del Nord, per il 22,8% in quelle del Centro e per il 27,6% in quelle del Mezzogiorno, ma il 68,4% delle istituzioni pubbliche è localizzato nelle regioni settentrionali (figura 2.34 e tavola 2.23).

Rispetto alla crescita media delle unità attive del 40,4%, aumenti maggiori si registrano nel Nord (46,1%) e minori nel Mezzogiorno (30,4%). Viceversa, nelle regioni meridionali si osserva un maggiore aumento delle istituzioni non profit (45,6%), mentre nel Nord aumenta maggiormente il numero delle imprese attive (52,2%).

Figura 2.34 – Unità attive nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per tipologia delle unità e ripartizione – Anno 2011 (composizione percentuale)

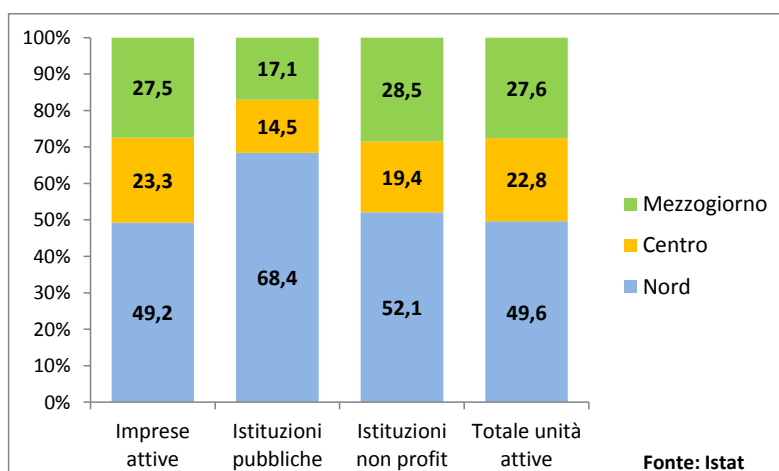


Tavola 2.23 – Unità attive nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per tipologia delle unità e ripartizione – Anni 2001 e 2011 (valori assoluti e percentuali)

	Imprese attive	Istituzioni pubbliche	Istituzioni non profit	Totale unità attive	Imprese attive	Istituzioni pubbliche	Istituzioni non profit	Totale unità attive	Imprese attive	Istituzioni pubbliche	Istituzioni non profit	Totale unità attive
	2001				2011				Variazione 2001/2011			
	Valori assoluti								%			
Nord	79.848	1.827	14.529	96.204	121.501	325	18.756	140.582	52,2	-82,2	29,1	46,1
Centro	39.946	331	5.357	45.634	57.527	69	6.982	64.578	44,0	-79,2	30,3	41,5
Mezzogiorno	52.262	582	7.054	59.898	67.742	81	10.272	78.095	29,6	-86,1	45,6	30,4
ITALIA	172.056	2.740	26.940	201.736	246.770	475	36.010	283.255	43,4	-82,7	33,7	40,4

Fonte: Istat (Censimento industria e servizi)

Sono complessivamente 956 mila i volontari che hanno prestato la loro opera gratuitamente nei settori della sanità e dell'assistenza sociale nel 2011 e di questi il 57,2% risiedeva nel Nord, il 22,2% nel Centro e il 20,6% nel Mezzogiorno (figura 2.35 e tavola 2.24). La quota di volontari del Centro si è ridotta rispetto al 2001 di quasi 10 punti percentuali e di conseguenza è aumentata di quasi 8 punti quella del Nord e di quasi 2 punti quella del Mezzogiorno.

Il numero di volontari nei settori della sanità e dell'assistenza sociale è aumentato in 10 anni del 28% (+209 mila unità), grazie al saldo positivo tra la loro riduzione nelle imprese pubbliche (-82,2%, pari a -91 mila unità) e l'aumento nelle istituzioni non profit (+47,2%, pari a +300 mila unità). Di conseguenza nel 2011 il 97,9% dei volontari ha operato in istituzioni non profit e il 2,1% in quelle pubbliche.

Nel 2011 il 55,8% dei volontari ha prestato la propria opera nel settore dell'assistenza sociale non residenziale (534 mila unità), il 37% in quello dell'assistenza sanitaria (354 mila unità) e il 7,2% nei servizi di assistenza sociale residenziale (figura 2.36).

Rispetto al 2011, si osserva una riduzione di tre punti percentuali dei volontari che operano nell'assistenza sanitaria e un aumento della stessa misura della quota che opera nell'assistenza sociale residenziale.

Figura 2.35 – Volontari nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per ripartizione – Anni 2001 e 2011 (composizione percentuale)

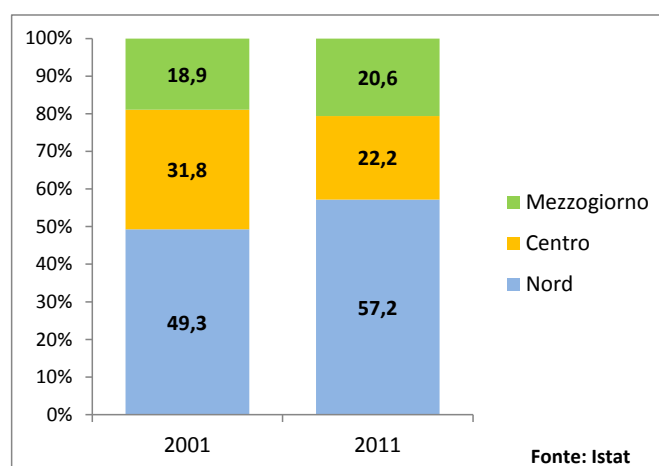


Figura 2.36 – Volontari nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per settore– Anni 2001 e 2011 (composizione percentuale)

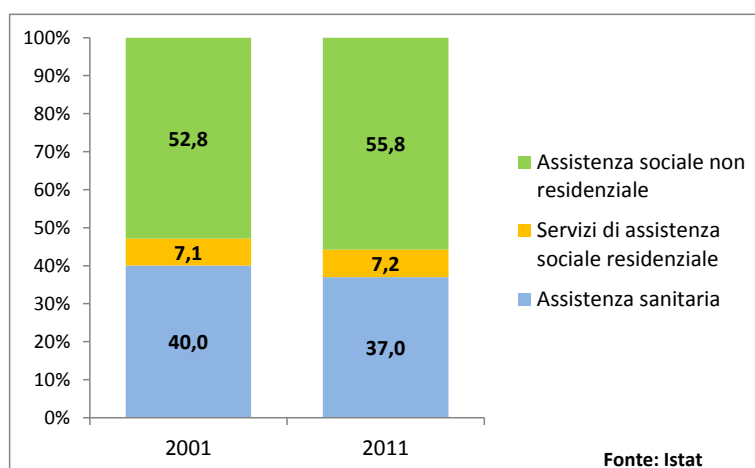


Tavola 2.24 – Volontari nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per tipologia delle unità e settore– Anni 2001 e 2011 (valori assoluti e percentuali)

Settore	Tipologia unità	2001	2011	2001	2011	Variazione 2001/2011	
		Valori assoluti		Composizione percentuale		V.a.	%
Assistenza sanitaria	Imprese attive			0	0		
	Istituzioni pubbliche	11.042	16.165	3,7	4,6	5.123	46,4
	Istituzioni non profit	288.039	337.684	96,3	95,4	49.645	17,2
	Totale	299.081	353.849	100,0	100,0	54.768	18,3
Servizi di assistenza sociale residenziale	Imprese attive			0	0		
	Istituzioni pubbliche	3.966	2.765	7,4	4,0	-1.201	-30,3
	Istituzioni non profit	49.425	66.141	92,6	96,0	16.716	33,8
	Totale	53.391	68.906	100,0	100,0	15.515	29,1
Assistenza sociale non residenziale	Imprese attive			0	0		
	Istituzioni pubbliche	96.001	936	24,3	0,2	-95.065	-99,0
	Istituzioni non profit	299.035	532.803	75,7	99,8	233.768	78,2
	Totale	395.036	533.739	100,0	100,0	138.703	35,1
Sanità e assistenza sociale (totale)	Imprese attive			0	0		
	Istituzioni pubbliche	111.009	19.866	14,9	2,1	-91.143	-82,1
	Istituzioni non profit	636.499	936.628	85,1	97,9	300.129	47,2
	Totale	747.508	956.494	100,0	100,0	208.986	28,0

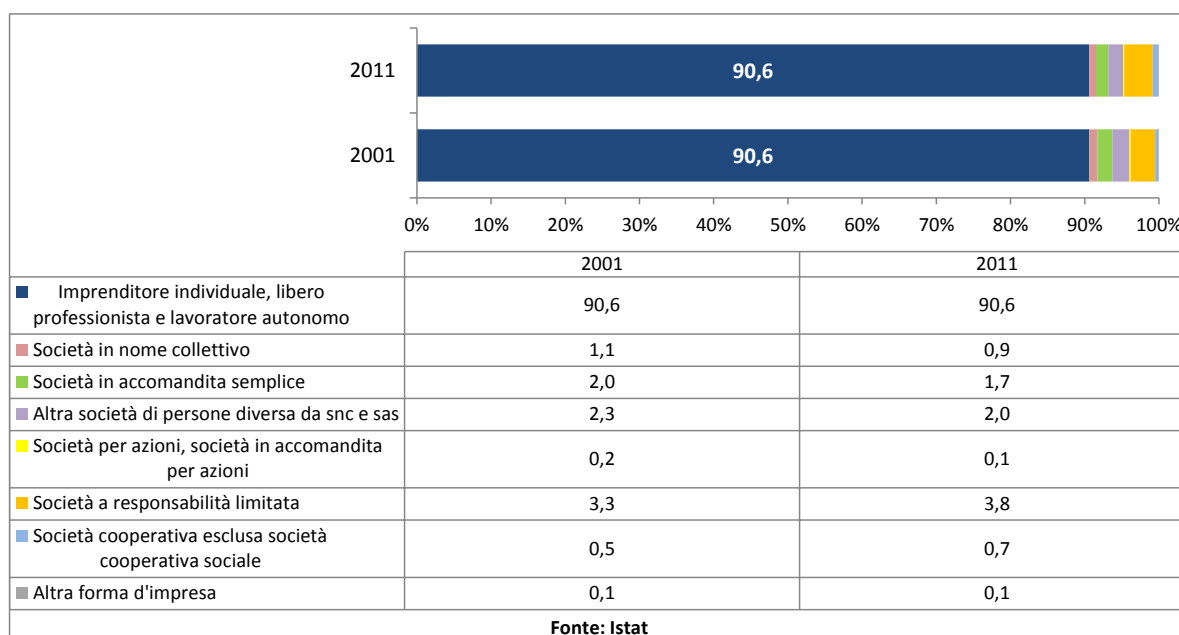
Fonte: Istat (Censimento industria e servizi)

La prevalenza delle microimprese nei tre settori della sanità e dell'assistenza sociale si riflette sulla loro forma giuridica: il 90,6% (225 mila unità) è costituito da un imprenditore individuale, libero professionista e lavoratore autonomo e questa quota rimane immutata dal 2001 al 2011 (*figura 2.37*).

Le società a responsabilità limitata sono il 3,8% (9 mila unità), con un aumento di mezzo punto percentuale rispetto al 2001, mentre le società per azioni rappresentano una quota insignificante dello 0,1% (345 unità) che si riduce rispetto al 2001 (0,2%).

Mediamente in 10 anni il numero delle imprese nei tre settori della sanità e dell'assistenza sociale è aumentato del 43,4%, quello delle aziende con la forma giuridica dell'imprenditore individuale, libero professionista e autonomo è cresciuto della stessa misura, dal momento che queste costituiscono più del 90% dei settori; le s.r.l. aumentano del 67,2% e le società per azioni solo del 14,2%.

Figura 2.37 – Imprese attive nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per forma giuridica– Anni 2001 e 2011 (composizione percentuale)



Il numero degli addetti si distribuisce fra le imprese con diversa natura giuridica in modo meno indifferenziato, dal momento che nel 2011 il 57,6% (291 mila unità) è un imprenditore individuale, libero professionista o lavoratore autonomo, il 18,9% (98 mila unità) è occupato presso le 3,8 mila società a responsabilità limitata, il 10% (52 mila unità) nelle 345 società per azioni, il 9,1% (47 mila unità) complessivamente nelle società di persone (in nome collettivo, in accomandita semplice e semplice) e il 3,4% (18 mila unità) nelle cooperative, escluse quelle sociali (*figura 2.38*).

A fronte di un aumento medio degli addetti di queste imprese del 40%, nelle microimprese individuali la crescita è del 36,1%, nelle s.r.l. del 52,3%, nelle società per azioni del 48,4%, nelle società di persone del 22,6% e nelle cooperative solo dello 0,9%.

È interessante osservare nel grafico successivo (*figura 2.39*) la dimensione media delle imprese (in addetti) per forma giuridica: il valore più alto si registra, come è del resto atteso, nelle società per azioni nelle quali, peraltro, aumenta nel corso di 10 anni (116 addetti nel 2001 e 151 nel 2011), seguito da quelle di altre forme d'impresa (19 addetti nel 2001 e 48 nel 2011), mentre il numero di addetti per impresa è pari a 10 nelle società cooperative e in quelle a responsabilità limitata, ma l'aumento maggiore rispetto al 2001 si osserva nelle prime.

Figura 2.38 – Addetti delle imprese attive nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per forma giuridica – Anni 2001 e 2011 (composizione percentuale)

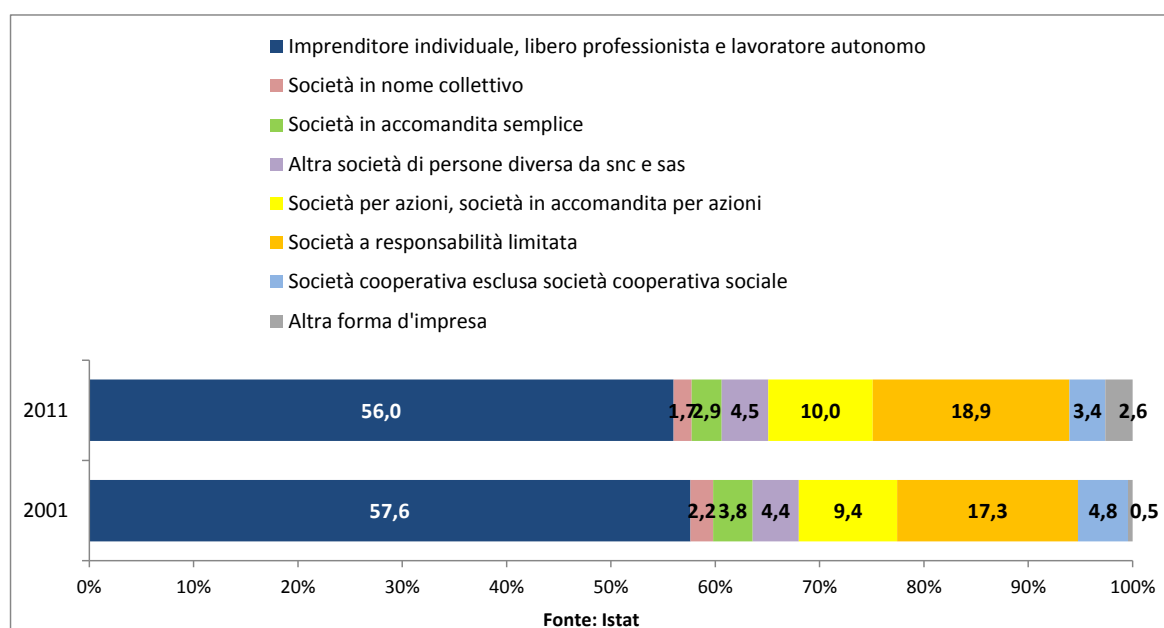
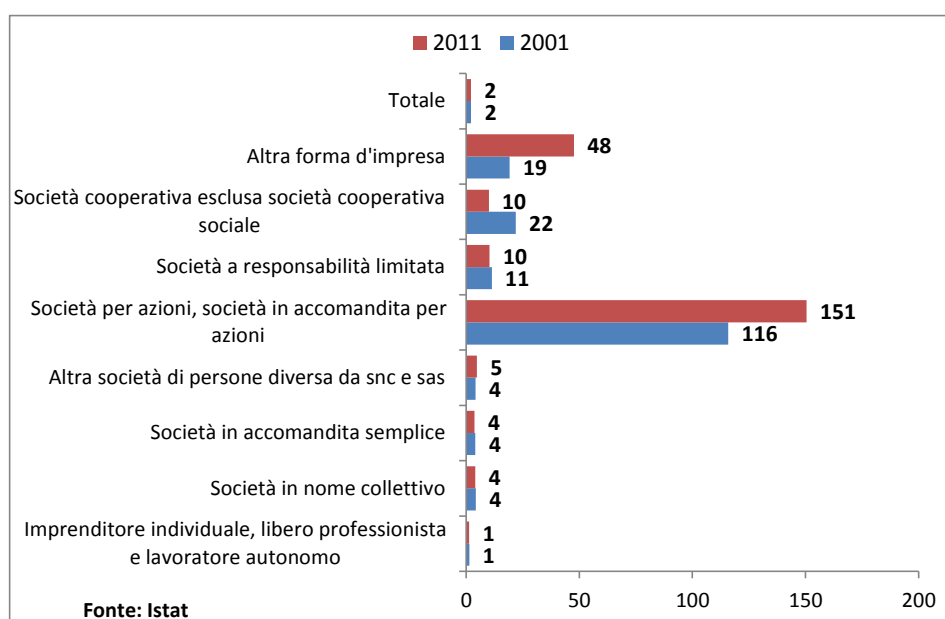


Figura 2.39 – Numero medio di addetti delle imprese attive nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per forma giuridica– Anni 2001 e 2011 (valori assoluti)



Le istituzioni non profit sono costituite nel 2011 nel 46,2% dei casi da associazioni non riconosciute, nel 28,3% da associazioni riconosciute, nel 15,7% da cooperative sociali, nel 4,7% da fondazioni e nel 5,2% da altre istituzioni (*figura 2.40*).

Le variazioni più significative della composizione per forma giuridica rispetto al 2001 sono l'aumento di 15 punti percentuali della quota delle associazioni non riconosciute e la riduzione di più di 10 punti della quota delle associazioni riconosciute. Probabilmente questo fenomeno è stato determinato dagli oneri che comporta il riconoscimento e soprattutto dal fatto che attualmente le associazioni non riconosciute godono di una capacità giuridica piena, possono gestire notevoli risorse finanziarie e beneficiare di contributi statali se ottengono la qualifica di Onlus (organizzazione non lucrativa di utilità sociale).

Infatti, mentre le associazioni non riconosciute aumentano nel corso di dieci anni del 97,7%, quelle riconosciute subiscono una flessione del 2,3%. Aumenti significativi si osservano anche per le fondazioni (+58,4%) e per le cooperative sociali (+42,5%) (*tavola 2.25*).

Ma alla numerosità delle associazioni non corrisponde un proporzionale numero di lavoratori: gli addetti delle 17 mila associazioni non riconosciute sono pari solo al 3,9% del totale, mentre quelli delle 6 mila cooperative sociali rappresentano quasi il 60%, quota che è aumentata di 12 punti dal 2001 al 2011. Occorre osservare a questo proposito che il 46,9% dei volontari presta la propria opera presso le associazioni non riconosciute (il 41,9% nelle associazioni riconosciute) e solo il 2,9% nelle cooperative sociali.

Figura 2.40 – Unità attive e addetti delle istituzioni non profit nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per forma giuridica – Anni 2001 e 2011 (composizione percentuale)

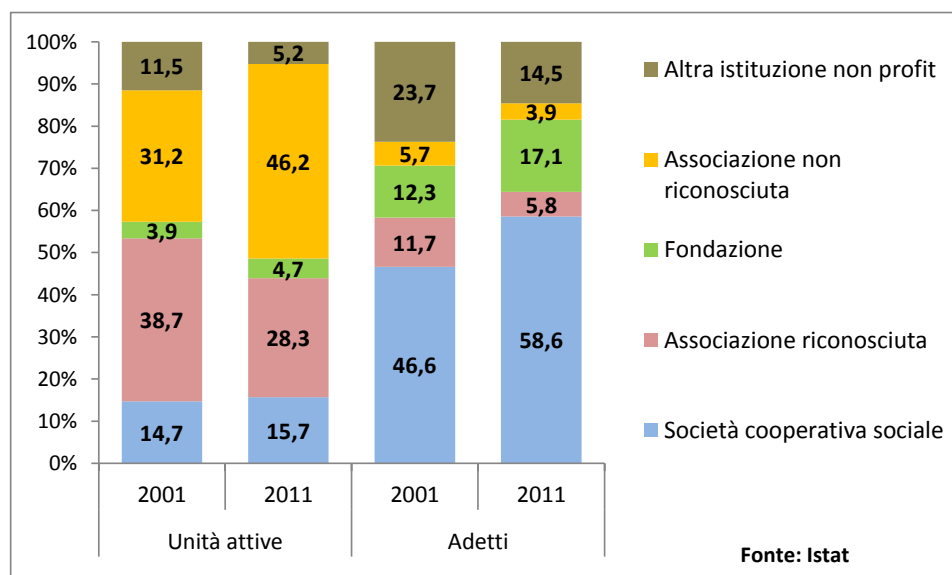


Tavola 2.25 – Unità attive e addetti nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per tipologia delle unità e forma giuridica – Anni 2001 e 2011 (valori assoluti e percentuali)

Tipologia unità	Forma giuridica	Numero unità attive				Numero addetti			
		2001	2011	Variazione 2001/2011		2001	2011	Variazione 2001/2011	
		Valori assoluti		%		Valori assoluti		%	
Imprese attive	Imprenditore individuale, libero professionista e lavoratore autonomo	155.907	223.611	67.704	43,4	213.513	290.628	77.115	36,1
	Società in nome collettivo	1.894	2.219	325	17,2	8.033	8.940	907	11,3
	Società in accomandita semplice	3.470	4.153	683	19,7	14.075	15.032	957	6,8
	Altra società di persone diversa da snc e sas	3.932	4.911	979	24,9	16.348	23.156	6.808	41,6
	Società per azioni, società in accomandita per azioni	302	345	43	14,2	34.988	51.925	16.937	48,4
	Società a responsabilità limitata	5.658	9.462	3.804	67,2	64.238	97.850	33.612	52,3
	Società cooperativa esclusa società cooperativa sociale	806	1.785	979	121,5	17.701	17.860	159	0,9
	Altra forma d'impresa	87	284	197	226,4	1.669	13.549	11.880	711,8
Totale		172.056	246.770	74.714	43,4	370.565	518.940	148.375	40,0
Istituzioni pubbliche	Azienda o ente del servizio sanitario nazionale	321	233	-88	-27,4	696.521	671.849	-24.672	-3,5
	Altra istituzione pubblica	2.419	242	-2.177	-90,0	63.937	31.231	-32.706	-51,2
	Totale	2.740	475	-2.265	-82,7	760.458	703.080	-57.378	-7,5
Istituzioni non profit	Società cooperativa sociale	3.960	5.644	1.684	42,5	121.624	224.944	103.320	85,0
	Associazione riconosciuta	10.415	10.173	-242	-2,3	30.506	22.250	-8.256	-27,1
	Fondazione	1.061	1.681	620	58,4	32.055	65.843	33.788	105,4
	Associazione non riconosciuta	8.414	16.635	8.221	97,7	14.860	15.095	235	1,6
	Altra istituzione non profit	3.090	1.877	-1.213	-39,3	61.726	55.815	-5.911	-9,6
Totale		26.940	36.010	9.070	33,7	260.771	383.947	123.176	47,2
Totale		201.736	283.255	81.519	40,4	1.391.794	1.605.967	214.173	15,4

Fonte: Istat (Censimento industria e servizi)

Complessivamente il 97% delle unità attive nei tre settori della sanità e dell'assistenza sociale (residenziale e non) ha un numero di addetti tra zero e nove – quota di micro-unità che è aumentata di quasi un punto percentuale dal 2001 al 2011 – il 2,7% si colloca nella classe d'addetti tra 10 e 49, mentre sono insignificanti le percentuali per le altre classi dimensionali (*figura 2.41 e tavola 2.26*).

Viceversa, come è stato già osservato precedentemente, oltre la metà degli addetti (57,1%) è occupata in grandi unità con 250 addetti e più, il 23,2% in micro-unità (0-9 addetti), il 12,1% in medie unità (50-249 addetti) e il 7,6% in piccole unità (10-49 addetti). Anche in questo caso diminuisce di oltre tre punti percentuali il numero degli addetti occupati delle grandi unità e aumenta quello delle medie e micro-unità.

Nel 2011 le microimprese sono pari al 98,7% del totale e solo l'1% è composto da piccole imprese. La dimensione tra 0 e 9 addetti prevale anche nelle istituzioni non profit (87,1%), mentre nelle istituzioni pubbliche più della metà sono grandi unità (53,1%)³¹ (*figura 2.42*).

Nelle microimprese è occupato il 67,4% degli addetti e il restante 32,6% nelle piccole (9,3%), medie (12,6%) e grandi imprese (10,7%); viceversa, nelle istituzioni pubbliche il 98,4% degli addetti è occupato nelle grandi unità e anche nelle istituzioni non profit solo 227 grandi unità (con 250 addetti e più) occupano il 44,4% degli addetti e 1.168 medie unità occupano il 31,3% degli addetti.

I maggiori aumenti complessivi del numero delle unità e degli addetti tra il 2001 e il 2011 si registrano tra le micro-unità (rispettivamente del 41,6% e del 29,9%) e le medie unità (rispettivamente del 26% e del 29,8%).

Figura 2.41 – Unità attive e addetti nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per classe d'addetti – Anni 2001 e 2011 (composizione percentuale)

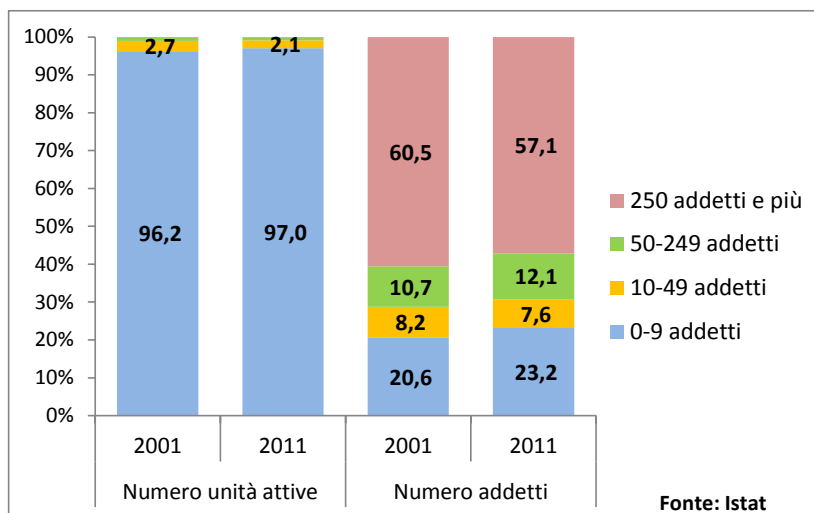
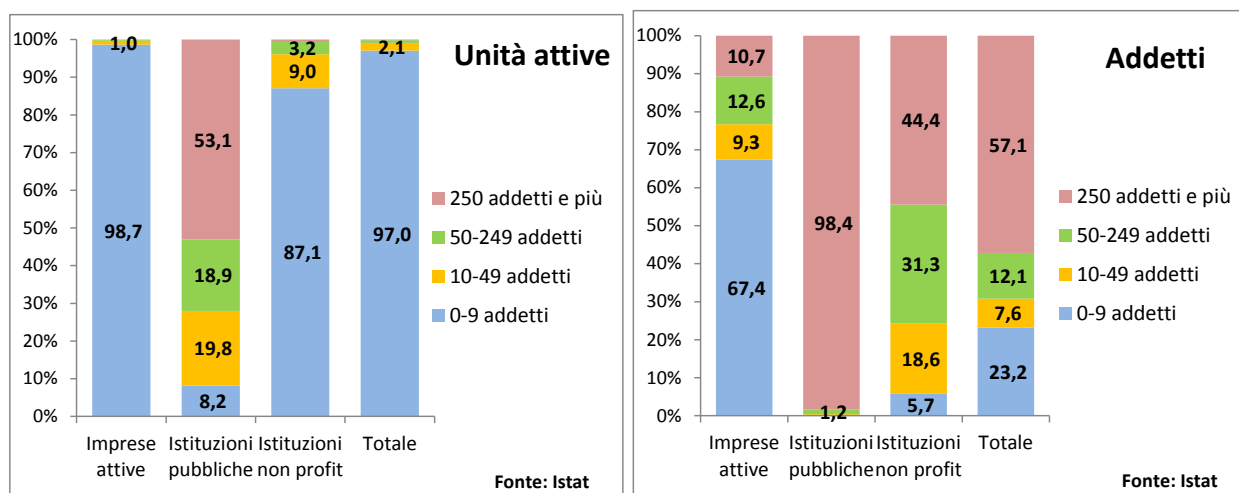


Figura 2.42 – Unità attive e addetti nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per classe d'addetti e tipologia di unità – Anno 2011 (composizione percentuale)



³¹ La dimensione d'impresa è così classificata: microimprese (0-9 addetti), piccole imprese (10-49 addetti), medie imprese (50-249 addetti) e grandi imprese (250 addetti e più).

Tavola 2.26 – Unità attive e addetti nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per classe d'addetti – Anni 2001 e 2011 (valori assoluti e composizione percentuale)

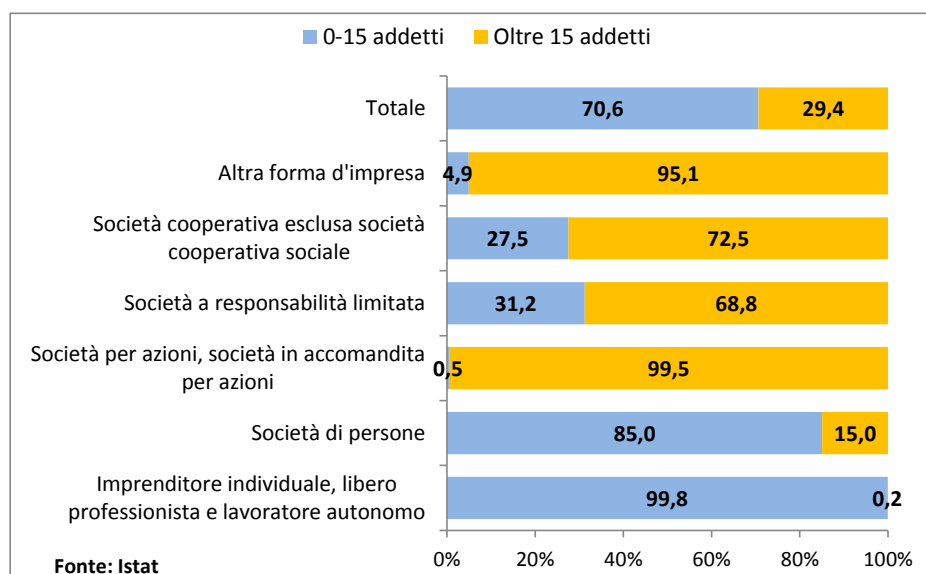
Tipologia unità	Classe d'addetti	Numero unità attive					Numero addetti				
		2001		2011		Variazione 2001-2011	2001		2011		Variazione 2001-2011
		V.a.	Comp. %	V.a.	Comp. %	%	V.a.	Comp. %	V.a.	Comp. %	%
Imprese attive	0-9 addetti	169.700	98,6	243.475	98,7	43,5	259.256	70,0	349.754	67,4	34,9
	10-49 addetti	1.823	1,1	2.555	1,0	40,2	34.595	9,3	48.342	9,3	39,7
	50-249 addetti	471	0,3	645	0,3	36,9	47.720	12,9	65.249	12,6	36,7
	250 addetti e più	62	0,0	95	0,0	53,2	28.994	7,8	55.595	10,7	91,7
	Totale	172.056	100,0	246.770	100,0	43,4	370.565	100,0	518.940	100,0	40,0
Istituzioni pubbliche	0-9 addetti	1.206	44,0	39	8,2	-96,8	5.512	0,7	127	0,0	- 97,7
	10-49 addetti	941	34,3	94	19,8	- 90,0	18.975	2,5	2.635	0,4	- 86,1
	50-249 addetti	247	9,0	90	18,9	-63,6	23.865	3,1	8.732	1,2	- 63,4
	250 addetti e più	346	12,6	252	53,1	- 27,2	712.106	93,6	691.586	98,4	- 2,9
	Totale	2.740	100,0	475	100,0	-82,7	760.458	100,0	703.080	100,0	-7,5
Istituzioni non profit	0-9 addetti	23.246	86,3	31.365	87,1	34,9	21.447	8,2	22.035	5,7	2,7
	10-49 addetti	2.769	10,3	3.250	9,0	17,4	59.988	23,0	71.419	18,6	19,1
	50-249 addetti	792	2,9	1.168	3,2	47,5	77.769	29,8	120.007	31,3	54,3
	250 addetti e più	133	0,5	227	0,6	70,7	101.567	38,9	170.486	44,4	67,9
	Totale	26.940	100,0	36.010	100,0	33,7	260.771	100,0	383.947	100,0	47,2
Totale	0-9 addetti	194.152	96,2	274.879	97,0	41,6	286.215	20,6	371.916	23,2	29,9
	10-49 addetti	5.533	2,7	5.899	2,1	6,6	113.558	8,2	122.396	7,6	7,8
	50-249 addetti	1.510	0,7	1.903	0,7	26,0	149.354	10,7	193.988	12,1	29,9
	250 addetti e più	541	0,3	574	0,2	6,1	842.667	60,5	917.667	57,1	8,9
	Totale	201.736	100,0	283.255	100,0	40,4	1.391.794	100,0	1.605.967	100,0	15,4

Fonte: Istat (Censimento industria e servizi)

Nel grafico successivo gli addetti delle imprese dei tre settori della sanità e dell'assistenza sociale sono divisi tra due sole classi dimensionali: fino a 15 addetti e oltre 15 addetti e cioè sotto o sopra la soglia di validità dell'articolo 18 dello statuto dei lavoratori (*figura 2.43*).

Complessivamente il 70,6% dei lavoratori è occupato in imprese con al massimo 15 addetti e il restante 29,4% nelle imprese che superano la soglia dei 15 addetti. Nelle prime si osserva una crescita degli addetti dal 2001 al 2011 del 31,7% e nelle secondo del 48,4%. Ma la classe dimensionale fino a 15 addetti è ovviamente prevalente nelle imprese individuali, tra i liberi professionisti e autonomi (99,8% degli addetti), e nelle società di persone (85%), mentre quella con oltre 15 addetti nelle società per azioni (99,5%), nelle società a responsabilità limitata (68,8%), nelle società cooperative (72,5%) e nelle altre forme d'impresa (95,1%).

Figura 2.43 – Addetti delle imprese attive nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per forma giuridica e classe d'addetti – Anno 2011 (composizione percentuale)



2.3.1 La microimprenditorialità

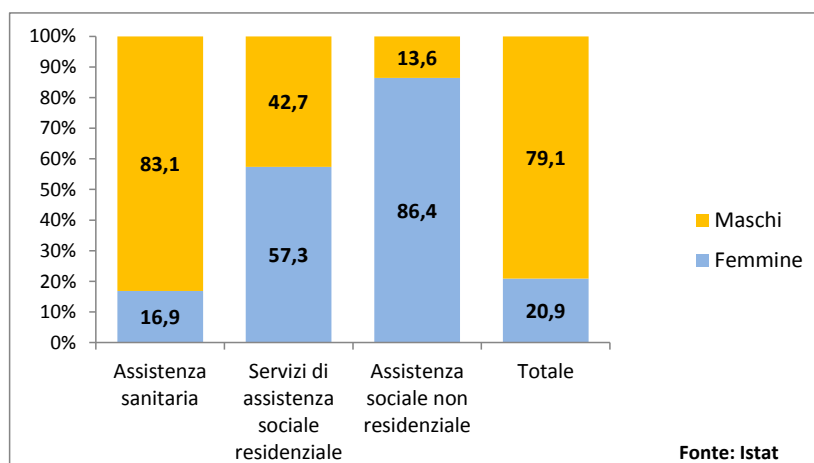
Nell'ambito del censimento è stata condotta un'indagine sulle imprese a conduzione familiare con meno di 10 addetti che ha rilevato informazioni sociodemografiche sugli imprenditori di circa 705 mila unità, delle quali 21 mila operano nei settori della sanità e dell'assistenza sociale³².

La grande maggioranza dei titolari di microimprese a gestione familiare nei settori della sanità e dell'assistenza sociale è composta da uomini (79,1% a fronte del 20,9% delle donne) (figura 2.44 e tavola 2.24).

Questo valore medio presenta significative differenze nei singoli settori di attività: la quota più bassa di imprenditrici si osserva nel settore dell'assistenza sanitaria (16,9%), con valori più alti nel segmento dei servizi ospedalieri (37,7%) rispetto a quelli degli studi medici (14,4%), e quella più alta nell'assistenza sociale residenziale in cui le imprenditrici sono in larga maggioranza (86,4%), in particolare nelle altre attività che comprendono gli asili nido e le strutture di assistenza diurna per minori disabili (88,1%).

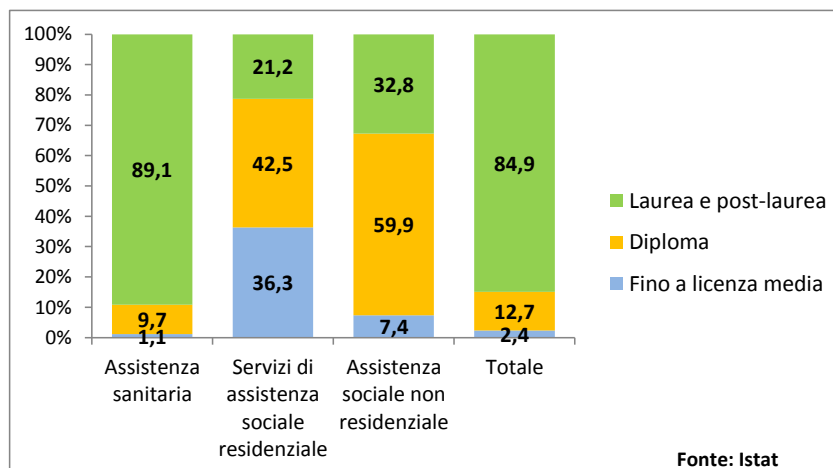
Le imprenditrici sono in maggioranza anche nel settore dei servizi di assistenza sociale residenziale (57,3%), in particolare nelle strutture di assistenza infermieristica (66,1%).

Figura 2.44 – Imprenditori delle microimprese (3-9 addetti) a conduzione familiare nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per sesso – Anno 2011 (composizione percentuale)



Il titolo di studio prevalente dei titolari di microimprese a gestione familiare nei settori della sanità e dell'assistenza sociale è la laurea (84,9%), quota che è pari solo al 14,8% per il complesso di tutti i settori economici (figura 2.45 e tavola 2.27). La quota d'imprenditori con titolo universitario è nettamente inferiore alla media nei settori dei servizi di assistenza sociale residenziale (21,2%) e di assistenza sociale non residenziale (32,8%), mentre rappresenta quasi il 90% nel settore dell'assistenza sanitaria (89,1%).

Figura 2.45 – Imprenditori delle microimprese (3-9 addetti) a conduzione familiare nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per titolo di studio – Anno 2011 (composizione percentuale)



³² Si tratta di imprese tra i 3 e i 9 addetti che hanno dichiarato di avere come responsabile della gestione dell'impresa l'imprenditore o il socio principale o un altro membro della famiglia proprietaria/controlante.

Tavola 2.27 – Imprenditori delle microimprese (3-9 addetti) a conduzione familiare nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per sesso e titolo di studio – Anno 2011 (composizione percentuale)

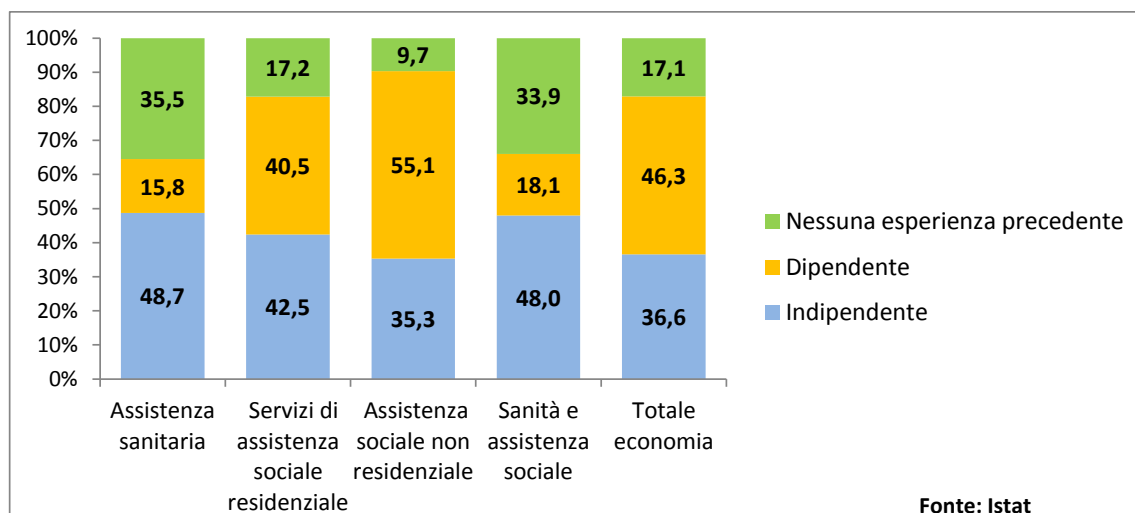
	Femmine	Maschi	Fino a licenza media	Diploma	Laurea e post-laurea	Totale
Assistenza sanitaria	16,9	83,1	1,1	9,7	89,1	100,0
Assistenza sanitaria	16,9	83,1	1,1	9,7	89,1	100,0
Servizi ospedalieri	37,7	62,3	16,4	21,3	62,3	100,0
Servizi degli studi medici e odontoiatrici	14,4	85,6	0,5	7,6	92,0	100,0
Altri servizi di assistenza sanitaria	30,8	69,2	4,8	21,5	73,8	100,0
Assistenza sociale residenziale e non	74,9	25,1	18,7	53,0	28,2	100,0
Servizi di assistenza sociale residenziale	57,3	42,7	36,3	42,5	21,2	100,0
Strutture di assistenza infermieristica residenziale	66,1	33,9	28,6	47,3	24,1	100,0
Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti	63,6	36,4	18,2	63,6	18,2	100,0
Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	55,6	44,4	42,2	38,0	19,8	100,0
Altre strutture di assistenza sociale residenziale	52,6	47,4	27,7	49,1	23,2	100,0
Assistenza sociale non residenziale	86,4	13,6	7,4	59,9	32,8	100,0
Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	75,7	24,3	14,8	69,6	15,7	100,0
Altre attività di assistenza sociale non residenziale	88,1	11,9	6,2	58,4	35,4	100,0
Totale	20,9	79,1	2,4	12,7	84,9	100,0

Fonte: Istat (Censimento industria e servizi)

Complessivamente, il 46,3% degli imprenditori delle 705 mila microimprese a gestione familiare ha avuto come precedente esperienza lavorativa il lavoro dipendente e il 36,6% il lavoro indipendente, mentre nel totale dei settori sanitari (21 mila unità) i più frequenti passaggi si manifestano da lavoro indipendente a titolarità d'impresa (48%) (figura 2.46).

Solo nel settore dell'assistenza sanitaria sociale non residenziale si registra una quota maggiore di passaggi da lavoro dipendente a creazione d'impresa (55,1%), mentre nel settore sanitario il 35,5% dei titolari d'impresa non ha alle spalle una precedente esperienza di lavoro.

Figura 2.46 – Imprenditori delle microimprese (3-9 addetti) a conduzione familiare nei settori della sanità e dell'assistenza sociale e nel totale dell'economia per precedente esperienza di lavoro – Anno 2011 (composizione percentuale)



2.4 La competitività delle imprese

La recente pubblicazione da parte dell'Istat dei dati dettagliati sulla competitività dei sistemi produttivi raccolti nell'Archivio Statistico delle Imprese Attive (ASIA copre le sezioni da B a S della classificazione ATECO 2007 dei settori economici, a esclusione delle attività finanziarie e assicurative – sezione K – dell'amministrazione pubblica, difesa e assicurazione sociale obbligatoria – sezione O – e della divisione 94 – attività di organizzazioni associative) consente di analizzare le performance delle imprese dei tre settori della sanità e dell'assistenza sociale (escluse le istituzioni pubbliche e non profit), che costituiscono una parte importante dei *white jobs*, e le dinamiche di questi comparti nel corso del ciclo recessivo, dal 2008 al 2011.

La disponibilità dei dati fino al quarto livello di classificazione delle attività economiche consente una migliore identificazione delle attività molto diversificate che costituiscono il comparto della sanità e dell'assistenza sociale.

Le imprese nei tre settori della sanità e dell'assistenza sociale sono, nel 2011, 254 mila e aumentano il loro numero rispetto al 2008 del 9,6% (tavola 2.28). La crescita maggiore del numero delle imprese si registra nel settore dell'assistenza sociale non residenziale (31,8%), seguito dal comparto dei servizi di assistenza sociale residenziale (17%).

Gli addetti sono circa 749 mila e sono aumentati dal 2008 del 9%. Anche in questo caso l'aumento maggiore del numero degli addetti si osserva nel settore dell'assistenza sociale non residenziale (13,3%) e dei servizi di assistenza sociale residenziale (12,7%).

Nonostante la crisi economica, le imprese dei settori sanitari e sociali hanno continuato a crescere per quanto riguarda il numero delle unità e degli addetti. La domanda di questi servizi sembra anelastica rispetto al reddito, mentre quella dei servizi alla persona ha subito una contrazione negli ultimi due anni.

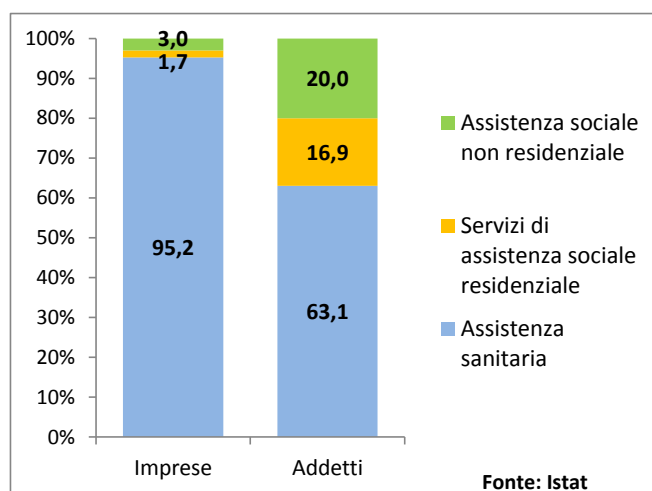
La grande maggioranza delle imprese opera nel settore della sanità (95,2%), mentre gli addetti si ripartiscono in maniera meno sbilanciata fra i settori dell'assistenza sanitaria (63,1%), dei servizi di assistenza sociale residenziale (16,9%) e dell'assistenza sociale non residenziale (20,0%) (figura 2.47).

Tavola 2.28 – Imprese e addetti nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per settore – Anni 2008 e 2011 (valori assoluti e percentuali)

	Imprese			Addetti		
	2008	2011	Var. 2008-2011	2008	2011	Var. 2008-2011
	Valori assoluti		%	Valori assoluti		%
Assistenza sanitaria	222.168	241.884	8,9	441.913	471.996	6,8
Servizi di assistenza sociale residenziale	3.758	4.397	17,0	112.340	126.556	12,7
Assistenza sociale non residenziale	5.850	7.708	31,8	132.388	150.042	13,3
Sanità e assistenza sociale	231.776	253.989	9,6	686.641	748.594	9,0

Fonte: Istat (Archivio statistico delle imprese attive – ASIA)

Figura 2.47 – Imprese e addetti nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per settore – Anno 2011 (composizione percentuale)



La segmentazione più dettagliata fino al quarto digit della classificazione ATECO del numero delle imprese e degli addetti del comparto della sanità e dell'assistenza sociale consente una migliore identificazione del peso e delle caratteristiche delle singole attività che compongono questo comparto (*figura 2.48 e tavole 2.29 e 2.30*).

Nel 2011 più di un terzo degli addetti – che comprendono oltre ai lavoratori dipendenti e autonomi anche i titolari dell'impresa, i cooperatori (soci di cooperative che percepiscono un compenso) e i coadiuvanti familiari – lavora presso uno studio medico e odontoiatrico, probabilmente come professionista (35,4%, pari a 265 mila unità), anche se questa quota diminuisce dal 2008 di più di un punto percentuale. Nonostante ciò il numero degli addetti degli studi medici aumenta del 5,9%, valore di poco inferiore a quello dell'intero settore (9%).

Il secondo settore con la più elevata quota di addetti è quello degli altri servizi di assistenza sanitaria (15,8%, pari a 118 mila unità), che comprende i laboratori di analisi, le attività degli psicologi e i servizi di ambulanza: la sua quota aumenta dal 2008 di mezzo punto percentuale e il numero di addetti cresce del 12,4%).

Il settore dell'assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili (in gran parte assistenza domiciliare), che rappresenta il 13,5% dell'intero comparto della sanità e dell'assistenza sociale (101 mila unità), subisce una flessione del 5,7% determinata dall'aumento molto importante dell'altra componente dei servizi sociali non residenziali – quella costituita dagli asili nido e dai centri diurni per minori disabili, i cui addetti (17 mila unità) aumentano dal 2008 del 54,4% – e soprattutto delle altre attività di assistenza sociale non residenziale (assistenza sociale agli immigrati, assistenza alle vittime di calamità, accoglienza diurna ai senzatetto e in generale attività di beneficenza) che registrano un aumento degli addetti del 122% (32 mila unità).

Focalizzando l'attenzione solo sui servizi per gli anziani, che occupano complessivamente circa 164 mila addetti (167 mila nel 2008), si assiste a un fenomeno molto preciso: aumentano del 5,4% gli addetti ai servizi residenziali che sono più costosi (case di riposo e strutture di assistenza per anziani e disabili) e diminuiscono di una quota simile gli occupati nell'assistenza domiciliare (-5,7%); questi, viceversa, consentirebbero di comprimere i costi determinati dall'invecchiamento della popolazione.

Il quarto settore per numerosità di addetti è quello dei servizi ospedalieri, che copre una quota dell'11,8% (12,6% nel 2008), con 88 mila occupati in aumento rispetto al 2008 del 2,6%.

Figura 2.48 – Addetti nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per settore (3 digit) – Anni 2008 e 2011 (composizione percentuale)

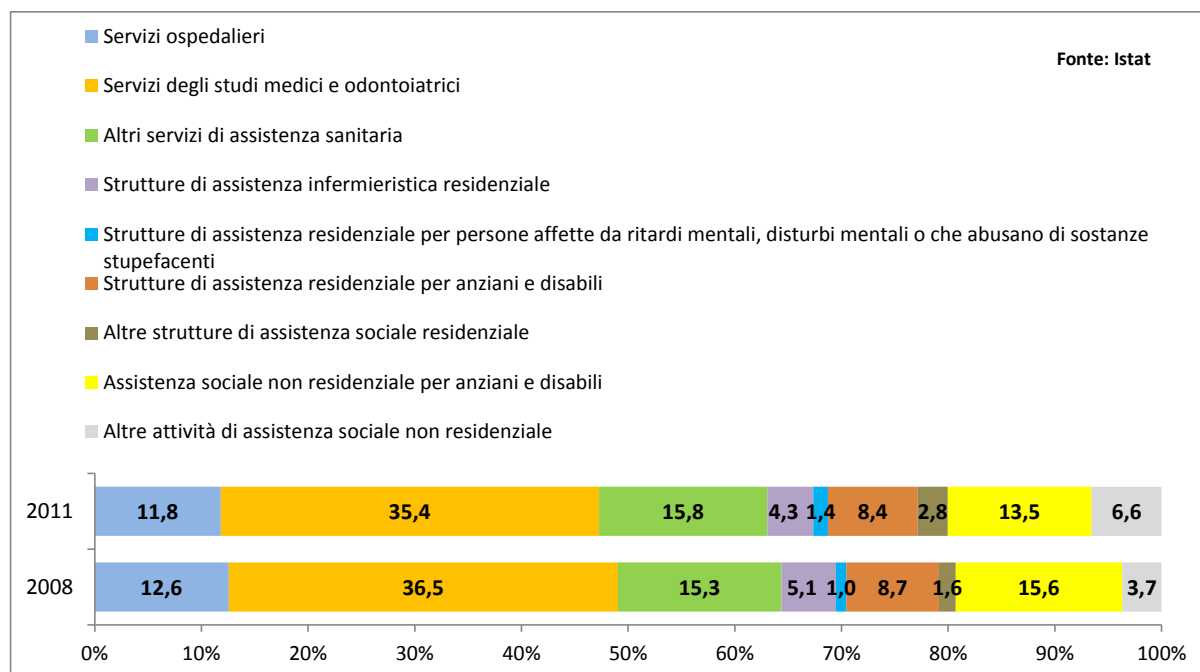


Tavola 2.29 – Imprese e addetti nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per settore – Anni 2008 e 2011 (valori assoluti e percentuali)

	Imprese			Addetti		
	2008	2011	Var. % 2008- 2011	2008	2011	Var. % 2008- 2011
	Valori assoluti		%	Valori assoluti		%
Q: Sanità e assistenza sociale	231.776	253.989	9,6	686.641	748.594	9,0
QA: Assistenza sanitaria						
86: Assistenza sanitaria	222.168	241.884	8,9	441.913	471.996	6,8
861: Servizi ospedalieri	1.125	1.178	4,7	86.201	88.475	2,6
8610: Servizi ospedalieri	1.125	1.178	4,7	86.201	88.475	2,6
862: Servizi degli studi medici e odontoiatrici	159.315	169.459	6,4	250.587	265.328	5,9
8621: Servizi degli studi medici di medicina generale	59.692	58.154	-2,6	4.144	73.845	-0,4
8622: Servizi degli studi medici specialistici	57.684	65.470	13,5	81.875	89.808	9,7
8623: Attività degli studi odontoiatrici	41.939	45.835	9,3	94.568	101.675	7,5
869: altri servizi di assistenza sanitaria	61.728	71.247	15,4	105.125	118.193	12,4
8690: Altri servizi di assistenza sanitaria	61.728	71.247	15,4	105.125	118.193	12,4
QB: Assistenza sociale residenziale e non residenziale						
87: servizi di assistenza sociale residenziale	3.758	4.397	17,0	112.340	126.556	12,7
871: Strutture di assistenza infermieristica residenziale	1.004	780	-22,3	35.052	32.279	-7,9
8710: Strutture di assistenza infermieristica residenziale	1.004	780	-22,3	35.052	32.279	-7,9
872: Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti	179	376	110,1	6.692	10.140	51,5
8720: Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti	179	376	110,1	6.692	10.140	51,5
873: Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	2.017	1.911	-5,3	59.811	63.059	5,4
8730: Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	2.017	1.911	-5,3	59.811	63.059	5,4
879: Altre strutture di assistenza sociale residenziale	558	1.330	138,4	10.785	21.078	95,4
8790: Altre strutture di assistenza sociale residenziale	558	1.330	138,4	10.785	21.078	95,4
88: assistenza sociale non residenziale	5.850	7.708	31,8	132.388	150.042	13,3
881: Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	3.522	2.486	-29,4	106.950	100.889	-5,7
8810: assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	3.522	2.486	-29,4	106.950	100.889	-5,7
889: Altre attività di assistenza sociale non residenziale	2.328	5.222	124,3	25.438	49.153	93,2
8891: servizi di asili nido, assistenza diurna per minori disabili	1.201	2.107	75,4	10.824	16.715	54,4
8899: altre attività di assistenza sociale non residenziale nca	1.127	3.115	176,4	14.614	32.438	122,0

Fonte: Istat (Archivio statistico delle imprese attive – ASIA)

Tavola 2.30 – Imprese e addetti nei settori della sanità e dell'assistenza sociale per settore (4 digit) – Anni 2008 e 2011 (composizione percentuale)

	Imprese			Addetti		
	2008	2011	Var. 2008- 2011 in punti percentuali	2008	2011	Var. 2008- 2011 in punti percentuali
Servizi ospedalieri	0,5	0,5	0,0	12,6	11,8	-0,7
Servizi degli studi medici di medicina generale	25,8	22,9	-2,9	10,8	9,9	-0,9
Servizi degli studi medici specialistici	24,9	25,8	0,9	11,9	12,0	0,1
Attività degli studi odontoiatrici	18,1	18,0	0,0	13,8	13,6	-0,2
Altri servizi di assistenza sanitaria	26,6	28,1	1,4	15,3	15,8	0,5
Strutture di assistenza infermieristica residenziale	0,4	0,3	-0,1	5,1	4,3	-0,8
Strutture di assistenza residenziale per persone affette da ritardi mentali, disturbi mentali o che abusano di sostanze stupefacenti	0,1	0,1	0,1	1,0	1,4	0,4
Strutture di assistenza residenziale per anziani e disabili	0,9	0,8	-0,1	8,7	8,4	-0,3
Altre strutture di assistenza sociale residenziale	0,2	0,5	0,3	1,6	2,8	1,2
Assistenza sociale non residenziale per anziani e disabili	1,5	1,0	-0,5	15,6	13,5	-2,1
Servizi di asili nido, assistenza diurna per minori disabili	0,5	0,8	0,3	1,6	2,2	0,7
Altre attività di assistenza sociale non residenziale nca	0,5	1,2	0,7	2,1	4,3	2,2
Totale	100,0	100,0		100,0	100,0	

Fonte: Istat (Archivio statistico delle imprese attive – ASIA)

I tassi più elevati di femminilizzazione nel 2011 si osservano nei settori della sanità e dei servizi sociali (72,5%), delle altre attività di servizi (69,3%) e dell'istruzione (68,4%) (figura 2.49 e tavola 2.31). Occorre osservare che le quote di donne dipendenti sono leggermente inferiori a quelle rilevate nella precedente analisi degli occupati (paragrafo 2.1), sia perché non è preso in considerazione il settore dei lavori domestici, sia perché questi dati non includono le imprese a controllo pubblico.

Nel comparto della sanità e dell'assistenza sociale si osservano quote più alte di donne dipendenti nei servizi di assistenza sociale residenziale (77,6%) e nell'assistenza sociale non residenziale (72,1%).

Figura 2.49 – Donne dipendenti nei settori dei servizi di mercato per settore di attività economica – Anno 2011 (incidenza percentuale sul totale dei dipendenti)

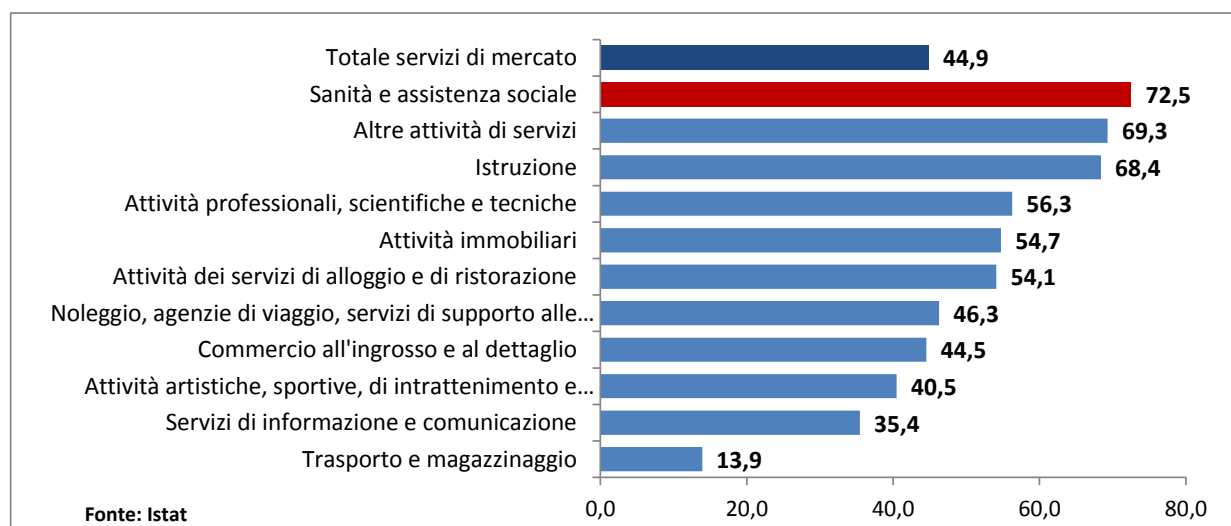


Tavola 2.31 – Donne dipendenti nei settori dei servizi di mercato per settore di attività economica – Anni 2008 e 2011 (incidenza percentuale sul totale dei dipendenti)

	2008	2011	Var. 2008-2011
	Incidenza percentuale		In punti percentuali
G: Commercio all'ingrosso e al dettaglio, riparazione di autoveicoli e motocicli	42,7	44,5	1,8
H: Trasporto e magazzinaggio	14,3	13,9	-0,4
I: Attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	51,7	54,1	2,4
J: Servizi di informazione e comunicazione	40,9	35,4	-5,5
L: Attività immobiliari	57,5	54,7	-2,8
M: Attività professionali, scientifiche e tecniche	56,6	56,3	-0,3
N: Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese	49,8	46,3	-3,6
P: Istruzione	71,8	68,4	-3,4
Q: Sanità e assistenza sociale	71,5	72,5	1,1
86: Assistenza sanitaria	70,5	70,0	-0,5
87: Servizi di assistenza sociale residenziale	71,1	77,6	6,5
88: Assistenza sociale non residenziale	73,5	72,1	-1,3
R: Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento	38,6	40,5	1,9
S: Altre attività di servizi	64,3	69,3	5,0
Totale servizi di mercato	44,3	44,9	0,6

F Fonte: Istat (Archivio statistico delle imprese attive – ASIA)

Quasi il 98% delle imprese dei settori della sanità e dell'assistenza sociale ha meno di 10 dipendenti, mentre la quota di microimprese nel settore complessivo dei servizi di mercato (escluso il commercio) è di poco superiore (quasi un punto percentuale) (tavola 2.32).

Le piccole e medie imprese sono pari al 2,3% (3,2% nei servizi di mercato) e le grandi sono lo 0,1%.

Tavola 2.32 – Imprese nei settori della sanità e dell’assistenza sociale e dei servizi di mercato (escluso commercio) per classe d’addetti – Anno 2011 (composizione percentuale)

Numero di addetti	Sanità e assistenza sociale	Servizi di mercato (escluso commercio)	Differenza (punti percentuali)
0-9	97,6	96,7	0,9
10-19	1,1	2,1	-1,0
20-49	0,7	0,8	-0,1
50-249	0,6	0,4	0,2
250 e oltre	0,1	0,1	0,0
Totale	100,0	100,0	0,0

Fonte: Istat (Archivio statistico delle imprese attive – ASIA)

Anche nel confronto degli addetti per dimensione d’impresa non si osservano grandi differenze fra il settore della sanità e dell’assistenza sociale e il complesso dei settori dei servizi di mercato, se non per una quota più elevata di addetti nelle medie imprese nei settori della sanità e dall’assistenza sociale (19,2% rispetto all’11% del settore dei servizi di mercato) (*figura 2.50*).

Viceversa, sono significative le differenze con riguardo alla dimensione aziendale delle imprese dei tre settori presi in considerazione. Le imprese del settore dell’assistenza sanitaria si caratterizzano per la più elevata quota di microimprese (71,7%), in gran parte perché sono costituite, come è stato osservato nel paragrafo precedente, da professionisti e lavoratori autonomi (*figura 2.51*). Le imprese dei settori di assistenza sociale residenziale e non residenziale hanno caratteristiche dimensionali del tutto simili.

Figura 2.50 – Addetti nei settori della sanità e dell’assistenza sociale e di mercato (escluso commercio) per classe d’addetti – Anno 2011 (composizione percentuale)

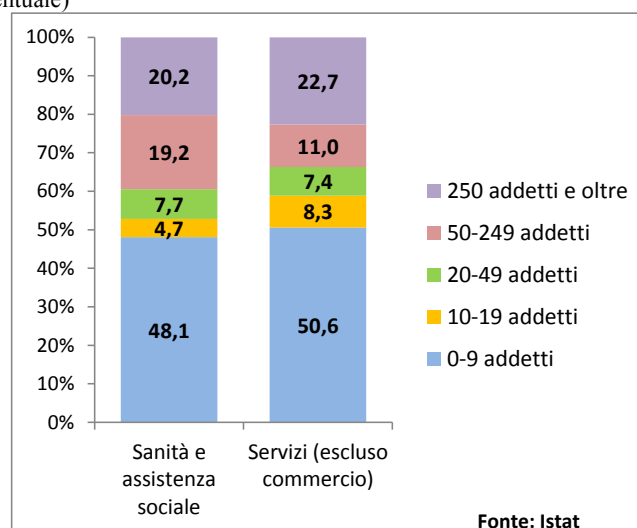
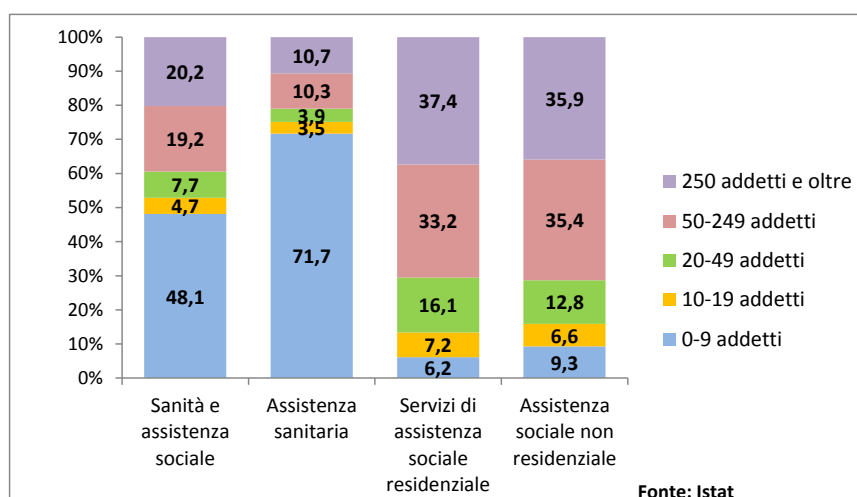


Figura 2.51 – Addetti nei settori dell’assistenza sanitaria, nei servizi di assistenza sociale residenziale e di assistenza sociale non residenziale per classe d’addetti – Anno 2011 (composizione percentuale)



Nel 2011 sono nate nei tre settori della sanità e dell'assistenza sociale circa 19 mila imprese, 1.800 in meno rispetto al 2008: il tasso di natalità (il rapporto tra il numero di nuove nate e quello delle imprese già esistenti) si attesta al 7,4%, con una riduzione di un punto e mezzo percentuale rispetto al 2008 (*figura 2.52 e tavola 2.33*).

Nel complesso dei servizi di mercato (escluso il commercio) nel 2011 sono circa 500 le imprese in più rispetto al 2008, con un tasso di natalità identico a quello dei settori sanitari e sociali (7,4%) che diminuisce di un solo decimo di punto.

Le cessazioni delle imprese dei settori della sanità e dell'assistenza sociale sono nel 2011 oltre 18 mila, 2,3 mila in meno rispetto al 2008: il tasso di mortalità si attesta al 7,1%, valore simile a quello che si registra nel settore dei servizi di mercato (*figura 2.53*).

Di conseguenza nel 2011 il turnover netto dei tre settori sanitari e sociali risulta positivo, seppur di soli tre decimi di punto, con una flessione di quasi due punti rispetto al 2008 (*figura 2.54*).

Il tasso netto di turnover del settore dell'assistenza sanitaria è stato dello 0,1%, quello del settore dei servizi di assistenza sociale residenziale del 3,8% e quello dell'assistenza sociale residenziale del 4,1%, settore quest'ultimo nel quale il numero delle imprese è aumentato dal 2008 al 2011 del 31,8%.

Anche il tasso netto di turnover dei settori dei servizi è positivo, anche se di un solo decimo di punto.

La crisi ha determinato nel settore dei servizi sanitari e sociale una netta flessione del numero di nuove imprese, ma il saldo con quelle cessate è stato positivo per cui non ha avuto effetto sul loro numero che è cresciuto del 10%. È interessante osservare che in questi tre settori il 47,1% delle imprese nate nel 2005 è ancora attiva nel 2010.

Figura 2.52 – Tasso di natalità nei settori della sanità e dell'assistenza sociale e dei servizi di mercato (escluso il commercio) – Anni 2005-2011 (valori percentuali)

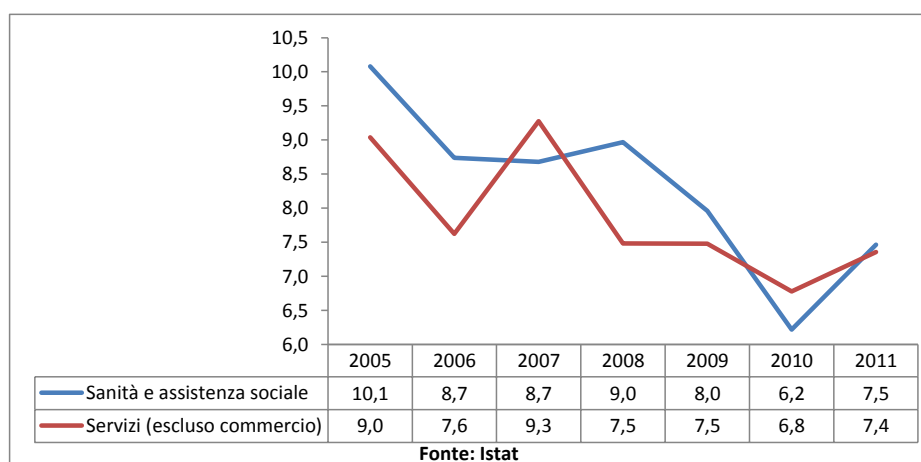


Figura 2.53 – Tasso di mortalità nei settori della sanità e dell'assistenza sociale e dei servizi di mercato (escluso il commercio)– Anni 2005-2011 (valori percentuali)

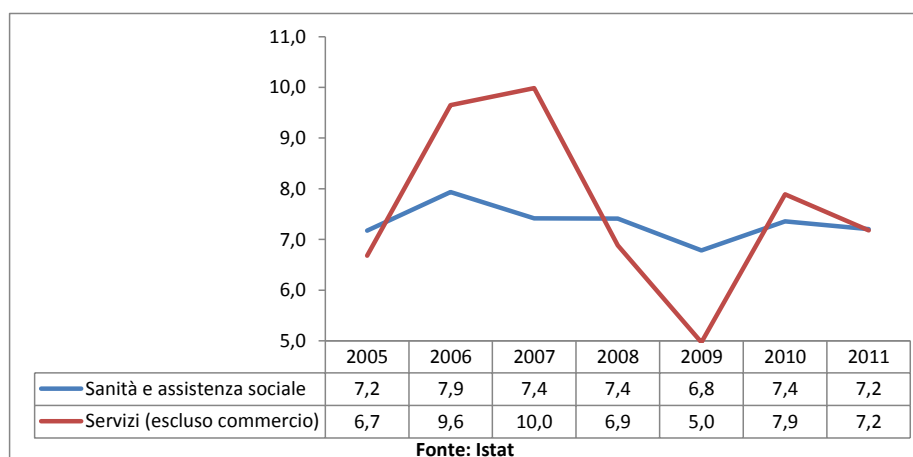


Figura 2.54 – Tasso netto di turnover nei settori della sanità e dell'assistenza sociale e dei servizi di mercato (escluso il commercio) – Anni 2005-2011 (valori percentuali)

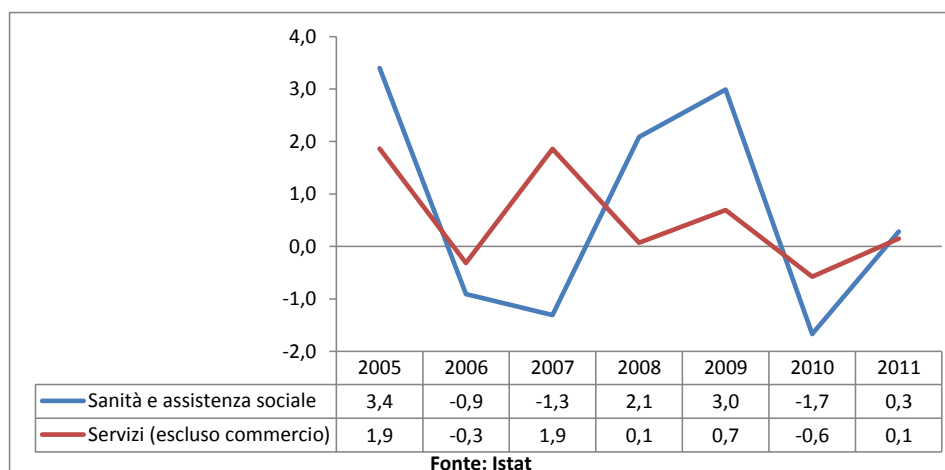


Tavola 2.33 – Indicatori demografici d'impresa nei settori della sanità e dell'assistenza sociale e dei servizi di mercato (escluso il commercio) – Anni 2008 e 2011 (valori assoluti e percentuali)

	Sanità e assistenza sociale			Servizi di mercato (escluso il commercio)		
	2008	2011	Var. in v.a. e in punti percentuali 2008-2011	2008	2011	Var. in v.a. e in punti percentuali 2008-2011
Imprese nate	20.784	18.954	-1.830	157.984	158.458	474
Imprese cessate	15.951	18.239	2.288	156.498	155.234	-1.264
Tasso di natalità delle imprese ³³	8,9	7,4	-1,5	7,5	7,4	-0,1
Tasso di mortalità delle imprese ³⁴	6,9	7,1	0,2	7,4	7,2	-0,2
Tasso di sopravvivenza delle imprese a cinque anni ³⁵	..	47,1		..	..	
Tasso lordo di turnover delle imprese ³⁶	15,8	14,5	-1,3	14,9	14,6	-0,3
Tasso netto di turnover delle imprese ³⁷	2	0,3	-1,7	0,1	0,1	0,1

Fonte: Istat (Archivio statistico delle imprese attive – ASIA)

Nel grafico e nella tabella successivi si può osservare la prima peculiarità dei settori della sanità e dei servizi sociali rispetto al complesso dei settori dei servizi di mercato (*figura 2.55 e tavola 2.34*).

Infatti, la produttività del lavoro – calcolata come valore aggiunto per addetto – nei settori dei *white jobs* non cresce con l'aumento della dimensione dell'impresa, come accade per il complesso dei servizi ma anche per il complesso delle attività economiche, ma diminuisce.

La produttività del lavoro, che è complessivamente pari a 37,3 mila euro per addetto (4 mila euro in più rispetto alla media dei settori dei servizi), è più elevata nelle microimprese (44,5 mila euro) ed è nettamente inferiore (di 15 mila euro) nella classe successiva di 10-19 addetti; si attesta a 32,1 mila euro per addetto nelle grandi imprese, valore questo sempre inferiore a quello che si registra nelle microimprese.

Questo fenomeno si spiega agevolmente tenendo conto della natura giuridica delle microimprese già osservata nel paragrafo precedente (il 90,6% delle microimprese è costituito da un imprenditore individuale, libero professionista e lavoratore autonomo) e in particolare considerando che una buona quota di microimprese nel settore della sanità è costituito dagli studi professionali dei medici o dei tecnici della sanità, che producono alto valore aggiunto per professionista.

³³ Rapporto percentuale tra il numero di imprese nate nell'anno t e la popolazione di imprese attive nell'anno t.

³⁴ Rapporto percentuale tra numero di imprese cessate nell'anno t e numero di imprese attive nell'anno t.

³⁵ Rapporto percentuale tra numero di imprese ancora in vita dopo un certo numero di anni sul totale della coorte di nate nell'anno di riferimento. Il dato si riferisce alle imprese nate nel 2005 e ancora attive nel 2010.

³⁶ Somma tra il tasso di natalità e quello di mortalità.

³⁷ Differenza tra il tasso di natalità e quello di mortalità.

Figura 2.55 – Valore aggiunto per addetto nei settori della sanità e dell'assistenza sociale e dei servizi di mercato (escluso commercio) per classe d'addetti – Anno 2011 (migliaia di euro)

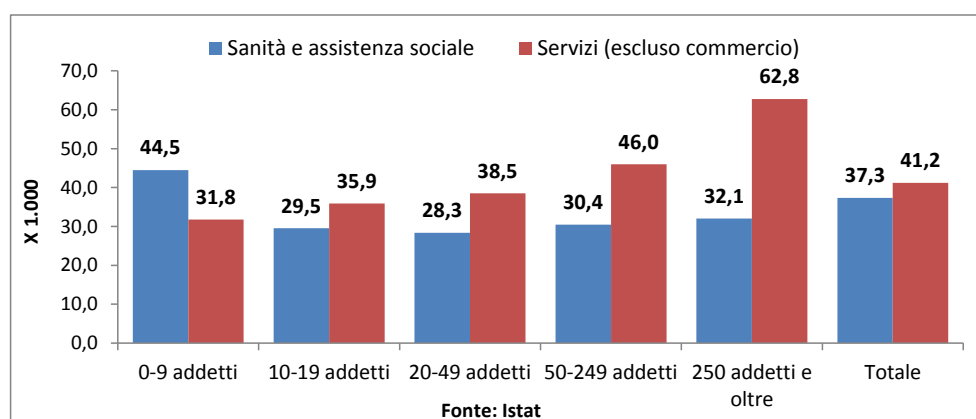


Tavola 2.34 – Valore aggiunto per addetto nei settori della sanità e dell'assistenza sociale e dei servizi di mercato (escluso commercio) per classe d'addetti – Anni 2007 e 2011 (migliaia di euro e valori percentuali)

	Sanità e assistenza sociale			Servizi di mercato (escluso commercio)		
	2008	2011	Var. % 2008-2011	2008	2011	Var. % 2007-2011
0-9 addetti	41,5	44,5	7,2	29,4	31,8	8,0
10-19 addetti	27,5	29,5	7,5	36,6	35,9	-1,9
20-49 addetti	27,0	28,3	5,1	40,3	38,5	-4,3
50-249 addetti	29,4	30,4	3,4	42,6	46,0	8,0
250 addetti e oltre	28,9	32,1	11,0	57,0	62,8	10,1
Totale	34,9	37,3	7,0	38,4	41,2	7,3

Fonte: Istat (Archivio statistico delle imprese attive – ASIA)

Il confronto sugli investimenti per addetto secondo la dimensione aziendale è effettuato con un altro settore economico nel quale è presente un'alta quota di professionisti e di studi professionali – le attività professionali, scientifiche e tecniche³⁸ – per verificare se anche questo indicatore registra il fenomeno prima analizzato.

L'investimento per addetto nei servizi sanitari e sociali è di 3,8 mila euro, che sale a 5,2 mila nel settore dell'assistenza sanitaria e scende a 1.000 euro nell'assistenza sociale non residenziale, mentre il valore di questo indicatore è pari a 2,3 mila euro per addetto nel settore delle attività professionali, scientifiche e tecniche (tavola 2.35).

Anche in questo caso l'investimento per addetto più alto si osserva nelle microimprese (5,2 mila euro) e diminuisce nelle piccole e medie imprese, per attestarsi a 2,1 mila euro per addetto nelle grandi imprese.

Nel settore delle attività professionali questo fenomeno si manifesta nelle piccole imprese con 10-19 dipendenti, nelle quali il valore degli investimenti è più elevato (5,5 mila euro per addetto).

Tavola 2.35 – Investimenti per addetto nei settori della sanità e dell'assistenza sociale e delle attività professionali, scientifiche e tecniche (escluso commercio) per classe d'addetti – Anno 2011 (migliaia di euro)

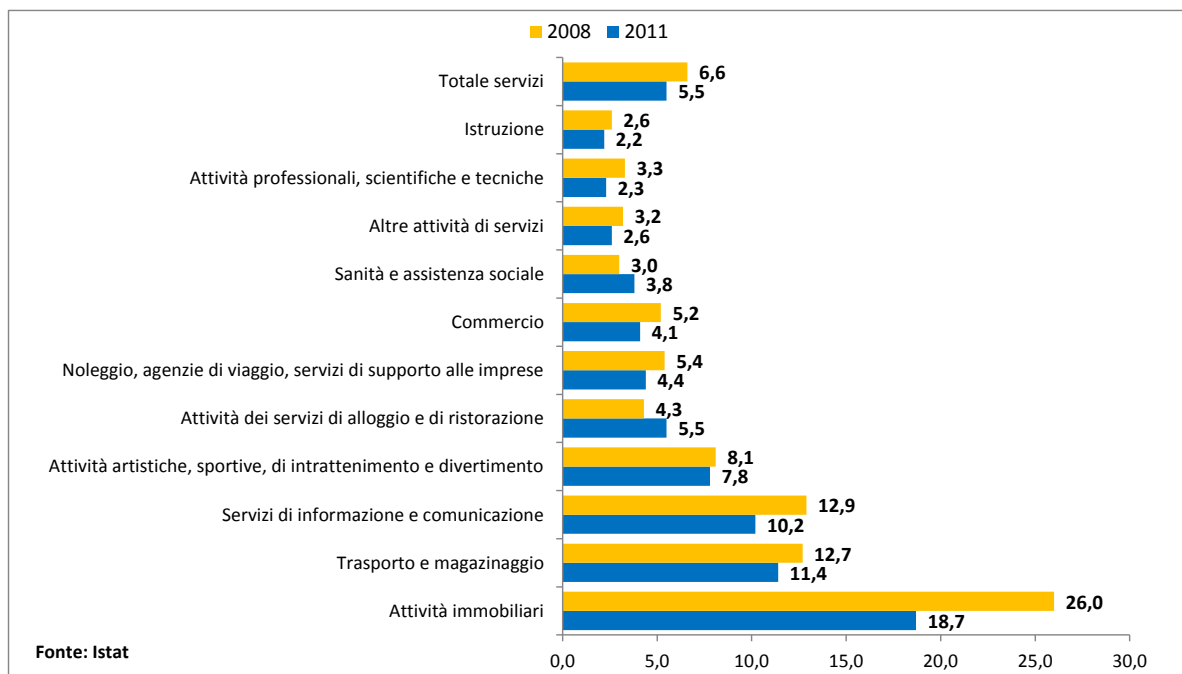
	0-9 addetti	10-19 addetti	20-49 addetti	50-249 addetti	250 addetti e oltre	Totale
Q: Sanità e assistenza sociale	5,2	1,8	1,8	3,0	2,1	3,8
86: Assistenza sanitaria	5,4	1,9	3,2	5,3	5,3	5,2
87: Servizi di assistenza sociale residenziale	7,8	2,0	1,8	1,5	0,8	1,7
88: Assistenza sociale non residenziale	0,2	1,3	0,4	2,1	0,3	1,0
M: Attività professionali, scientifiche e tecniche	1,9	5,5	2,5	2,6	3,6	2,3

Fonte: Istat (Archivio statistico delle imprese attive – ASIA)

³⁸ M – Attività professionali, scientifiche e tecniche: 69 – Attività legali e contabilità; Attività di direzione aziendale e di consulenza gestionale; 71 – Attività degli studi di architettura e d'ingegneria; collaudi e analisi tecniche; 72 – Ricerca scientifica e sviluppo; 73 – Pubblicità e ricerche di mercato; 74 – Altre attività professionali, scientifiche e tecniche; 75 – Servizi veterinari.

Il settore della sanità e dell'assistenza sociale e quello delle attività dei servizi di alloggio e ristorazione sono gli unici che non hanno ridotto nella fase di crisi dal 2008 al 2011 gli investimenti, che sono invece aumentati mediamente di mille euro per addetto (*figura 2.56*). La riduzione media degli investimenti lordi in beni materiali nel comparto complessivo dei servizi di mercato è stata di mille euro per addetto.

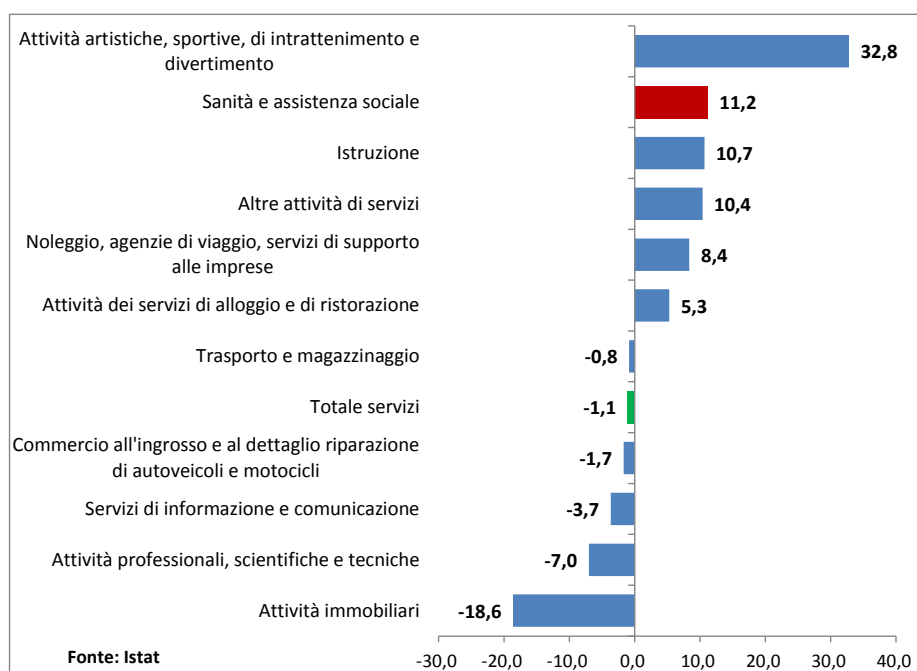
Figura 2.56 – Investimenti per addetto nei settori dei servizi di mercato per settore di attività economica – Anni 2008 e 2011 (migliaia di euro)



Tra il 2008 e il 2011 il complesso delle imprese del comparto dei servizi di mercato ha ridotto il fatturato dell'1,1%, in particolare i settori delle attività immobiliari (-18,6%), delle attività professionali, scientifiche e tecniche (-7%) e dei servizi d'informazione e comunicazione (-3,7%) (*figura 2.57*).

Il settore della sanità e dei servizi sociali si colloca fra quelli che hanno aumentato nello stesso periodo di crisi economica il proprio fatturato (11,2%), anche se la crescita maggiore si osserva nel comparto delle attività artistiche, sportive, d'intrattenimento e divertimento (32,8%).

Figura 2.57 – Variazione percentuale del fatturato totale nei settori dei servizi di mercato tra il 2008 e il 2011 per settore di attività economica



La crescita del fatturato nel comparto della sanità e dei servizi sociali è stata nettamente superiore nei settori dell'assistenza sociale non residenziale (30,6%) e dell'assistenza sociale residenziale (26,2%) rispetto a quella che si è registrata nel settore dell'assistenza sanitaria (7,1%) (*tavola 2.36*).

Le migliori performance del fatturato hanno riguardato le grandi imprese (29,1%) e le microimprese (10,2%), mentre i risultati più contenuti sono venuti dalle medie imprese (2,6%).

Tavola 2.36 – Variazione percentuale del fatturato totale nei settori della sanità e dell'assistenza sociale tra il 2008 e il 2011 per classe addetti

	0-9 addetti	10-19 addetti	20-49 addetti	50-249 addetti	250 addetti e oltre	Totale
Q: Sanità e assistenza sociale	10,2	5,6	7,2	2,6	29,1	11,2
86: Assistenza sanitaria	8,0	6,7	-3,4	-6,2	23,6	7,1
87: Servizi di assistenza sociale residenziale	30,7	-13,0	19,9	26,1	42,9	26,2
88: Assistenza sociale non residenziale	102,7	34,0	23,2	13,8	33,5	30,6

Fonte: Istat (Archivio statistico delle imprese attive – ASIA)

Il costo del lavoro per dipendente nel 2011 nel complesso dei servizi di mercato si attesta sui 31,7 mila euro, con valori nettamente superiori nei settori dei servizi d'informazione e comunicazione (50,4 mila euro), delle attività professionali, scientifiche e tecniche (41,8 mila euro) e delle attività artistiche, sportive, d'intrattenimento e divertimento (41,4 mila euro), mentre i valori più contenuti si registrano nel settore degli altri servizi (20,2 mila euro) e dei servizi di alloggio e di ristorazione (20,6 mila euro) (*tavola 2.37*). L'aumento medio del costo del lavoro unitario dal 2008 al 2011 è stato del 4,9% , con punte del 34% nel settore delle attività artistiche, sportive e d'intrattenimento.

Il costo del lavoro nel comparto della sanità e dell'assistenza sociale (24,2 mila euro) è al di sotto della media dei servizi, con valori più alti nel settore dell'assistenza sanitaria (27,2 mila euro) e più bassi in quello dell'assistenza sociale non residenziale (19,7 mila euro). Anche l'aumento del costo del lavoro in questo comparto (2,4%) è più contenuto rispetto alla media.

Tavola 2.37 – Costo del lavoro per dipendente nei settori dei servizi di mercato per settore di attività economica – Anni 2008 e 2011 (migliaia di euro e variazione percentuale)

	2008	2011	Var. 2008-2011
	Migliaia di euro		%
G: Commercio all'ingrosso e al dettaglio riparazione di autoveicoli e motocicli	30,5	32,5	6,4
H: Trasporto e magazzinaggio	37,4	39,0	4,1
I: Attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	19,9	20,6	3,6
J: Servizi di informazione e comunicazione	48,3	50,4	4,3
L: Attività immobiliari	34,1	36,6	7,3
M: Attività professionali, scientifiche e tecniche	39,5	41,8	5,9
N: Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese	22,9	24,2	5,5
P: Istruzione	22,2	25,2	13,3
Q: Sanità e assistenza sociale	23,6	24,2	2,4
86: Assistenza sanitaria	27,8	27,5	-1,0
87: Servizi di assistenza sociale residenziale	20,7	23,3	12,6
88: Assistenza sociale non residenziale	18,9	19,7	4,3
R: Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento	30,9	41,4	34,0
S: altre attività di servizi	18,0	20,2	12,5
Totale servizi di mercato	30,2	31,7	4,9

Fonte: Istat (Archivio statistico delle imprese attive – ASIA)

Il buon livello della produttività e il costo contenuto del lavoro nel comparto della sanità e dei servizi sociali determinano un valore molto elevato, rispetto alla media dei settori dei servizi, dell'indice di competitività di costo³⁹, calcolato come rapporto percentuale tra valore aggiunto per addetto e costo del lavoro unitario: le imprese di questo settore producono mediamente circa 154 euro di valore aggiunto ogni 100 euro di costo del

³⁹ L'indice di competitività di costo può essere visto anche come l'inverso del costo del lavoro per unità di prodotto (Clup).

lavoro e il valore di questo indicatore aumenta di quasi 7 punti percentuali dal 2008 al 2011 (*figura 2.58 e tavola 2.38*). Livelli di competitività più elevati si osservano nel settore dell'assistenza sanitaria (167,1%), mentre valori molto inferiori dell'indicatore si registrano per i servizi di assistenza sociale non residenziale (101,3%) e residenziale (109,7%).

Nonostante il costo del lavoro unitario nei settori dei servizi sociali sia molto più contenuto rispetto a quello dell'assistenza sanitaria, la bassa produttività del lavoro – 20 mila euro per addetto nel settore dell'assistenza sociale residenziale a fronte di 46 mila nel settore dell'assistenza sanitaria – determina l'abbattimento dell'indice di competitività di costo (*tavola 2.39*).

Il valore medio dell'indice di competitività di costo del totale dei servizi di mercato (125,6%) nel 2011 è superato ampiamente dai settori dei servizi d'informazione e comunicazione (184,8%) e delle attività immobiliari (180,9%), mentre raggiunge il livello più basso nel settore delle altre attività di servizio, sempre a causa della bassa produttività del lavoro (18 mila euro per addetto), nonostante il contenuto costo del lavoro (20,2 mila euro).

L'indicatore di competitività di costo delle imprese italiane nel 2011 è pari a 128,5, in aumento rispetto all'anno precedente, ma nettamente inferiore a quello della media dei 27 paesi dell'Unione europea (144,8%); il nostro Paese si colloca all'ultimo posto di questa graduatoria⁴⁰.

Figura 2.58 – Indice di competitività di costo nei settori dei servizi di mercato per settore di attività economica – Anni 2008 e 2011 (valori percentuali)

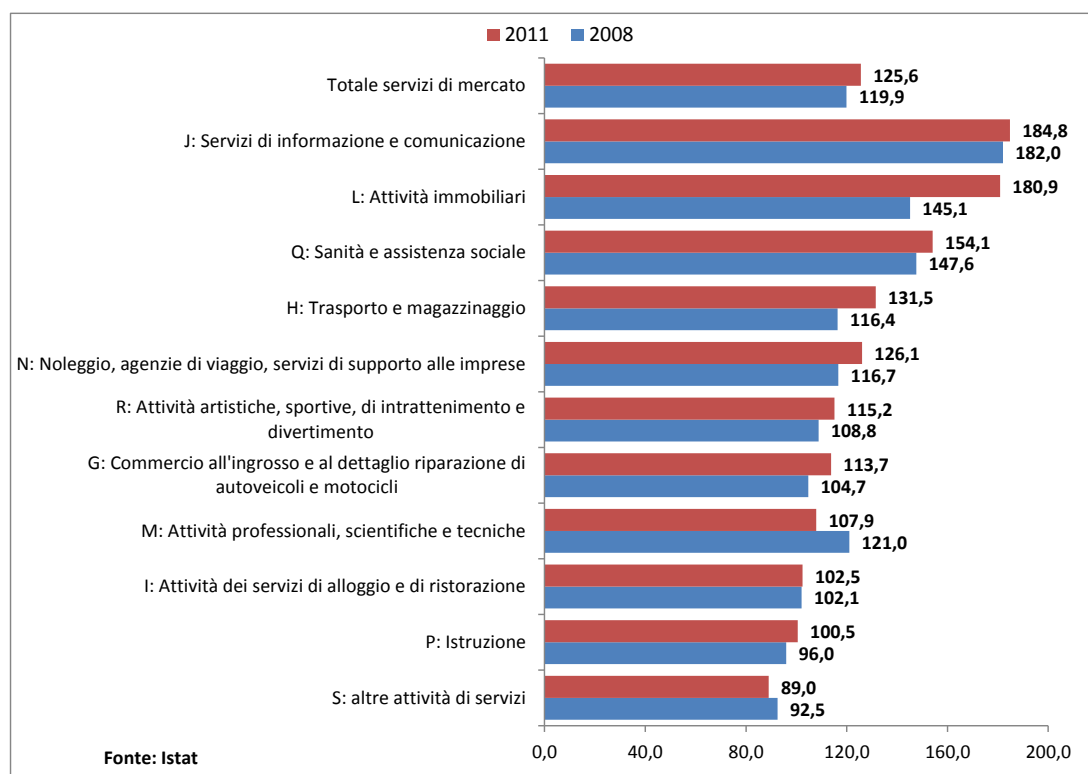


Tavola 2.38 – Indice di competitività di costo nel settore della sanità e dell'assistenza sociale – Anni 2008 e 2011 (valori percentuali)

	2008	2011	Var. 2008-2011 in punti percentuali
Q: Sanità e assistenza sociale	147,6	154,1	6,6
86: Assistenza sanitaria	154,3	167,1	12,9
87: Servizi di assistenza sociale residenziale	109,1	109,7	0,5
88: Assistenza sociale non residenziale	98,3	101,3	3,0

Fonte: Istat (Archivio statistico delle imprese attive – ASIA)

⁴⁰ Cfr. Istat, *Noi Italia*.

Tavola 2.39 – Produttività del lavoro (valore aggiunto per addetto) nei settori dei servizi di mercato per settore di attività economica – Anni 2008 e 2011 (migliaia di euro e valori percentuali)

	2008	2011	Var. % 2008-2011
G: Commercio all'ingrosso e al dettaglio, riparazione di autoveicoli e motocicli	32,0	36,9	15,5
H: Trasporto e magazzinaggio	43,6	51,2	17,6
I: Attività dei servizi di alloggio e di ristorazione	20,3	21,1	4,0
J: Servizi di informazione e comunicazione	88,0	93,1	5,9
L: Attività immobiliari	49,4	66,2	33,8
M: Attività professionali, scientifiche e tecniche	47,8	45,1	-5,6
N: Noleggio, agenzie di viaggio, servizi di supporto alle imprese	26,8	30,5	14,1
P: Istruzione	21,4	25,3	18,7
Q: Sanità e assistenza sociale	34,9	37,3	7,0
86: Assistenza sanitaria	42,9	46,0	7,2
87: Servizi di assistenza sociale residenziale	22,6	25,6	13,1
88: Assistenza sociale non residenziale	18,6	20,0	7,5
R: Attività artistiche, sportive, di intrattenimento e divertimento	33,6	47,7	41,9
S: Altre attività di servizi	16,6	18,0	8,1
Totale servizi di mercato	36,2	39,8	9,8

Fonte: Istat (Archivio statistico delle imprese attive – ASIA)

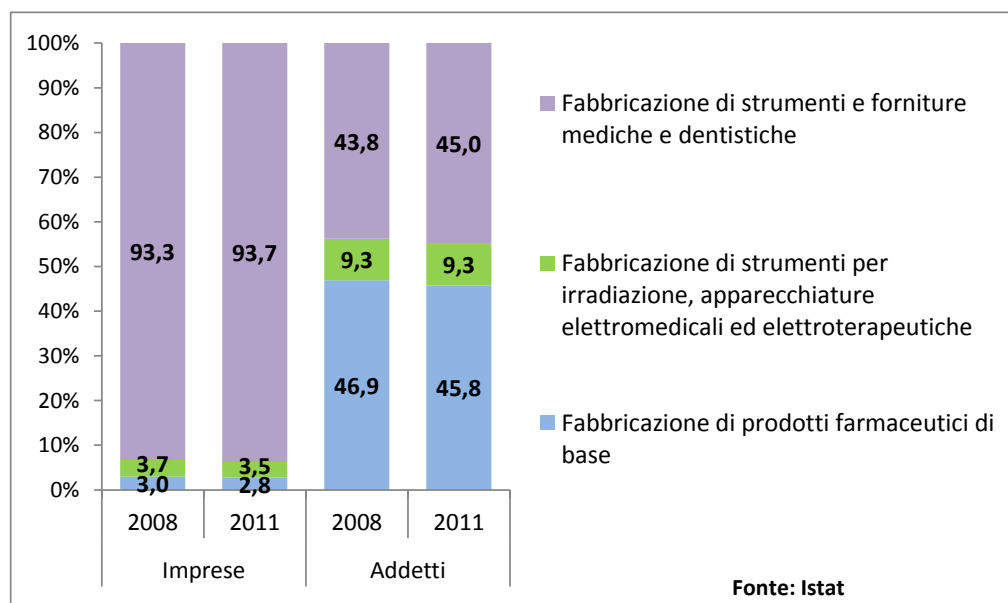
2.4.1 The Health Industry

È utile analizzare brevemente l'industria della salute – le imprese farmaceutiche, della fabbricazione di apparecchiature biomedicali e di strumenti e forniture mediche e dentistiche – per completare il quadro delle attività economiche che, assieme ai *white jobs*, concorrono a garantire la salute delle persone.

Nel 2011 le imprese del comparto della salute sono poco meno di 18 mila, il loro numero aumenta rispetto al 2008 del 5,9%, occupano circa 137 mila persone, con una flessione rispetto al 2008 del 5,3% alla quale contribuiscono tutti i settori, con la sola esclusione di quello farmaceutico nel quale si registra una netta crescita del 14,2% (tavola 2.37).

Nel 2011 quasi il 94% delle imprese fa parte del settore della fabbricazione di strumenti e forniture mediche e dentistiche; viceversa, il 45,8% degli addetti è occupato nelle imprese farmaceutiche, il 9,3% in quelle di fabbricazione di apparecchiature elettromedicali e il 45% in quelle delle forniture mediche e dentistiche (figura 2.59). Si registra dal 2008 al 2011 una modesta riduzione di un punto percentuale della quota di addetti del settore delle forniture mediche e un aumento relativamente uguale della quota degli addetti nelle imprese farmaceutiche.

Figura 2.59 – Imprese e addetti nei settori della fabbricazione di prodotti farmaceutici e apparecchiature mediche per settore – Anni 2008 e 2011 (composizione percentuale)



Le dimensioni delle imprese dei tre settori dell'industria della salute sono molto diverse, dal momento che il 96,9% di quelle del settore delle forniture mediche sono microimprese; tale quota è inferiore (67,4%) nel settore della fabbricazione di apparecchiature biomediche ed è ancora più bassa (39,4%) in quello della fabbricazione di prodotti farmaceutici (figura 2.60).

Le piccole e medie imprese rappresentano il 25% del totale delle imprese di apparecchiature medicali e il 23% delle imprese farmaceutiche, tra le quali prevalgono le medie e grandi imprese (38%).

Viceversa gli addetti sono occupati per il 46% nelle grandi imprese, grazie al contributo del settore delle imprese farmaceutiche, nel quale il 68,9% degli occupati lavora in imprese con 250 addetti e oltre, il 20,3% in medie imprese, il 10,6% in piccole imprese e il restante 23,1% in microimprese (figura 2.61).

Figura 2.60 – Imprese nei settori della fabbricazione di prodotti farmaceutici e apparecchiature mediche per settore e classe d'addetti – Anno 2011 (composizione percentuale)

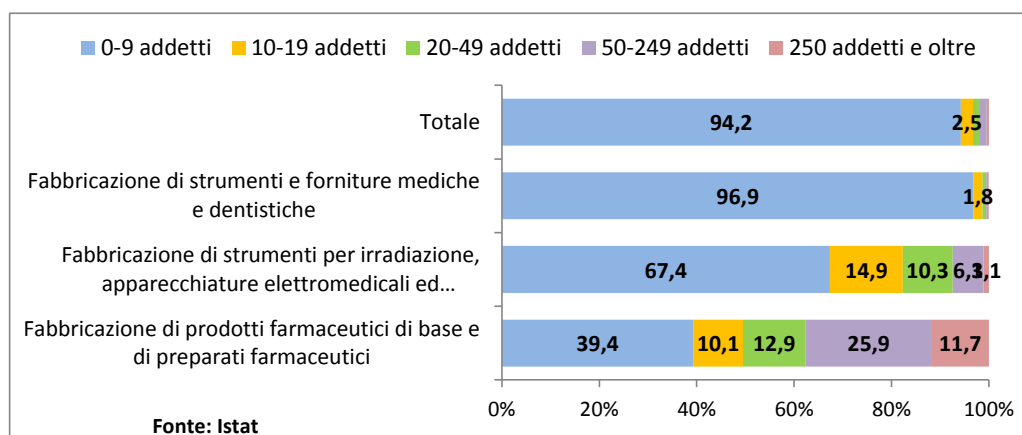
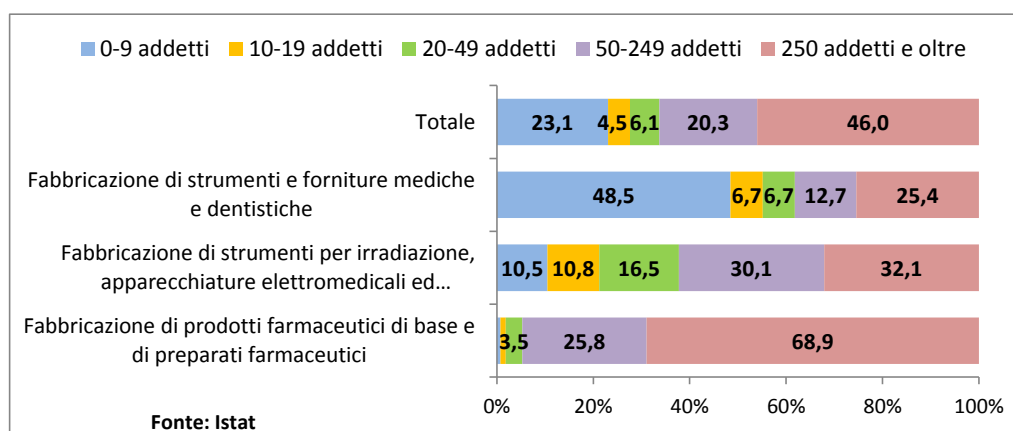


Figura 2.61 – Addetti nei settori della fabbricazione di prodotti farmaceutici e apparecchiature mediche per settore e classe d'addetti – Anno 2011 (composizione percentuale)



Nel 2011 il 69,6% del valore aggiunto dell'*health industry* italiana (circa 12 miliardi di euro) è prodotto dal settore farmaceutico, il 7,4% da quello della fabbricazione di apparecchiature biomediche e il 23,1% da quello delle forniture mediche e dentistiche (la quota diminuisce di un punto rispetto al 2008) (figura 2.62).

Quasi il 69% del valore aggiunto del settore farmaceutico è prodotto dalle imprese di due sole regioni: Lombardia (44,3%) e Lazio (24,4%) (figura 2.63).

Sul totale di 137 mila addetti dei tre settori (38% donne), il 64% risiede in sole tre regioni: Lombardia (43 mila unità, pari al 31%), Veneto, grazie soprattutto alle forniture mediche e dentistiche (24 mila unità, pari al 18%) e Lazio, grazie soprattutto all'industria farmaceutica (20 mila unità, pari al 15%) (figura 2.64).

La produttività del lavoro dell'intero comparto dell'industria della salute aumenta nel 2011 del 19,7% rispetto al 2008 (da 72 a 86 mila euro per addetto), grazie al contributo positivo di tutti i settori, così come aumenta del 3,9% il fatturato, per il contributo positivo del settore farmaceutico e quello negativo del settore delle apparecchiature biomediche e di quello delle forniture mediche e dentistiche (tavola 2.40).

Subisce, invece, una flessione del 18,1% nel periodo di crisi dal 2008 al 2011 il valore degli investimenti per addetto, che passa da 10 a 8 mila euro, a causa del decremento registrato in tutti i settori.

Il costo del lavoro unitario aumenta del 6,8% in tutti i settori di questo comparto.

Figura 2.62 – Valore aggiunto al costo dei fattori nei settori della fabbricazione di prodotti farmaceutici e apparecchiature mediche per settore – Anni 2008 e 2011 (composizione percentuale)

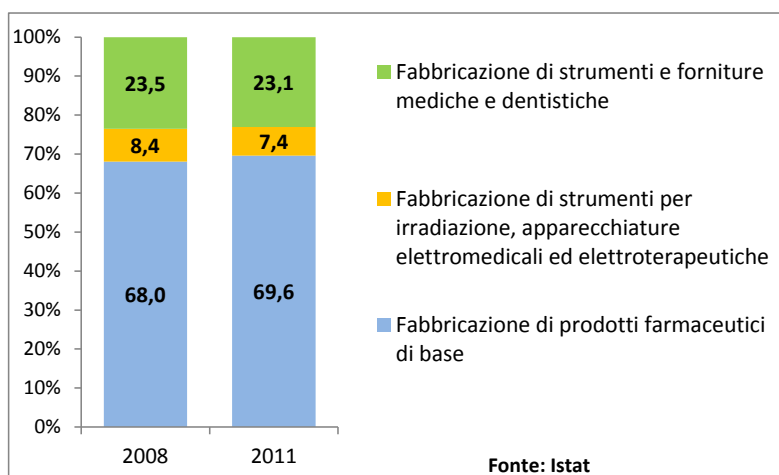


Figura 2.63 – Valore aggiunto al costo dei fattori nel settore della fabbricazione di prodotti farmaceutici per regione – Anno 2011 (composizione percentuale)

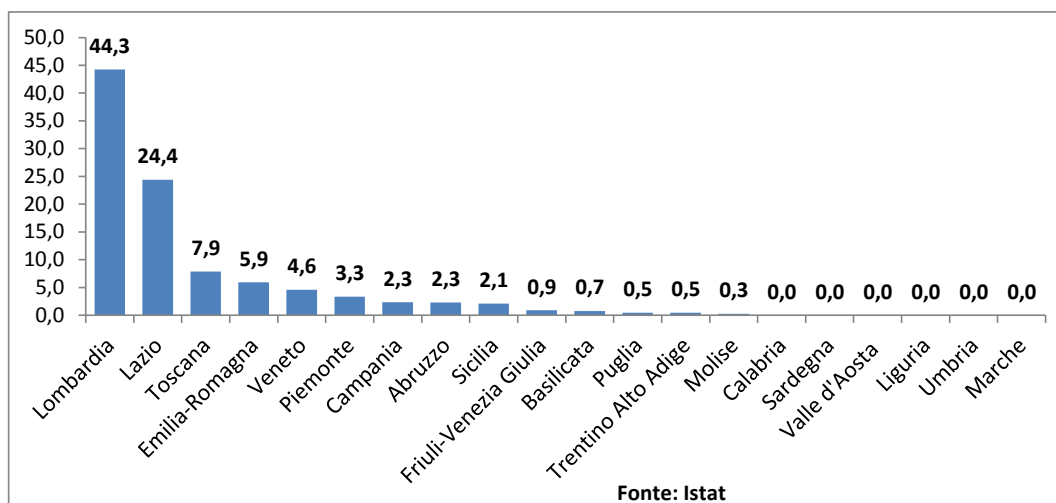


Figura 2.64 – Addetti nei settori della fabbricazione di prodotti farmaceutici e apparecchiature mediche per settore e regione – Anno 2011 (valori assoluti in migliaia)

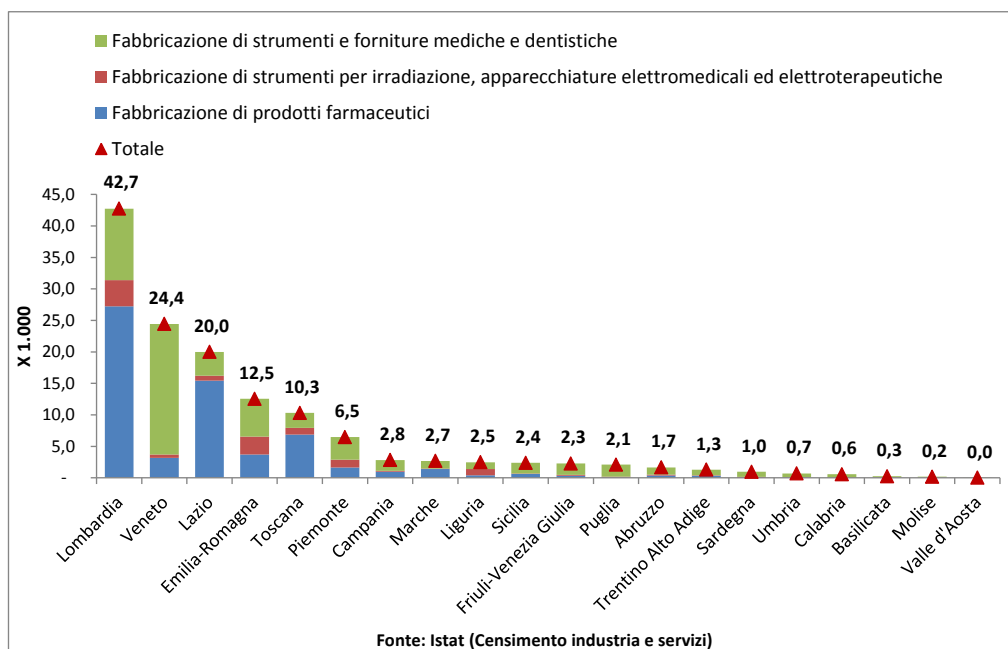


Tavola 2.40 – Settori della fabbricazione di prodotti farmaceutici e apparecchiature mediche: variabili e indicatori – Anni 2008 e 2011 (valori assoluti e migliaia di euro)

Settori	Variabili e indicatori	2008	2011	Variazione % 2008-2011
211: Fabbricazione di prodotti farmaceutici di base	Numero delle imprese	109	106	-2,8
	Fatturato – migliaia di euro	3.125.259	3.980.976	27,4
	Valore aggiunto al costo dei fattori (migliaia di euro)	1.005.172	1.457.194	45,0
	Costi del personale (migliaia di euro)	565.238	698.774	23,6
	Investimenti lordi in beni materiali (migliaia di euro)	225.711	232.543	3,0
	Numero di persone occupate	10.410	11.889	14,2
	Numero di dipendenti	10.283	11.786	14,6
	Valore aggiunto per addetto (produttività del lavoro) (migliaia di euro)	97	123	26,9
	Investimenti per addetto (migliaia di euro)	22	20	-9,8
	Costo del lavoro per dipendente (migliaia di euro)	55	59	7,9
212: Fabbricazione di medicinali e preparati farmaceutici	Numero delle imprese	419	407	-2,9
	Fatturato – migliaia di euro	22.034.318	23.489.556	6,6
	Valore aggiunto al costo dei fattori (migliaia di euro)	6.118.001	6.799.487	11,1
	Costi del personale (migliaia di euro)	3.795.476	3.586.548	-5,5
	Investimenti lordi in beni materiali (migliaia di euro)	791.944	628.987	-20,6
	Numero di persone occupate	57.674	51.033	-11,5
	Numero di dipendenti	57.195	50.744	-11,3
	Valore aggiunto per addetto (produttività del lavoro) (migliaia di euro)	106	133	25,6
	Investimenti per addetto (migliaia di euro)	14	12	-10,2
	Costo del lavoro per dipendente (migliaia di euro)	66	71	6,5
266: Fabbricazione di strumenti per irradiazione, apparecchiature elettromedicali ed elettroterapeutiche	Numero delle imprese	651	650	-0,2
	Fatturato – migliaia di euro	3.327.838	2.870.313	-13,7
	Valore aggiunto al costo dei fattori (migliaia di euro)	881.435	872.991	-1,0
	Costi del personale (migliaia di euro)	571.132	578.568	1,3
	Investimenti lordi in beni materiali (migliaia di euro)	85.733	64.055	-25,3
	Numero di persone occupate	13.473	12.740	-5,4
	Numero di dipendenti	12.549	11.927	-5,0
	Valore aggiunto per addetto (produttività del lavoro) (migliaia di euro)	65	69	4,7
	Investimenti per addetto (migliaia di euro)	6	5	-21,0
	Costo del lavoro per dipendente (migliaia di euro)	46	49	6,6
325: Fabbricazione di strumenti e forniture mediche e dentistiche	Numero delle imprese	16.370	17.414	6,4
	Fatturato – migliaia di euro	6.982.269	6.511.171	-6,7
	Valore aggiunto al costo dei fattori (migliaia di euro)	2.463.750	2.736.071	11,1
	Costi del personale (migliaia di euro)	1.375.013	1.329.737	-3,3
	Investimenti lordi in beni materiali (migliaia di euro)	339.955	193.595	-43,1
	Numero di persone occupate	63.604	61.794	-2,8
	Numero di dipendenti	42.714	38.366	-10,2
	Valore aggiunto per addetto (produttività del lavoro) (migliaia di euro)	39	44	14,3
	Investimenti per addetto (migliaia di euro)	5	3	-41,4
	Costo del lavoro per dipendente (migliaia di euro)	32	35	7,7
Totale industria della salute	Numero delle imprese	17.549	18.577	5,9
	Fatturato – migliaia di euro	35.469.684	36.852.016	3,9
	Valore aggiunto al costo dei fattori (migliaia di euro)	10.468.358	11.865.743	13,3
	Costi del personale (migliaia di euro)	6.306.859	6.193.627	-1,8
	Investimenti lordi in beni materiali (migliaia di euro)	1.443.343	1.119.180	-22,5
	Numero di persone occupate	145.161	137.456	-5,3
	Numero di dipendenti	122.741	112.823	-8,1
	Valore aggiunto per addetto (produttività del lavoro) (migliaia di euro)	72	86	19,7
	Investimenti per addetto (migliaia di euro)	10	8	-18,1
	Costo del lavoro per dipendente (migliaia di euro)	51	55	6,8

Fonte: Istat (Archivio statistico delle imprese attive – ASIA)

2.5 Il lavoro non regolare⁴¹

Il tasso d'irregolarità – il rapporto percentuale tra unità di lavoro non regolari e unità di lavoro totali – degli occupati nel 2012 raggiunge il valore più alto rispetto alla media di tutte le attività economiche (10,5%) nel settore dei servizi domestici (49,3%) e la quota più bassa in quello della sanità e dell'assistenza sociale (2,6%) (figura 2.65 e tavola 2.41).

Dal 1999 al 2012 il tasso d'irregolarità degli occupati nei servizi domestici subisce una flessione significativa di 17,7 punti percentuali, probabilmente a causa dei numerosi provvedimenti di regolarizzazione degli immigrati. Una riduzione più significativa si osserva nel tasso d'irregolarità delle unità di lavoro (-30 punti) e delle posizioni lavorative (-24,6 punti).

La flessione, nello stesso periodo, del tasso d'irregolarità degli occupati nel settore della sanità e dei servizi sociali è più contenuta: un punto percentuale.

Figura 2.65 – Tasso d'irregolarità degli occupati nel settore della sanità e dell'assistenza sociale, del personale domestico e nel totale dell'economia– Anni 1999-2012 (valori percentuali)

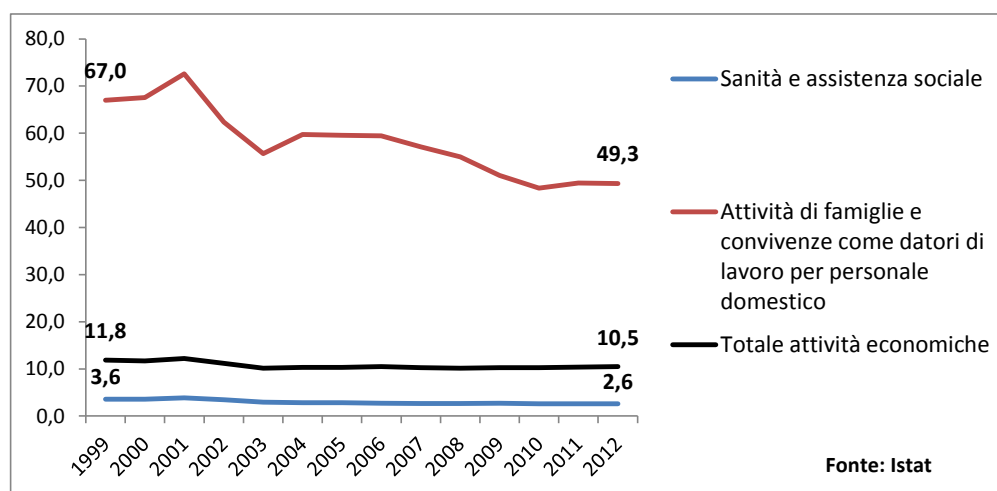


Tavola 2.41 – Tasso d'irregolarità (occupati, unità di lavoro e posizioni lavorative) nel settore della sanità e dell'assistenza sociale, del personale domestico e nel totale dell'economia – Anni 1999-2012 (valori percentuali e in punti percentuali)

		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Var. 1999-2012 (punti percentuali)
Sanità e assistenza sociale	Occupati	3,6	3,6	3,9	3,4	2,9	2,8	2,8	2,7	2,6	2,7	2,7	2,6	2,6	2,6	-1,0
	Unità di lavoro	3,6	3,6	3,9	3,5	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	-0,8
	Posizioni lavorative	3,4	3,4	3,7	3,3	2,8	2,7	2,7	2,6	2,6	2,6	2,6	2,5	2,5	2,5	-0,9
Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico	Occupati	67,0	67,6	72,6	62,3	55,7	59,8	59,6	59,5	57,1	55,0	51,1	48,4	49,5	49,3	-17,7
	Unità di lavoro	71,3	73,1	77,8	57,9	49,1	53,3	53,4	52,9	51,8	50,0	45,6	42,2	42,0	41,2	-30,0
	Posizioni lavorative	78,7	79,0	83,0	75,4	69,8	71,6	70,2	69,2	66,6	64,0	59,1	56,3	55,0	54,1	-24,6
Totale attività economiche	Occupati	11,8	11,7	12,2	11,2	10,2	10,3	10,3	10,5	10,3	10,2	10,3	10,2	10,4	10,5	-1,4
	Unità di lavoro	13,2	13,3	13,8	12,7	11,6	11,7	12,0	12,0	11,9	11,8	12,2	12,1	12,0	12,1	-1,1
	Posizioni lavorative	19,0	19,2	19,8	19,0	18,3	18,5	18,7	18,4	17,8	17,4	17,4	17,2	17,1	17,0	-2,0

Fonte: Istat (Conti nazionali – Tasso di irregolarità degli occupati, delle unità di lavoro e delle posizioni lavorative)

⁴¹ Sono definite *prestazioni lavorative non regolari* quelle svolte senza il rispetto della normativa vigente in materia fiscale-contributiva, quindi non osservabili direttamente presso le imprese, le istituzioni e le fonti amministrative.

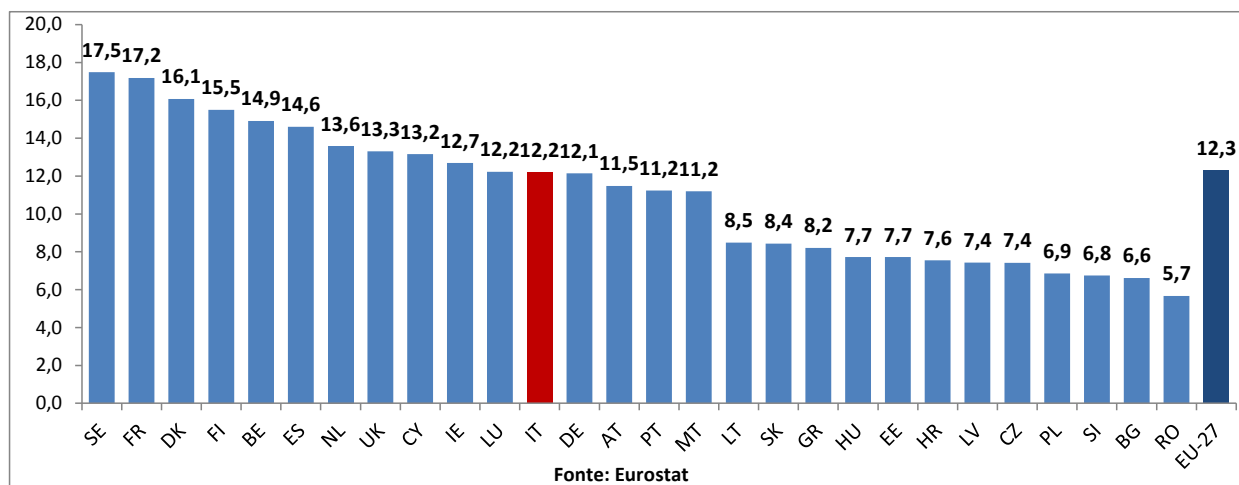
3. I *white jobs* per professione

In questo capitolo sono considerati i *white jobs* sulla base della definizione per professione (vedi nota metodologica), che comprende sei classi professionali della classificazione CP2011 dell'Istat: medici, tecnici della salute e dei servizi sociali, professioni qualificate nei servizi sanitari, sociali e personali e personale non qualificato dei servizi domestici. Occorre ricordare che non sono compresi gli psicologi, i dirigenti della sanità e dei servizi sociali, gli imprenditori di aziende della sanità e gli addetti ad altre attività di servizio per la persona, a causa dell'indisponibilità dei dati o per altri motivi indicati nella nota metodologica, e di conseguenza il numero dei *white jobs* è inferiore di circa il 2,5% rispetto a quello effettivo.

Non è possibile con la classificazione delle professioni a tre digit definire un raccordo preciso fra classificazione Istat CP2011 e la classificazione ILO ISCO08 utilizzata da Eurostat. Di conseguenza, gli occupati italiani nei *white jobs* classificati secondo la definizione dell'*International Classification of Occupations*⁴² sono in numero maggiore rispetto a quelli calcolati con la classificazione CP2011 (2.791 mila rispetto a 2.149 mila). A titolo d'esempio, le professioni CP2011 del personale non qualificato addetto ai servizi domestici (8.2.2) non corrispondono alla classificazione ISCO (911), che comprende non solo i lavoratori domestici, ma anche gli addetti alle pulizie e negli alberghi, che sono classificati da Istat con la classe professionale 8.1.4 (personale non qualificato nei servizi di pulizia di uffici, alberghi, navi, ristoranti, aree pubbliche e veicoli).

In ogni caso è utile analizzare l'incidenza percentuale dei lavoratori che esercitano queste professioni sul totale degli occupati nei paesi dell'Unione Europea, anche se i valori sono superiori di sei punti percentuali rispetto a quelli analizzati in questo capitolo (figura 3.1). La quota dei lavoratori nei *white jobs* sul totale degli occupati in Italia (12,2%; 5,5% tra i maschi e 21,8% tra le femmine) è allineata a quella della media dell'Unione (12,3%; 4,1% tra gli uomini e 22,1% tra le donne), mentre valori più elevati si osservano in Svezia (17,5%), in Francia (17,2%) e in Danimarca (16,1%). La quota più bassa si registra in Romania (5,7%) e in Polonia (6,6%). Le differenze di genere più elevate a favore delle donne si osservano in Finlandia (25 punti percentuali) e in Svezia (24 punti), mentre in Italia il differenziale si attesta su 16 punti.

Figura 3.1 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) nell'Unione europea per paese – Anno 2012 (incidenza percentuale sul totale degli occupati)



3.1 Gli occupati

Nel 2012 gli occupati nei *white jobs*, definiti sulla base di sei classi professionali CP2011, sono circa 2,1 milioni, risiedono nel 50% dei casi nelle regioni settentrionali (la restante quota si ripartisce per metà nel Centro e nel Mezzogiorno) e fra essi prevale la componente femminile (1,6 milioni, pari al 76% a fronte di 500 mila maschi) (tavola 3.1).

⁴² ISCO08: 221 (Medical doctors); 222 (Nursing and midwifery professionals); 223 (Traditional and complementary medicine professionals); 224 (Paramedical practitioners); 226 (Other health professionals); 321 (Medical and pharmaceutical technicians); 322 (Nursing and midwifery associate professionals); 323 (Traditional and complementary medicine associate professionals); 325 (Other health associate professionals); 531 (Child care workers and teachers' aides); 532 (Personal care workers in health services); 911 (Domestic, hotel and office cleaners and helpers).

Nonostante la crisi economica, il numero degli occupati che esercitano le professioni sanitarie, sociali e i lavori domestici è aumentato rispetto all'anno precedente del 5,4%, ma incrementi maggiori si osservano fra le professioni qualificate nei servizi personali, che comprendono badanti, addetti nei servizi per l'infanzia, per gli anziani e per le persone non autosufficienti (17,5%), e fra i tecnici della salute, costituiti in gran parte da infermieri, tecnici di laboratorio e fisioterapisti (7,7%).

Diminuisce rispetto al 2011 il numero dei tecnici dei servizi sociali (-9,1%) – assistenti sociali, mediatori culturali, tecnici del reinserimento, dell'integrazione sociale e dei servizi per l'impiego, addetti all'infanzia – e in misura minore degli addetti ai servizi domestici (-0,7%).

I *white jobs* rappresentano il 9,4% del totale degli occupati: più alta (17,3%) è la quota per le donne (3,8% per gli uomini) e al Centro (11%; 9% nel Nord e 8,9% nel Mezzogiorno).

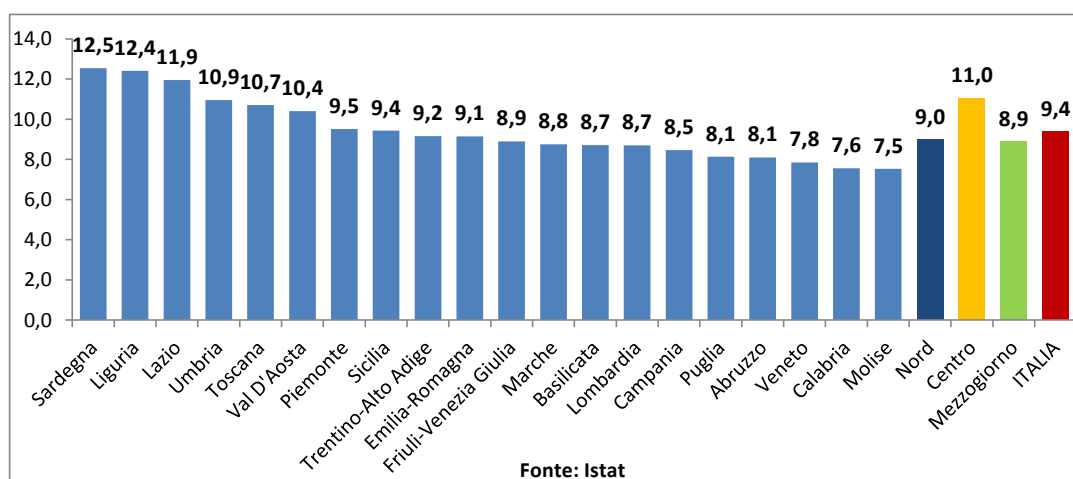
Tavola 3.1 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per professione, sesso e ripartizione – Anno 2012 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

CP2011	Professione	Femmine	Maschi	Totale	Totale: var. % 2011-2012	Nord	Centro	Mezzogiorno
2.4.1	Medici	108	178	286	2,9	134	65	87
3.2.1	Tecnici della salute	488	203	691	7,7	350	156	186
3.4.5	Tecnici dei servizi sociali	60	21	80	-9,1	39	18	24
5.3.1	Professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali	135	29	164	0,2	113	23	28
5.4.4	Professioni qualificate nei servizi personali e assimilati	393	32	425	17,5	211	103	111
8.2.2	Personale non qualificato addetto ai servizi domestici	448	55	503	-0,7	222	167	114
	Totale	1.632	517	2.149	5,4	1.068	532	549
Incidenza percentuale sul totale degli occupati		17,3	3,8	9,4		9,0	11,0	8,9

Fonte: Elaborazioni di Italia Lavoro su microdati Istat (Indagine sulle forze di lavoro)

Come è stato già osservato nel capitolo precedente, la quota di *white jobs*, sul totale degli occupati è più elevata rispetto a tutte le medie ripartizionali in Sardegna (12,5%), Liguria (12,4%) e Lazio (11,9%), seppure in un ordine diverso, e la quota più bassa si registra in Molise (7,5%), mentre nella definizione per settore la regione ultima nella graduatoria è l'Abruzzo (figura 3.2).

Figura 3.2 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per regione e ripartizione – Anno 2012 (incidenza percentuale sul totale degli occupati)



Quasi il 60% degli occupati nei *white jobs* è costituito da tecnici della salute (32%) e da addetti ai servizi domestici (23%), un quinto dalle professioni qualificate nei servizi personali (20%), il 13% da medici, l'8% dalle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali e la quota più piccola è costituita dai tecnici dei servizi sociali (4%) (figura 3.3).

Sono professioni ad alto tasso di femminilizzazione, dal momento che le lavoratrici rappresentano più di tre quarti del totale (75,9% a fronte del 24,1% degli uomini), ma quote ancora più alte di donne si registrano nel-

le professioni qualificate nei servizi personali (92,5%) e negli addetti ai servizi domestici (89,1%) (figura 3.4). Solo nelle professioni mediche prevalgono gli uomini (62,1%). Occorre osservare a questo proposito che il primato dei maschi nella professione medica sta velocemente diminuendo e tra il 2011 e il 2012 la quota di uomini si è ridotta di oltre 2 punti percentuali, dal 64,5% al 62,1%. È probabile che nel futuro il numero delle donne medico supererà quello degli uomini, dal momento che già nell'anno accademico 2011-2012 il 69,8% degli iscritti ai corsi di laurea specialistica del gruppo medico è costituito da donne, così come il 68,2% dei laureati (68,8% di donne laureate nei corsi triennali del gruppo medico)⁴³.

Figura 3.3 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per professione – Anno 2012 (composizione percentuale)

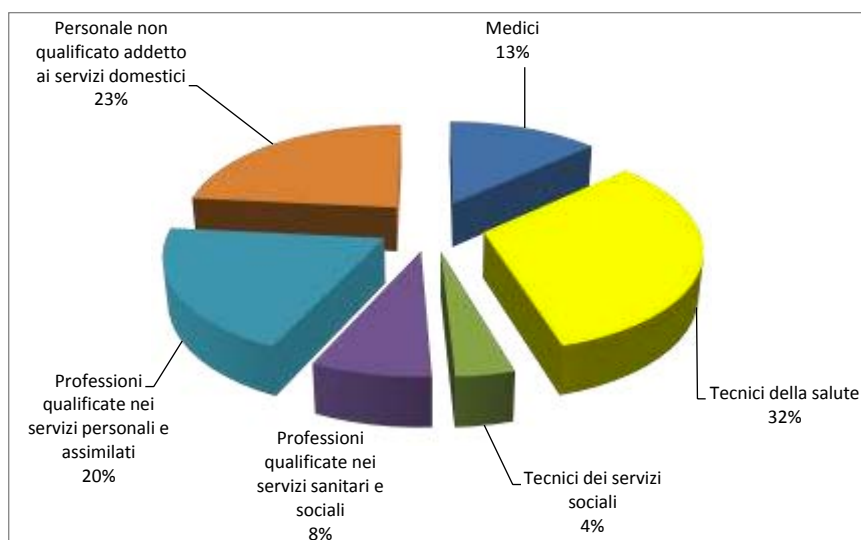
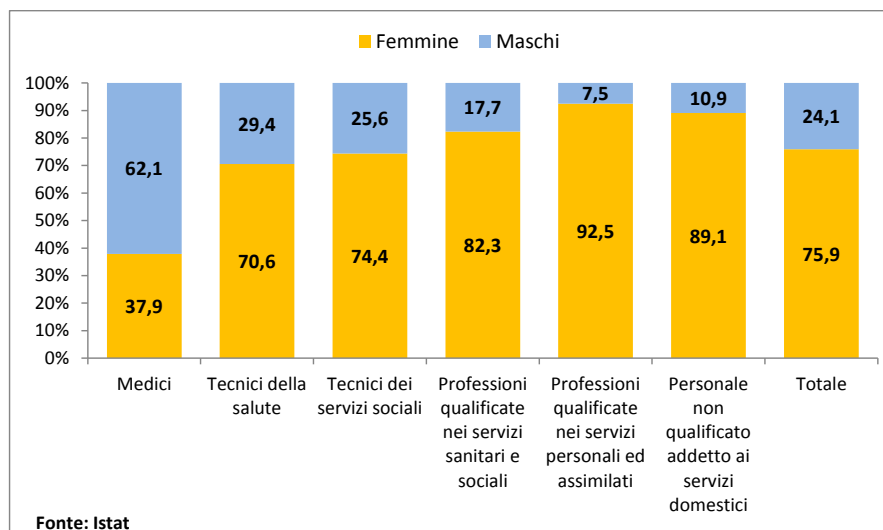


Figura 3.4 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per professione e sesso – Anno 2012 (composizione percentuale)



Poco meno di un terzo degli occupati nei *white jobs* è costituito da stranieri (30,6%), ma gli immigrati si concentrano prevalentemente fra gli addetti ai servizi domestici (70,9%) e le professioni qualificate dei servizi personali (57,9%), mentre nelle altre professioni la presenza di stranieri è marginale (figura 3.5).

La distribuzione media nazionale degli occupati tra le tre ripartizioni (metà nel Nord, un quarto nel Centro e un quarto nel Mezzogiorno) non presenta significative variazioni nelle specifiche professioni, con la sola esclusione delle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali (badanti, addetti nei servizi per l'infanzia, per gli anziani e per le persone non autosufficienti) che sono maggiormente presenti nel Nord per una quota del 69,1%, soprattutto a causa della maggiore diffusione nelle regioni settentrionali dei servizi per l'infanzia e per le persone anziane (figura 3.6).

⁴³ Istat, *Il sistema dell'Istruzione*, Anno accademico 2011-2012.

Figura 3.5 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per professione e cittadinanza – Anno 2012 (composizione percentuale)

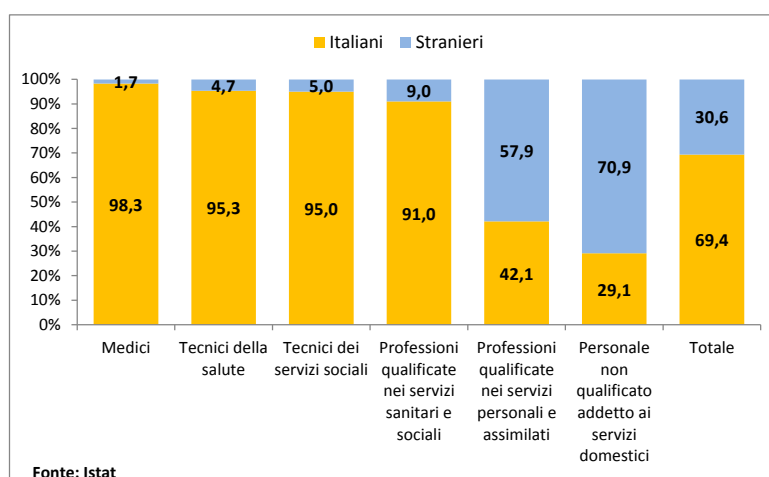
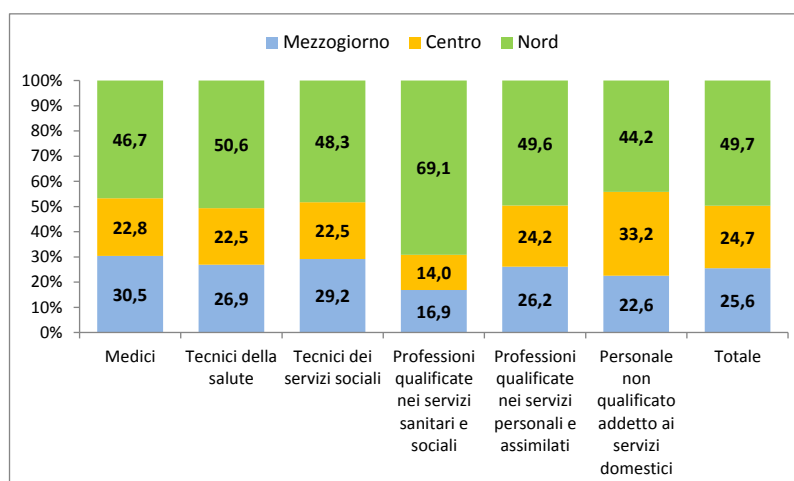
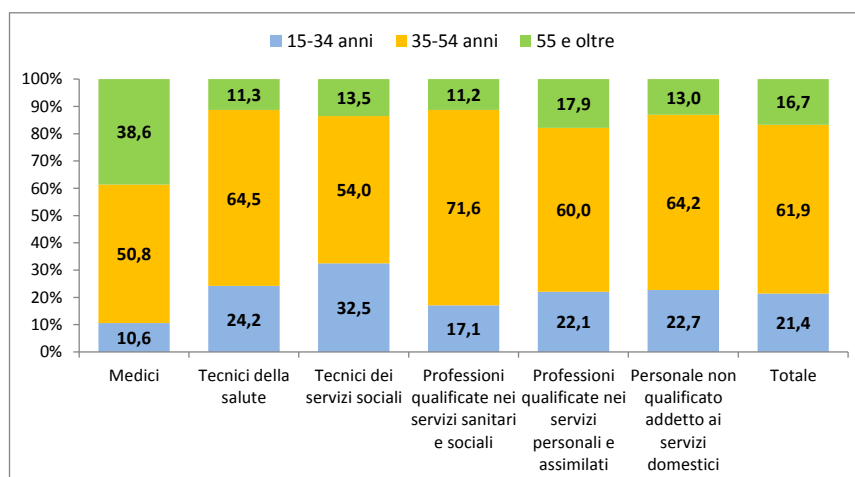


Figura 3.6 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per professione e ripartizione – Anno 2012 (composizione percentuale)



Mediamente il 61,9% degli occupati nei *white jobs* ha una età tra 35 e 54 anni, mentre i più giovani 15-34enni sono il 21,4% e gli anziani con 55 e più anni sono il 16,7% (figura 3.7). Ma nella professione medica, che richiede una maggiore durata degli studi e della specializzazione, i giovani sono solo il 10,6% e un'alta quota continua a svolgere la professione anche oltre i 55 anni (38,6%). La quota maggiore di giovani 15-34enni si registra tra i tecnici dei servizi sociali (32,5%), per i quali è richiesta una formazione più breve.

Figura 3.7 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per professione e classi d'età – Anno 2012 (composizione percentuale)



Nella tabella successiva si può osservare che l'88,7% degli occupati nelle professioni sanitarie, sociali e nei servizi alla persona (circa 1,9 milioni di unità) lavora nei quattro settori economici sui quali si basa la prima definizione di *white jobs*, mentre l'11,3% (circa 200 mila unità) in altri comparti (tavola 3.2).

Gli altri settori economici che vedono la maggiore presenza di *white jobs*, secondo la definizione per professione, sono quelli degli altri servizi alla persona, come lavanderie, parrucchieri, altri trattamenti estetici e centri per il benessere fisico (circa 62 mila unità pari al 2,9% del totale), della fabbricazione di strumenti e forniture mediche e dentistiche (1,2%), dell'istruzione (1%) e dell'amministrazione pubblica (1%).

Le maggiori differenze di genere si osservano nel comparto dell'assistenza sanitaria, dove la quota maschile (65,1%) è maggiore di quella femminile (37,7%), in quello dei lavori domestici, nel quale la quota femminile (37,7%) è maggiore di quella maschile (11,4%), in quelli dei servizi di assistenza sociale residenziale e degli altri servizi alla persona, che sono prerogativa quasi esclusivamente delle donne.

Tavola 3.2 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per settore economico – Anno 2012 (valori assoluti in migliaia e composizione percentuale)

ATECO 2007	Settore economico	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
		Valori assoluti in migliaia			Composizione percentuale		
86	Assistenza sanitaria	583	337	920	35,7	65,1	42,8
97	Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico	616	59	674	37,7	11,4	31,4
87	Servizi di assistenza sociale residenziale	162	27	189	10,0	5,2	8,8
88	Assistenza sociale non residenziale	106	16	122	6,5	3,1	5,7
	Totale settori prima definizione WJ (per settori economici)	1.467	439	1.906	89,9	84,8	88,7
96	Altre attività di servizi alla persona (lavanderie, parrucchieri e di altri trattamenti estetici, centri per il benessere fisico)	58	4	62	3,6	0,8	2,9
32	Altre industrie manifatturiere (fabbricazione di strumenti e forniture mediche e dentistiche)	1	24	25	0,1	4,6	1,2
85	Istruzione	18	4	22	1,1	0,8	1,0
84	Amministrazione pubblica e difesa; Assicurazione sociale obbligatoria	14	7	21	0,9	1,3	1,0
94	Attività di organizzazioni associative	13	5	18	0,8	0,9	0,8
47	Commercio al dettaglio	9	9	18	0,5	1,7	0,8
81	Attività di servizi per edifici e paesaggio (attività di pulizia)	14	1	15	0,8	0,2	0,7
93	Attività sportive e d'intrattenimento	6	3	9	0,4	0,5	0,4
	Altri settori	32	22	54	2,0	4,2	2,5
	Totale altri settori	165	78	244	10,1	15,2	11,3
	Totale complessivo	1.632	517	2.149	100,0	100,0	100,0

Fonte: Elaborazioni di Italia Lavoro su microdati Istat (Indagine sulle forze di lavoro)

Il grafico successivo mostra le profonde differenze nel livello d'istruzione degli occupati nei *white jobs* in relazione alla professione che esercitano: nelle prime tre professioni prevalgono i laureati, con quote che variano dal 100% per i medici al 46,4% per i tecnici della salute, mentre i lavoratori con la sola licenza media non superano il 9% (figura 3.8).

Viceversa, per quanto riguarda le altre tre professioni quasi la metà dei lavoratori non ha completato la scuola dell'obbligo, circa il 40% ha conseguito il diploma nelle sue due tipologie e circa il 10% è laureato.

Occorre osservare che una quota del 9,1% delle colf e badanti (46 mila unità) ha un livello d'istruzione terziario: questi lavoratori sono composti per il 94,5% da stranieri, fra i quali la quota delle donne è pari all'88,9%.

Fra i 44 mila laureati che esercitano le professioni qualificate nei servizi personali, la quota degli stranieri è pari al 66,5% e le donne immigrate sono il 92,4% del totale. La quota di stranieri fra i medici è pari all'1,7%.

Gli uomini occupati nei *white jobs* hanno mediamente un livello d'istruzione superiore a quello delle donne perché, come è stato osservato precedentemente, svolgono le professioni più qualificate: solo il 13,3% dei primi ha al massimo la licenza media a fronte del 31,3% delle seconde (oltre 510 mila unità); una quota maggiore di donne ha conseguito le due tipologie di diploma (40,8% a fronte del 30,5% degli uomini) solo perché oltre la metà degli uomini è composta da laureati (56,2%), mentre solo il 28% delle donne ha conseguito un titolo d'istruzione terziario (figura 3.9).

Figura 3.8 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per professione e titolo di studio – Anno 2012 (composizione percentuale)

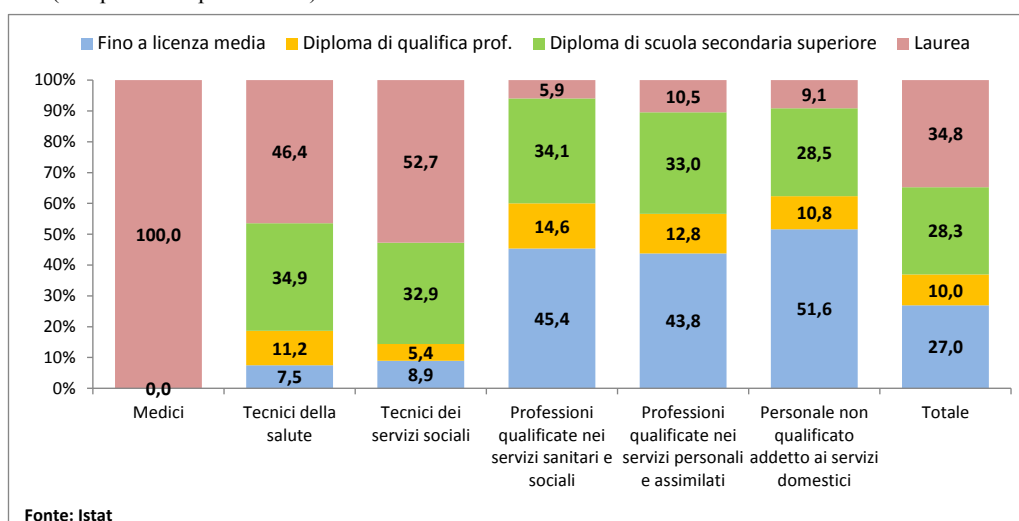
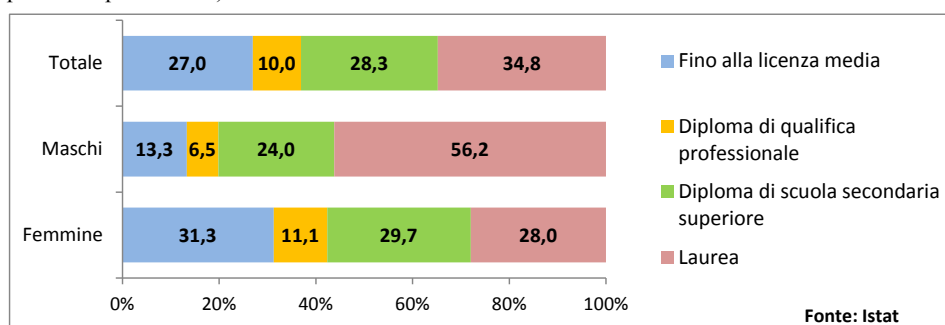


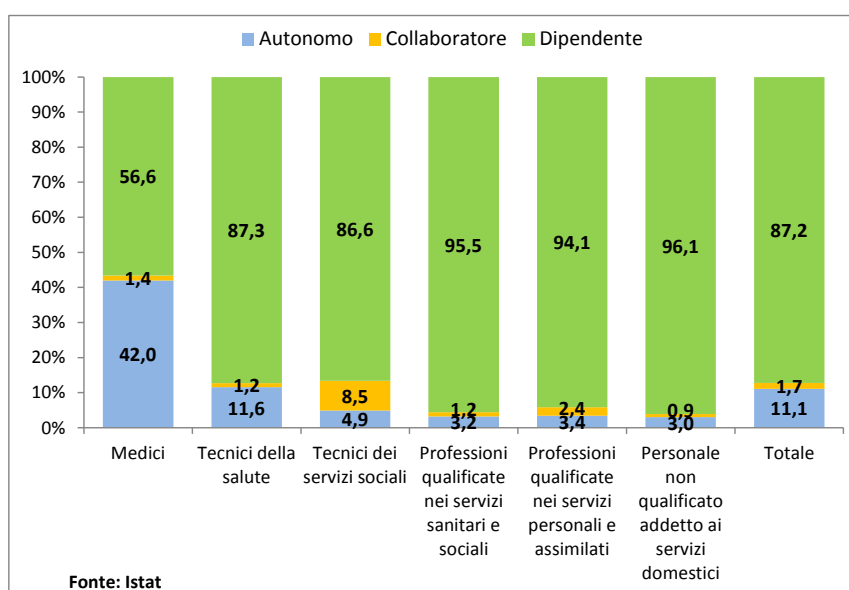
Figura 3.9 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per titolo di studio e sesso – Anno 2012 (composizione percentuale)



Non sorprende, trattandosi per una parte consistente di lavoratori nel settore pubblico, che l'87,2% sia costituito da lavoratori dipendenti, solo l'11,1% da autonomi e l'1,7% da collaboratori (figura 3.10).

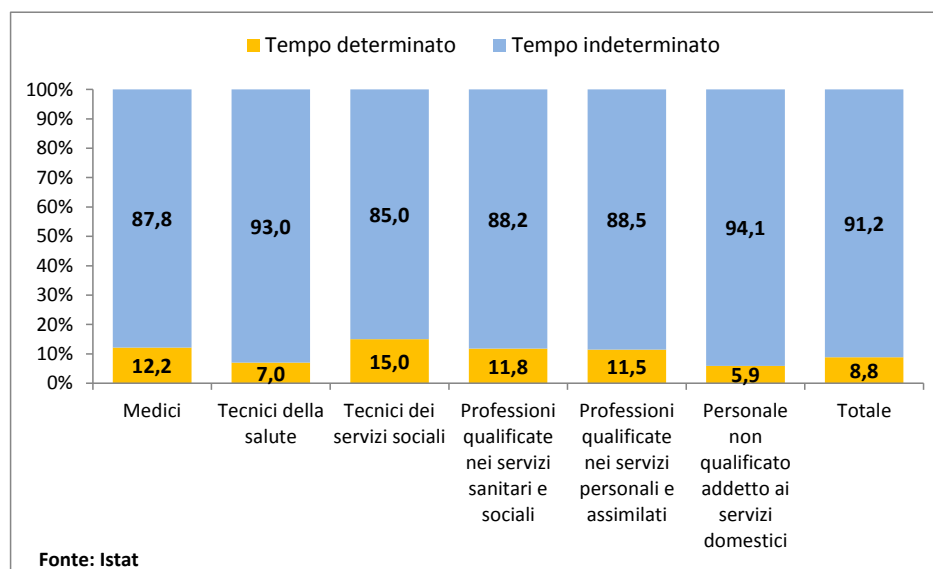
Una quota notevolmente più alta di lavoratori autonomi si osserva fra i medici che esercitano la libera professione e una percentuale dell'8,5% di collaboratori si registra fra i tecnici dei servizi sociali, probabilmente composti da operatori dei servizi erogati dalle amministrazioni periferiche.

Figura 3.10 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per professione e posizione nella professione – Anno 2012 (composizione percentuale)



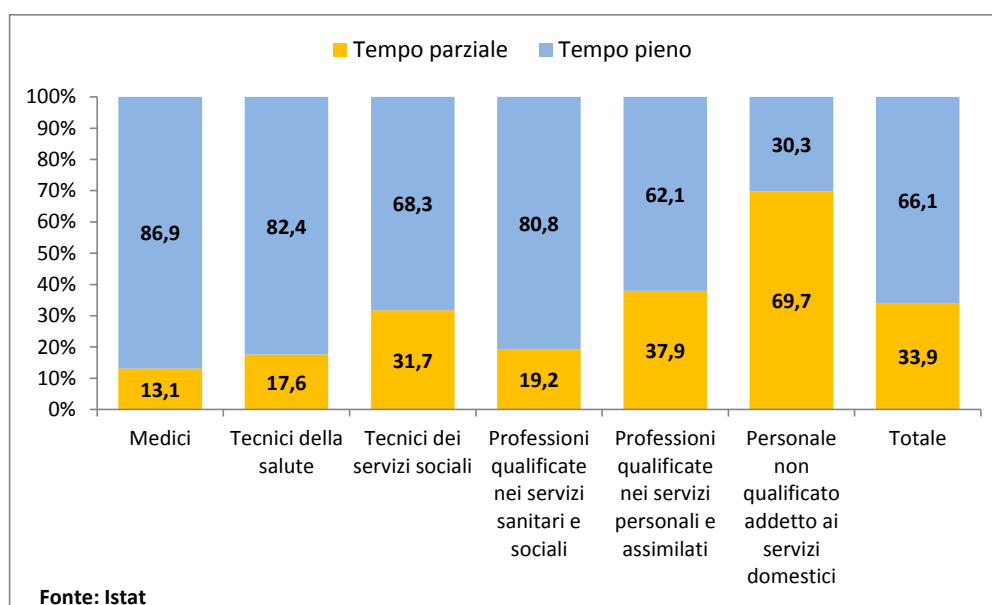
Tra i poco più di 2 milioni di lavoratori dipendenti il 91,2% è stato assunto con un contratto a tempo indeterminato e solo l'8,8% con un contratto a termine (8,8%) (*figura 3.11*). Sempre fra i tecnici dei servizi sociali si registra la più alta quota di lavoratori a termine. Tra le donne si osserva una maggiore quota di occupate a tempo determinato (9,1% a fronte del 7,7% degli uomini) e di riflesso una minore percentuale di assunte con il contratto a tempo indeterminato (90,9% a fronte del 92,3% degli uomini).

Figura 3.11 – Occupati dipendenti nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per professione e durata del contratto – Anno 2012 (composizione percentuale)



La quota di lavoratori part-time (33,9%) è nettamente più elevata rispetto a quella che si osserva in tutta la platea di occupati (17,1%), in gran parte a causa dell'alta percentuale di lavoratori domestici che lavorano a tempo parziale (69,7%), ma anche di addetti ai servizi personali (37,9%) e di tecnici dei servizi sociali (31,7%) (*figura 3.12*).

Figura 3.12 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per professione e orario di lavoro – Anno 2012 (composizione percentuale)

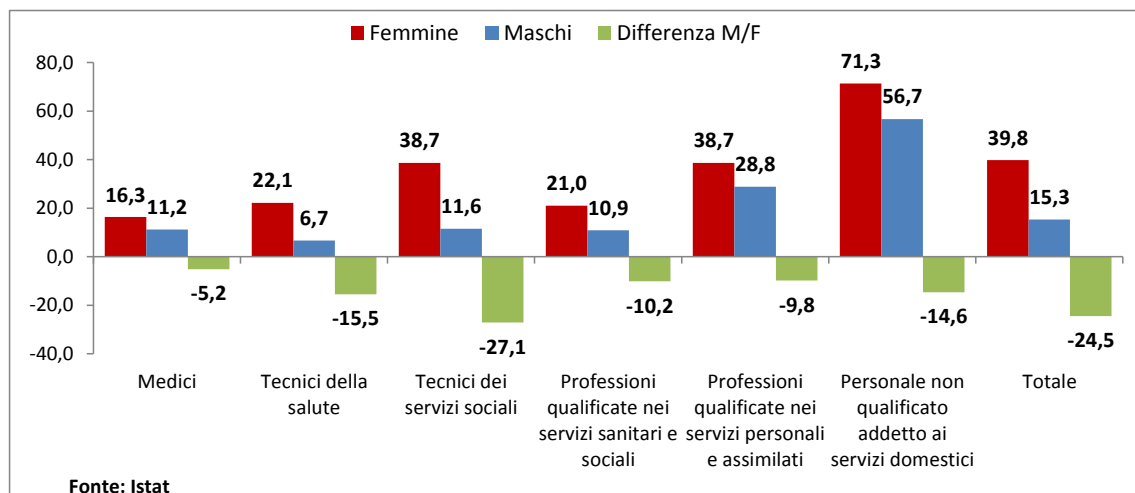


La quota di lavoratrici a orario ridotto (39,8%) è superiore di quasi 25 punti percentuali rispetto a quella degli uomini (15,3%) e questo differenziale di genere medio è superato solo da quello riguardante i tecnici dei servizi sociali, che supera i 27 punti (*figura 3.13*).

Il differenziale di genere più basso nel part-time si osserva tra i medici (-5,2 punti), probabilmente perché la scelta del lavoro a orario ridotto consente di svolgere anche la libera professione ed è effettuata anche dagli

uomini, non certo per conciliare la professione con la cura della famiglia. Occorre osservare a questo proposito che i medici maschi riescono a gestire meglio delle donne che svolgono la stessa professione la presenza dei figli, conciliando l'orario di lavoro: il 64,5% dei primi fa parte di una coppia con figli, mentre si trova in questa condizione il 61% delle seconde. Inoltre l'8,2% delle donne medico è monogenitore.

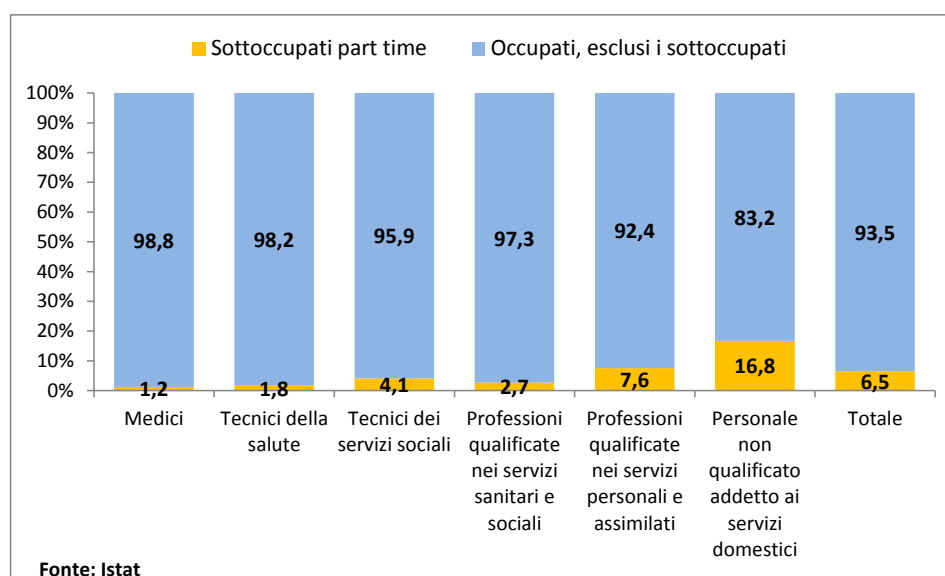
Figura 3.13 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) a tempo ridotto per professione e sesso – Anno 2012 (incidenza percentuale e differenza maschi/femmine in punti percentuali)



La quota di sottoccupati part-time fra i lavoratori dei *white job*, cioè delle persone che vorrebbero lavorare più a lungo (part-time involontario), è pari al 6,5%, ma interessa prevalentemente i lavoratori domestici (16,8%) e le professioni qualificate nei servizi personali (7,6%) (figura 3.14).

Occorre osservare che la presenza di lavoratori part-time involontari segnala la prossimità con il lavoro non regolare, che è estremamente diffuso fra i collaboratori domestici (vedi figura 4.2).

Figura 3.14 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per professione e condizione professionale – Anno 2012 (composizione percentuale)



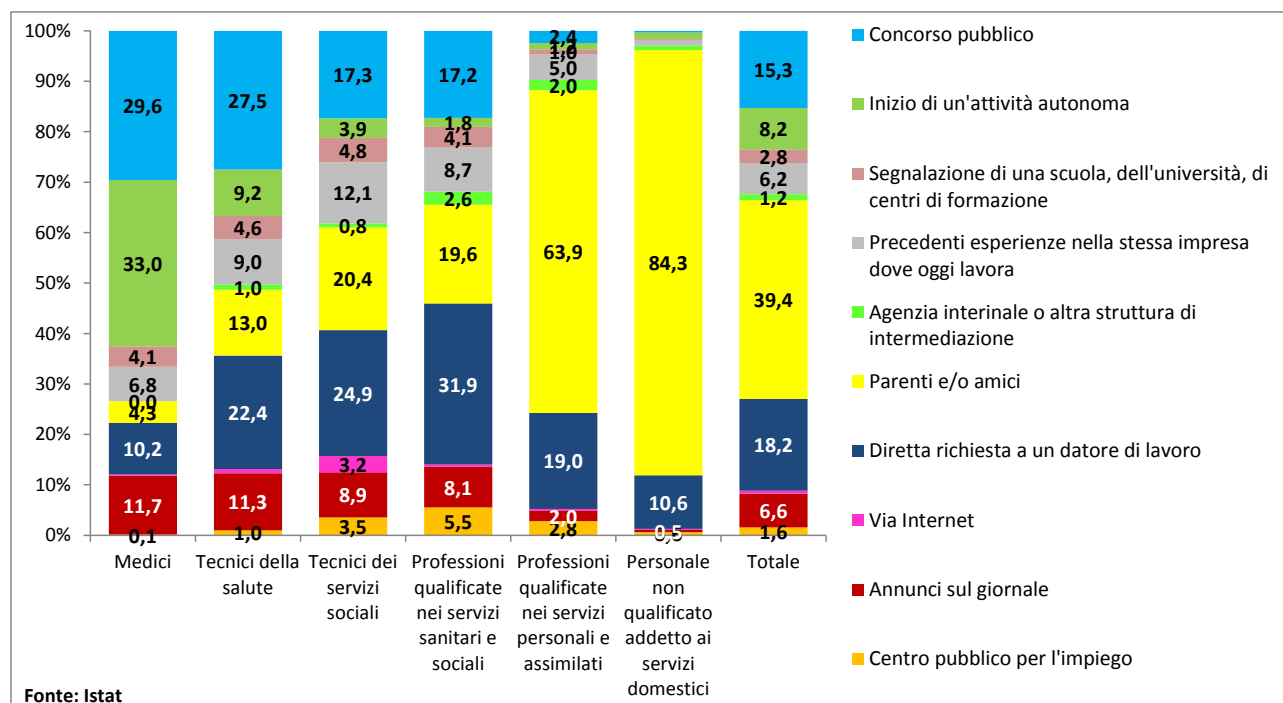
I canali attraverso i quali gli occupati nei *white jobs* hanno trovato l'attuale lavoro sono molto diversi in relazione alla professione esercitata e forniscono anche preziose indicazioni sulle politiche più efficaci da adottare per facilitare e migliorare l'occupazione in alcune di queste professioni (figura 3.15).

Solo l'1,6% degli occupati ha trovato lavoro attraverso un centro pubblico per l'impiego (2,6% la media per tutti gli occupati), quota appena più significativa fra le professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali (3,5%) e tra i tecnici dei servizi sociali (3,5%).

Risultati ancora peggiori sono stati conseguiti dalle agenzie private per il lavoro, attraverso le quali hanno trovato lavoro solo l'1,2% degli occupati in queste professioni.

Per le prime cinque professioni più qualificate sono state più efficaci le segnalazioni di scuole e università, dal momento che ha trovato lavoro attraverso questi canali oltre il 4% dei lavoratori. L'avvio di una attività autonoma ha interessato quasi esclusivamente i medici (33%) e i tecnici della salute (9,2%).

Figura 3.15 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per professione e canale attraverso il quale hanno trovato l'attuale lavoro – Anno 2012 (composizione percentuale)



Anche la partecipazione a concorsi pubblici ha consentito di trovare un'occupazione, come è del resto atteso, alle professioni più qualificate e ai dipendenti pubblici: al 29,6% dei medici, al 27,5% dei tecnici della salute, al 17,3% dei tecnici dei servizi sociali e al 17,2% dei lavoratori qualificati nei servizi sanitari e sociali.

Ha una buona efficacia il canale della richiesta diretta ai datori di lavoro attraverso l'invio del curriculum o altre modalità, che ha consentito di trovare l'attuale occupazione al 18,2% degli occupati nei *white jobs*, così come l'annuncio attraverso i giornali (6,6%). Internet è stato efficace solo per il 3,2% dei tecnici dei servizi sociali.

Ma l'evidenza più grave deriva dall'osservazione che oltre un terzo degli occupati (39,4%) ha trovato lavoro attraverso parenti o amici e che questo canale informale è stato utilizzato dall'84,3% degli addetti ai servizi domestici e dal 63,9% dei lavoratori qualificati nei servizi personali. È invece fisiologico che quote inferiori al 20% degli altri lavoratori più qualificati abbiano utilizzato con successo questo canale.

L'utilizzo dei canali informali per trovare il lavoro è molto diversificato tra le professioni, perché la quota che ha utilizzato parenti e amici per trovare l'attuale occupazione varia dall'84,3% dei lavoratori domestici al 4,3% dei medici.

In particolare, gli occupati delle professioni qualificate nei servizi personali (badanti, addetti nei servizi per l'infanzia, per gli anziani e per le persone non autosufficienti) e gli addetti ai servizi domestici non utilizzano, per la grande maggioranza, alcun canale d'intermediazione formale. Sono due professioni che dovrebbero essere maggiormente qualificate anche attraverso la formazione professionale, ma soprattutto con interventi efficaci per far emergere il lavoro nero e per offrire alle famiglie e alle lavoratrici canali d'incontro trasparenti ed efficienti tra domanda e offerta.

La diffusione degli albi e dei registri dei collaboratori familiari, che potrebbero facilitare l'incontro tra domanda e offerta e garantire requisiti professionali essenziali, è modesta: solo un assistente su quattro è iscritto in un registro (23,7%), senza differenze tra italiani e stranieri, ma con livelli di diffusione territoriale molto diversificati (32,5% gli iscritti agli albi nel Nord, 20,6% nel Centro e 10,6% nel Mezzogiorno⁴⁴).

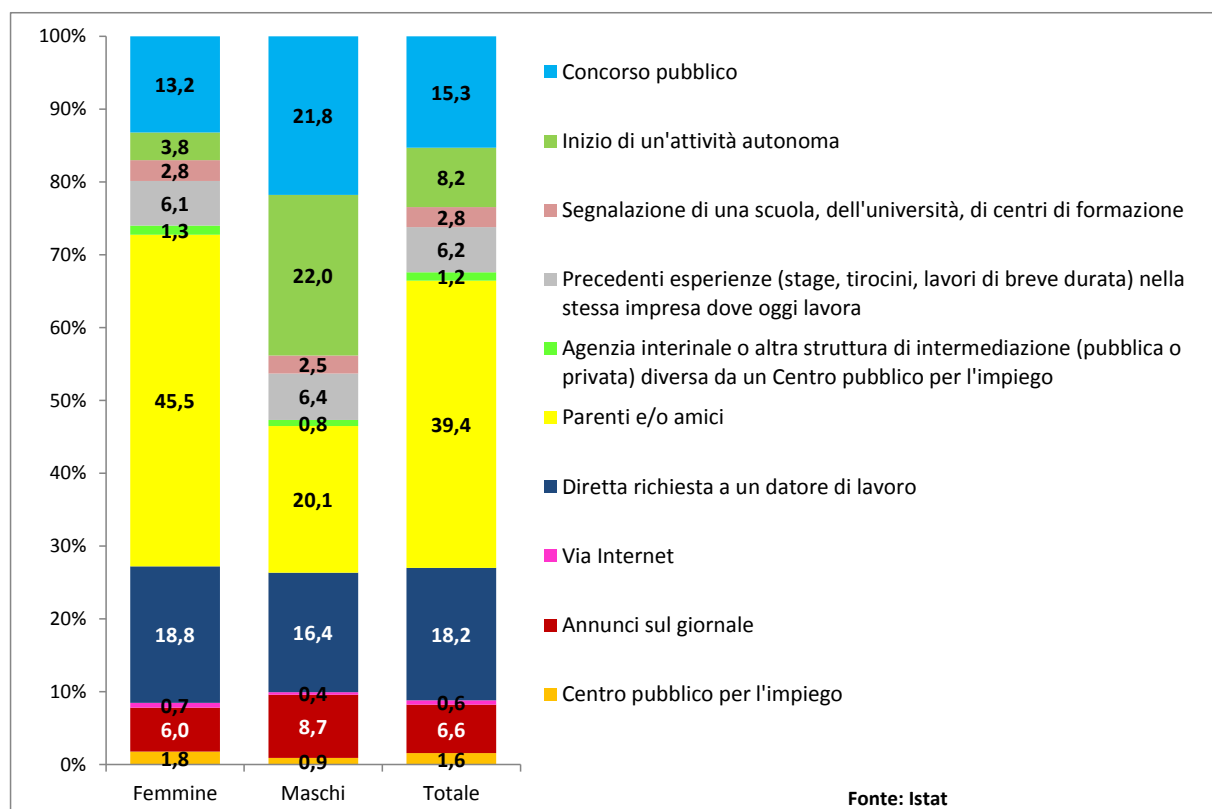
⁴⁴ Cfr. Ministero del Lavoro, *Elaborazione di un modello previsionale del fabbisogno di servizi assistenziali alla persona nel mercato del lavoro italiano con particolare riferimento al contributo della popolazione straniera*, a cura di Censis e Fondazione ISMU, 2013, pp. 16 e 17.

Le differenze di genere nell'utilizzo del canale per trovare lavoro sono significative ed emergono con chiarezza dal grafico successivo: i lavoratori maschi utilizzano prevalentemente i canali formali, mentre le donne trovano lavoro in gran parte attraverso i canali informali (*figura 3.16*).

La prima evidenza riguarda l'utilizzo di parenti e amici nella ricerca del lavoro, modalità utilizzata dal 45,5% delle donne e solo dal 20% degli uomini.

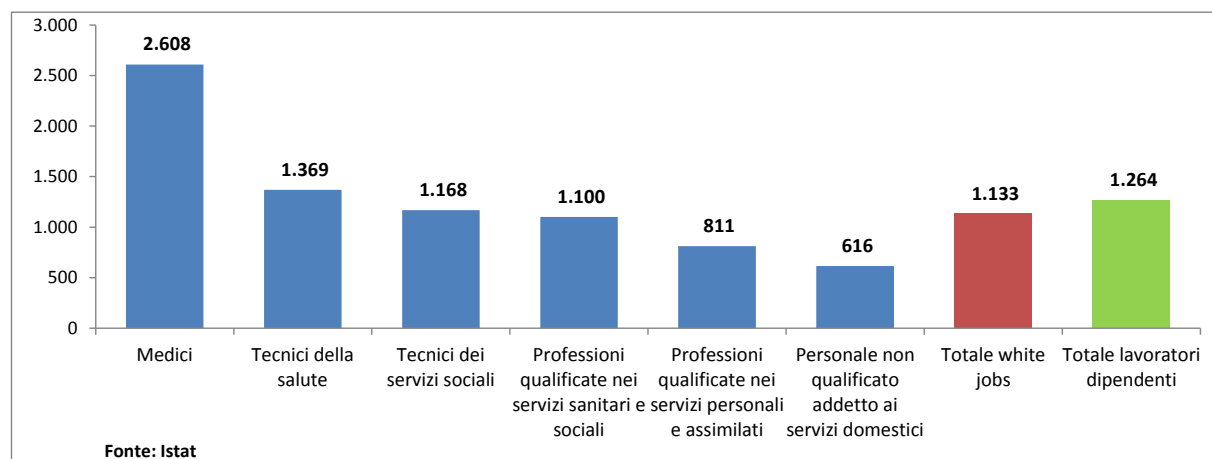
Una quota del 22% degli uomini ha avviato un'attività autonoma a fronte del 3,8% delle donne e il 21,8% dei primi ha vinto un concorso pubblico a fronte del 13,2% delle donne.

Figura 3.16 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per canale attraverso il quale hanno trovato l'attuale lavoro e sesso – Anno 2012 (composizione percentuale)



La retribuzione mensile media dei lavoratori dipendenti nelle professioni sanitarie, sociali e nei servizi alla persona è pari a poco più di 1.100 euro, inferiore di poco più di 100 euro rispetto alla retribuzione media di tutti i dipendenti (*figura 3.17*). Le differenze di retribuzione all'interno delle professioni sono, com'è del resto atteso, molto elevate e la differenza tra quella più alta (dei medici: 2.608 euro) e quella più bassa (degli addetti ai servizi domestici: 616 euro) è di circa 2 mila euro.

Figura 3.17 – Retribuzione mensile netta degli occupati dipendenti nelle professioni sanitarie, sociali e nei servizi alla persona (15 anni e oltre) – Anno 2012 (valori assoluti in euro)



A proposito delle retribuzioni delle colf e badanti (mediamente 616 euro netti al mese), occorre tenere presente che da una parte la retribuzione base contrattuale è molto contenuta (5,42 euro all'ora) e dall'altra che esse lavorano meno ore presso più clienti, come emerge successivamente nell'analisi delle ore medie settimanali (vedi figura 3.25 e tavola 3.6).

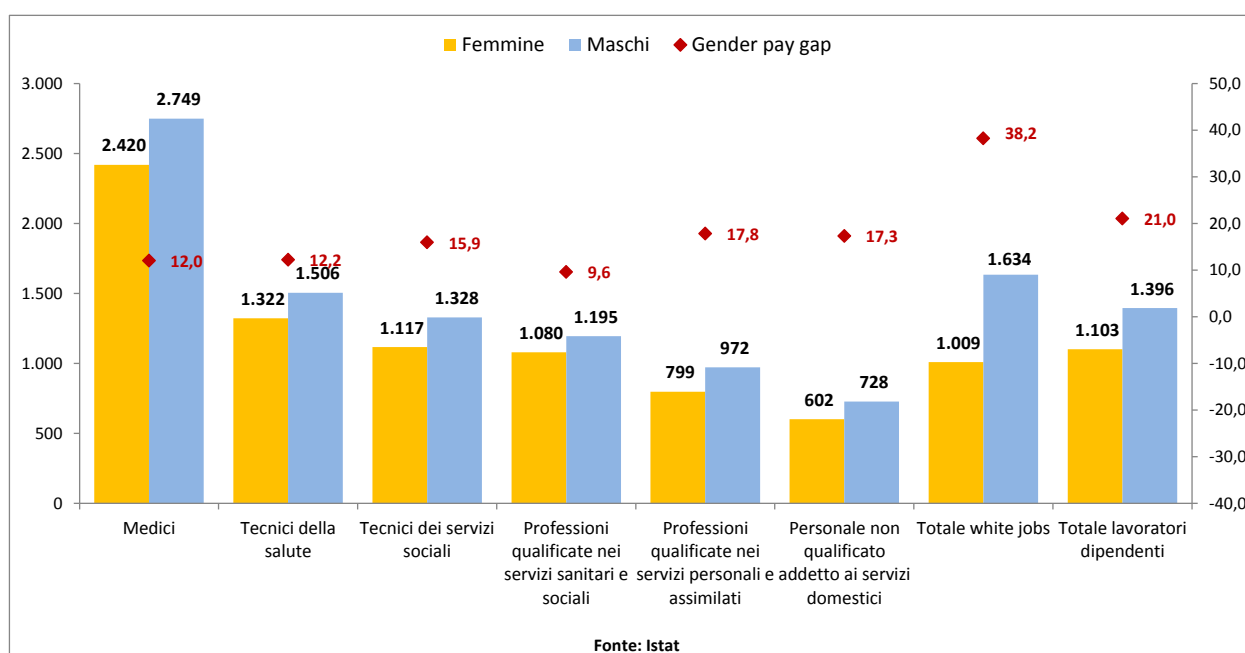
In Francia la retribuzione mensile media netta dei lavoratori addetti ai servizi alla persona nel 2011 è di 630 euro, con salari più elevati per gli addetti alle persone non autosufficienti (916 euro)⁴⁵.

Le retribuzioni mensili nette medie delle donne occupate dipendenti nei *white jobs* sono sistematicamente più basse di quelle degli uomini di circa 600 euro (figura 3.18). Le lavoratrici che esercitano queste professioni guadagnano mediamente il 61,8% della retribuzione maschile, differenziale retributivo di genere superiore a quello che si registra per il totale degli occupati alle dipendenze (79%).

Il *gender pay gap* – calcolato come rapporto percentuale tra la differenza della retribuzione degli uomini e delle donne e la retribuzione degli uomini – ha, rispetto alla media dei *white jobs* (38,2%), valori più contenuti nelle singole professioni, con differenziali retributivi più bassi in quelle meglio retribuite e più alti in quelle pagate sotto i mille euro netti al mese (dal 12% delle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali al 17,8% delle professioni qualificate nei servizi personali e nel personale non qualificato addetto ai servizi domestici).

Questa apparente anomalia si spiega tenendo presente che le donne sono più numerose degli uomini (76% del totale) e di conseguenza si determina un differenziale complessivo maggiore a loro sfavore.

Figura 3.18 – Retribuzione mensile netta degli occupati dipendenti nelle professioni sanitarie, sociali e nei servizi alla persona (15 anni e oltre) per sesso e *unadjusted gender pay gap* – Anno 2012 (valori assoluti in euro e percentuali)



⁴⁵ Oliver Wyman, *Services à la personne: bilan économique et enjeux de croissance*, Marsh & McLennan Companies, 2012, p. 36.

3.1.1 Gli occupati nel 2013

La disponibilità dei dati sulle forze di lavoro del 2013, intervenuta alla fine della redazione di questo rapporto, consente di analizzare la variazione tendenziale degli occupati nelle professioni sanitarie, sociali e nei servizi alla persona.

Diversamente dai *white jobs* definiti sulla base dei settori economici che subiscono dal 2012 al 2013 una flessione complessiva degli occupati dello 0,2%, il numero dei lavoratori che esercitano le professioni esaminate in questo capitolo aumenta, nonostante la crisi economica e occupazionale, dello 0,9% (+18 mila unità), prevalentemente per il contributo della componente maschile (2,5% a fronte dello 0,3% delle donne) (tavola 3.3). L'aumento degli occupati si osserva tra i medici (2,5%), le professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali (16,7%) e nei servizi personali (6,7%), mentre si registra una flessione tra i tecnici della salute (-3%), i tecnici dei servizi sociali (-10,1%) e i lavoratori domestici (-3,1%).

Appare indubbio che la crisi economica ha rallentato i trend di crescita dei servizi alla persona e in particolare oltre la metà delle famiglie non riesce più a fare fronte alle spese per i collaboratori familiari riducendo gli altri consumi, intaccando i risparmi o indebitandosi⁴⁶. È possibile che per ridurre il costo dei servizi alla persona si ricorra maggiormente al lavoro nero. Infatti, molti dei *white jobs* sono servizi irrinunciabili per le famiglie e la loro domanda, per i tanti motivi analizzati in questo lavoro, è destinata solo a crescere.

Tavola 3.3 – Occupati nelle professioni sanitarie, sociali e lavoratori domestici (15 anni e oltre) per professione, sesso e ripartizione – Anni 2012 e 2013 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

Professione	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
	2012			2013			Variazione % 2012-2013		
Medici	108	178	286	116	177	293	7,7	-0,6	2,5
Tecnici della salute	488	203	691	466	205	670	-4,6	0,9	-3,0
Tecnici dei servizi sociali	60	21	80	54	18	72	-9,6	-15,8	-10,1
Professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali	135	29	164	157	34	191	16,4	17,8	16,7
Professioni qualificate nei servizi personali e assimilati	393	32	425	410	43	453	4,4	34,1	6,7
Personale non qualificato addetto ai servizi domestici	448	55	503	434	54	487	-3,2	-2,3	-3,1
Totale	1.632	517	2.149	1.637	530	2.167	0,3	2,5	0,9

Fonte: Elaborazioni di Italia Lavoro su microdati Istat (Indagine sulle forze di lavoro)

3.1.2 Permanenze e transizioni della condizione professionale

L'analisi dei microdati longitudinali a 12 mesi dell'indagine sulle forze di lavoro dell'Istat consente di osservare le permanenze e le transizioni della condizione professionale, dal primo trimestre del 2012 al primo trimestre del 2013, dei lavoratori che esercitano le professioni sanitarie, sociali e di assistenza alla persona⁴⁷.

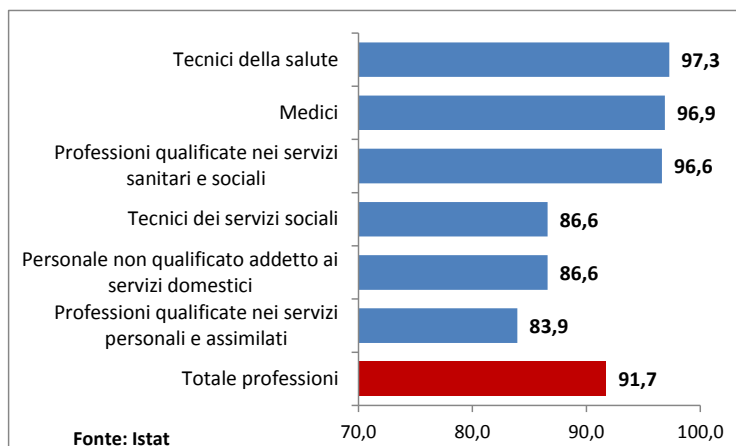
Nella media dei lavoratori di tutte le professioni, l'analisi longitudinale mostra una consistente componente di permanenza nella condizione: su 10 occupati a inizio periodo almeno 9 lo sono anche a un anno di distanza (figura 3.19). Il tasso di permanenza dei tecnici della salute, dei medici e di coloro che esercitano le professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali si mantiene, invece, intorno al 97%, mostrando che queste tre professioni sono fra le più stabili nel mercato del lavoro.

⁴⁶ Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Elaborazione di un modello previsionale del fabbisogno di servizi assistenziali alla persona nel mercato del lavoro italiano con particolare riferimento al contributo della popolazione straniera*, cit., p. 5.

⁴⁷ I dati sono espressi attraverso due indicatori: il tasso di permanenza e il tasso di trasformazione della condizione professionale. Il primo indica la quota di persone che è rimasta nella stessa condizione professionale sia all'inizio che alla fine del periodo considerato (senza tenere conto delle modifiche di condizione intervenute all'interno del periodo); il secondo la percentuale di persone che alla fine del periodo si trova in una condizione professionale diversa da quella che aveva all'inizio del periodo. Questo significa che non è necessario che queste persone siano rimaste per tutto il periodo nella medesima condizione professionale. I due indicatori indicano, in definitiva, la probabilità di permanenza nella stessa condizione professionale o di passaggio a una diversa condizione nel periodo di 12 mesi. I dati sono stati ristretti agli occupati di età compresa tra 15 e 64 anni, per limitare l'incidenza delle transizioni verso l'inattività per pensionamento.

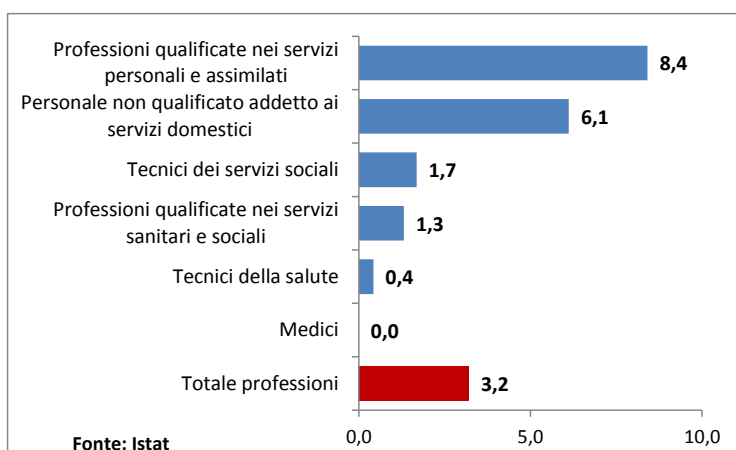
La probabilità di rimanere nella condizione di occupato è più bassa (intorno all'87%) per i tecnici dei servizi sociali e per i lavoratori domestici. Il tasso di permanenza di coloro che esercitano le professioni qualificate nei servizi personali (83,9%) è il più basso fra i *white jobs*, inferiore anche a quello della media di tutte le professioni.

Figura 3.19 – Tassi di permanenza degli occupati nelle professioni sanitarie, sociali e dei lavoratori domestici (15-64 anni) – I trim. 2012-I trim. 2013 (incidenza percentuale)



Il rischio di perdere il lavoro dopo un anno è pari a zero per i medici, leggermente sotto la media complessiva della media complessiva tra i tecnici della salute, le professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali e i tecnici (figura 3.20). Viceversa, gli occupati che a un anno di distanza sono alla ricerca attiva di un'occupazione sono il 6,1% tra i lavoratori domestici e l'8,4% tra chi esercita le professioni qualificate nei servizi personali. Mediamente i lavoratori che esercitano le professioni sanitarie, sociali e i lavoratori domestici hanno la probabilità del 3,4% di perdere il posto di lavoro.

Figura 3.20 – Tassi di transizione verso lo stato di disoccupazione degli occupati nelle professioni sanitarie, sociali e dei lavoratori domestici (15-64 anni) – I trim. 2012-I trim. 2013 (incidenza percentuale)



Nei due grafici successivi si analizza il tasso di transizione verso due condizioni d'inattività del tutto diverse: lo stato di forza di lavoro potenziale che caratterizza prevalentemente le persone che non cercano attivamente un'occupazione, ma sono immediatamente disponibili a lavorare e lo stato d'inattività delle persone che non sono disponibili a lavorare, tra le quali quelle che si sono ritirate dal lavoro avendo raggiunto l'età pensionabile. Occorre osservare che la condizione di forza di lavoro potenziale è molto prossima all'area del lavoro non regolare e di conseguenza la transizione verso questa condizione può anche segnalare il passaggio dal lavoro regolare a quello in nero.

Si registrano i più elevati tassi di transizione verso la condizione di forza di lavoro potenziale tra i tecnici dei servizi sociali (5,8%), i lavoratori domestici (4,5%) e le professioni qualificate nei servizi personali (3,4%) (figura 3.21).

La probabilità di passare allo stato d'inattività "vera", soprattutto quella fisiologica per pensionamento, è più alta fra le professioni più qualificate come i tecnici della salute (5,9%), gli addetti nei servizi per l'infanzia, per gli anziani e le persone non autosufficienti, che sono professioni fra le più usuranti (4,2%), e i medici (3,1%) (figura 3.22).

Figura 3.21 – Tassi di transizione verso la condizione di forza di lavoro potenziale degli occupati nelle professioni sanitarie, sociali e dei lavoratori domestici (15-64 anni) – I trim. 2012-I trim. 2013 (incidenza percentuale)

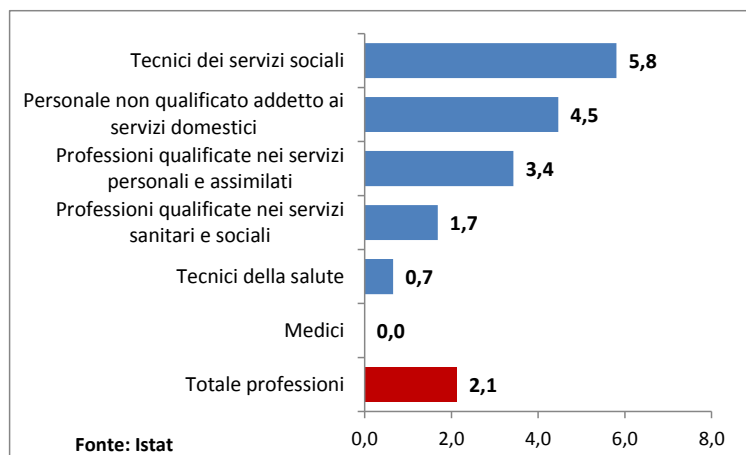


Figura 3.22 – Tassi di transizione verso la condizione d'inattività (escluse FdLP) degli occupati nelle professioni sanitarie, sociali e dei lavoratori domestici (15-64 anni) – I trim. 2012-I trim. 2013 (incidenza percentuale)



3.1.3 I lavoratori domestici

Per quantificare con maggiore esattezza una parte dei *white jobs* – i lavoratori domestici – sono disponibili i dati amministrativi dell'INPS basati sulle informazioni contenute nelle comunicazioni obbligatorie di assunzione, trasformazione, proroga e cessazione del rapporto di lavoro domestico effettuate dai datori di lavoro e nei versamenti effettuati dai datori di lavoro per il pagamento dei contributi previdenziali.

L'unità statistica di rilevazione è rappresentata dal lavoratore domestico che ha ricevuto almeno un versamento contributivo nel corso dell'anno. Il numero medio annuo di lavoratori domestici è ottenuto come media dei contribuenti registrati nei quattro trimestri.

La differenza fra il numero medio di lavoratori domestici ricavata dall'archivio INPS e quello dello stock medio dell'Istat deriva, oltre che dalla natura molto diversa dei dati (amministrativi e campionari), dalla presenza nei secondi non solo dei lavoratori domestici, ma anche degli occupati nella produzione di beni e servizi indifferenziati per uso proprio da parte di famiglie e convivenze.

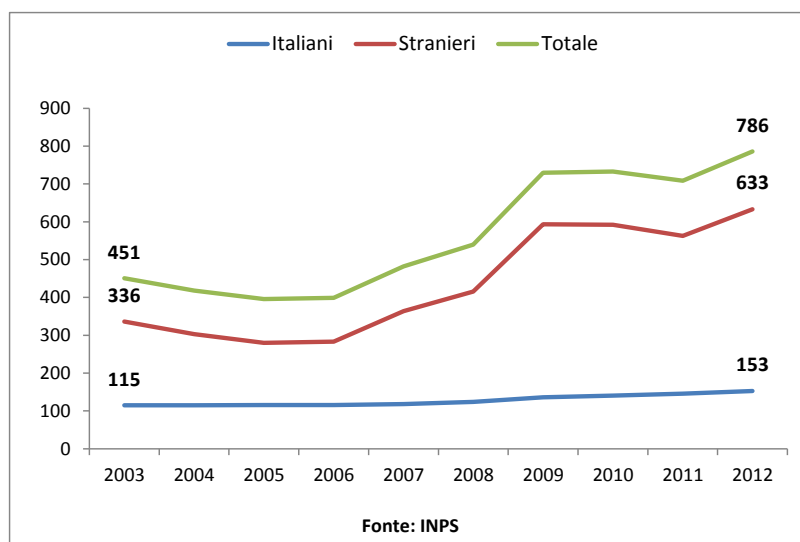
Il numero medio annuo di lavoratori domestici è aumentato da 451 mila unità del 2003 a 786 mila unità del 2012, con una variazione percentuale del 74,3% pari a +335 mila unità (figura 3.23 e tavola 3.5). Solo nel 2010 e nel 2011 il numero medio dei lavoratori domestici è diminuito, probabilmente a causa della crisi eco-

nomica che ha colpito anche le famiglie, ma già nel 2012 si osserva una ripresa della crescita numerica di questi lavoratori.

Contribuisce all'aumento di questi lavoratori prevalentemente la componente straniera, che cresce dell'88,5% (+297 mila unità), mentre il contributo di quella italiana è relativamente modesto (32,9%, pari a +38 mila unità). A questo proposito occorre osservare che il numero dei lavoratori domestici italiani inizia a crescere solo a partire dal 2007 (20,8% rispetto all'anno precedente, con un picco del 35,7% nel 2009 rispetto all'anno precedente, mentre la variazione negli anni successivi si mantiene sulla media del 3%).

I lavoratori domestici stranieri rappresentano una quota sul totale del 75% nel 2003, che aumenta di oltre sei punti percentuali nel 2012 (81%).

Figura 3.23 – Lavoratori domestici per cittadinanza – Anni 2003-2012 (valori assoluti in migliaia – numero medio annuo)



Negli ultimi dieci anni la composizione per zona geografica di provenienza dei lavoratori domestici si è modificata in modo significativo: la quota di lavoratori provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est, che rappresentavano nel 2003 il 41,1% del totale, è aumentata di quasi quattro punti percentuali nel 2012, attestandosi al 44,9%, mentre il suo numero si è quasi raddoppiato (+90,4%, pari a +168 mila unità) (*figure 3.24, 3.25 e tavola 3.4*). Viceversa, la quota di lavoratori italiani si è ridotta di oltre sei punti anche se il suo numero è aumentato (+32,9%, pari a +38 mila unità), mentre è cresciuta di quasi quattro punti quella proveniente dai paesi dell'Asia orientale (Cina, India, Pakistan, Sri Lanka: +206,7%, pari a +45 mila unità). Nello stesso periodo è diminuita di un punto la quota dei lavoratori dei paesi dell'America del Sud, anche se il loro numero è aumentato del 23,3%, così pure quella proveniente dalle Filippine, il cui numero è cresciuto del 53,7%. La quota di lavoratori domestici provenienti dell'Africa del Nord è aumentata di quasi due punti, così come il loro numero che triplica (+202,2%).

Figura 3.24 – Lavoratori domestici per zona geografica di provenienza – Anni 2003-2012 (composizione percentuale)

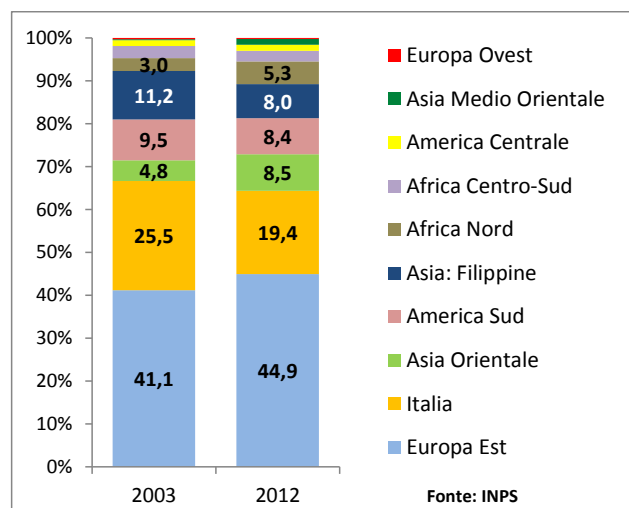


Figura 3.25 – Lavoratori domestici per zona geografica di provenienza – Anni 2003-2012 (valori assoluti in migliaia)

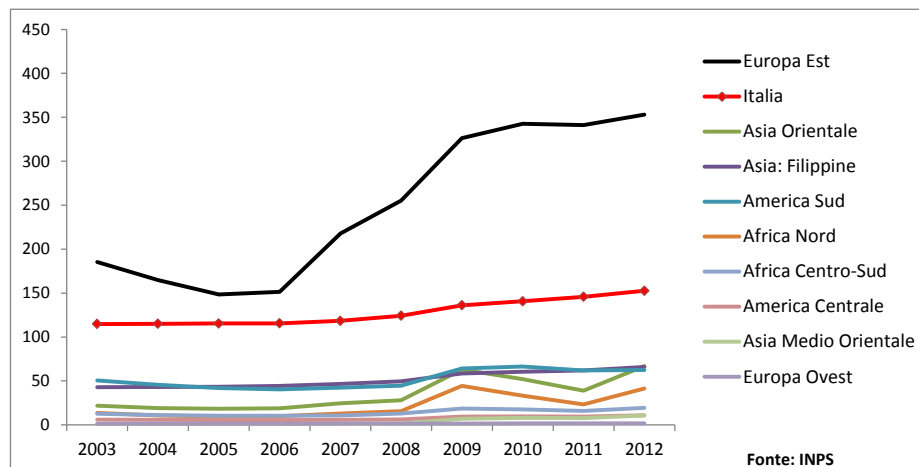


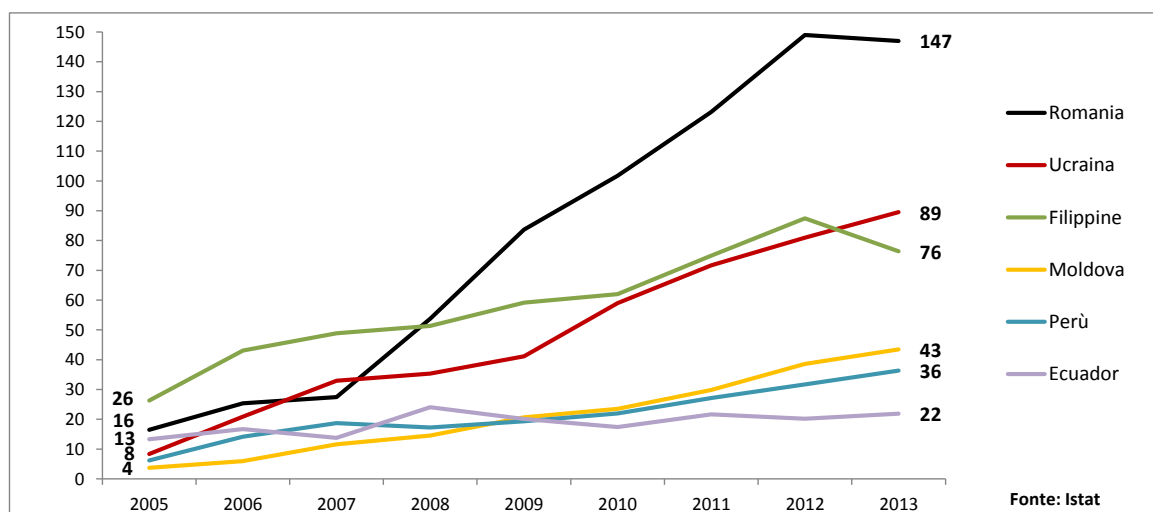
Tavola 3.4 – Lavoratori domestici per zona geografica di provenienza – Anni 2003-2012 (valori assoluti in migliaia e percentuali)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Variazione 2003-2012 v. a.	Variazione 2003-2012 %
Europa Est	185	165	148	151	218	255	326	343	341	353	168	90,4
Italia	115	115	115	116	118	124	136	141	146	153	38	32,9
Asia Orientale	22	19	18	19	25	28	63	52	39	67	45	206,7
Asia: Filippine	43	43	43	44	47	50	59	60	62	66	23	53,7
America Sud	51	46	42	41	42	45	64	66	62	63	12	23,3
Africa Nord	14	11	10	10	13	16	44	33	23	42	28	202,2
Africa Centro-Sud	13	11	11	10	11	13	19	18	16	19	7	54,0
America Centrale	6	6	5	5	6	6	9	10	10	11	5	81,7
Asia Medio Orientale	1	1	1	1	1	2	7	8	8	11	10	857,3
Europa Ovest	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	1	41,7
Totale	451	418	396	399	482	540	730	733	708	786	335	74,3

Fonte: INPS

I dati dell'indagine dell'Istat sulle forze di lavoro confermano che l'aumento maggiore si registra, dal 2005 al 2013, per i lavoratori che provengono dai paesi dell'Est europeo come la Romania (794,2%, pari a +131 mila unità), l'Ucraina (975,7%, pari +81 mila unità) e in particolare la Moldavia: il numero dei lavoratori provenienti da questo paese aumenta di oltre dieci volte (1.069%, pari a +40 mila unità) (figura 3.26).

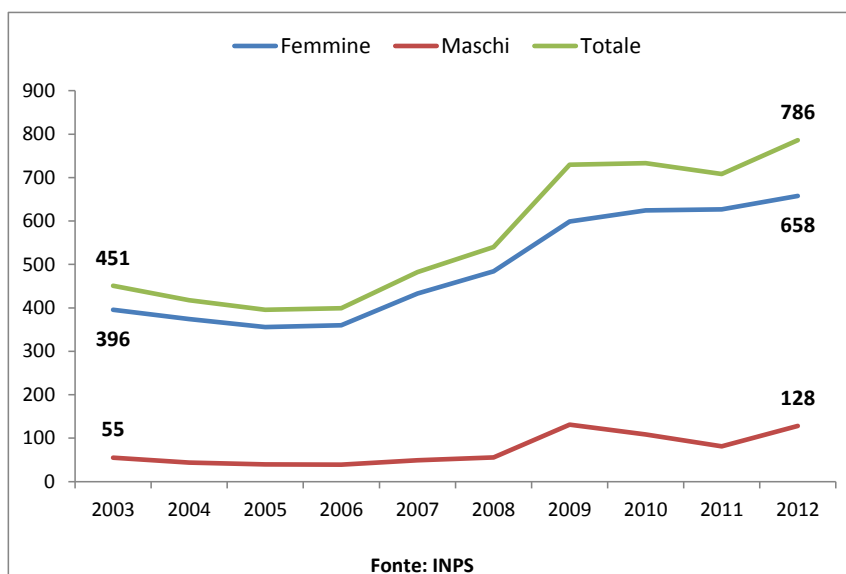
Figura 3.26 – Lavoratori domestici per cittadinanza (primi 6 paesi per numerosità – 71% del totale) – Anni 2003-2013 (valori assoluti in migliaia)



Nel 2012 la quota di donne tra i lavoratori domestici è pari all'83,7% (658 mila unità) e registra una diminuzione di 4 punti percentuali rispetto al 2003 (87,7%) a causa del maggiore aumento nello stesso periodo del

numero degli uomini (131,8% a fronte del 66,3% delle donne), che passano da 53 a 128 mila unità (*figura 3.27 e tavola 3.5*). La quota dei lavoratori maschi sul totale aumenta dal 12,3% del 2003 al 16,3% del 2012.

Figura 3.27– Lavoratori domestici per sesso – Anni 2003-2012 (valori assoluti in migliaia)



Nel 2012 il 50,5% dei lavoratori domestici risiede nel Nord (397 mila unità), il 29% nel Centro (228 mila unità) e il 20,5% nel Mezzogiorno (161 mila unità) (*figura 3.28 e tavola 3.5*).

A fronte di un aumento medio dei lavoratori domestici dal 2003 al 2012 del 74,3%, nelle regioni settentrionali si registra una variazione dell'84,8%, nel Centro del 57,3% e nel Mezzogiorno del 76,8%.

Figura 3.28 – Lavoratori domestici per ripartizione – Anni 2003-2012 (valori assoluti in migliaia)

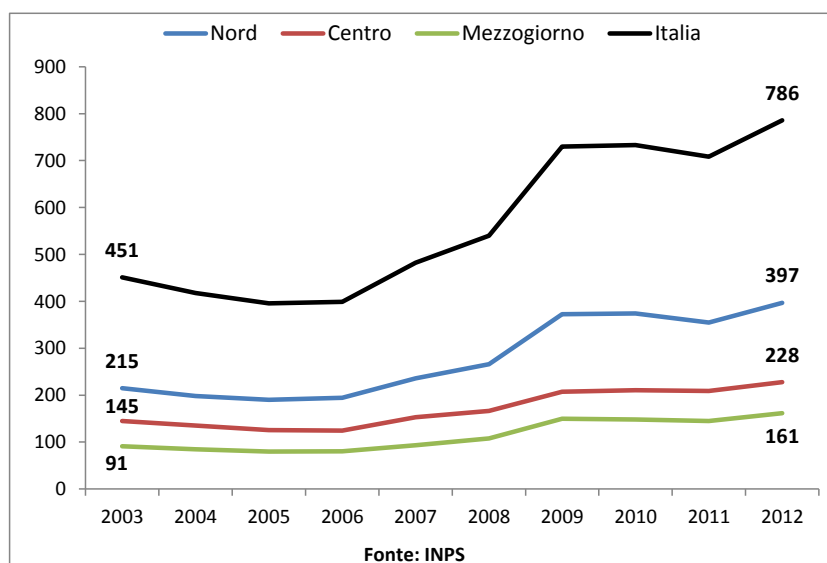


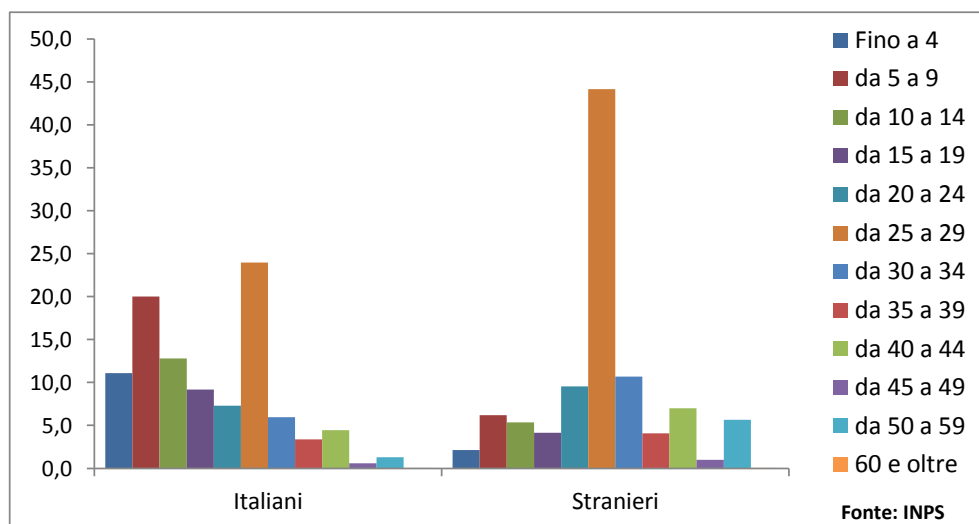
Tavola 3.5 – Lavoratori domestici per ripartizione – Anni 2003-2012 (valori assoluti in migliaia – numero medio annuo)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Var. % 2003-2012
Italiani	115	115	115	116	118	124	136	141	146	153	32,9
Stranieri	336	303	280	283	364	416	594	592	563	633	88,5
Femmine	396	374	356	360	433	484	599	624	627	658	66,3
Maschi	55	44	40	39	49	56	131	109	81	128	131,8
Nord	215	198	190	194	236	266	373	374	354	397	84,8
Centro	145	135	126	124	153	166	207	211	209	228	57,3
Mezzogiorno	91	84	80	80	93	108	150	148	145	161	76,8
Totale	451	418	396	399	482	540	730	733	708	786	74,3

Fonte: INPS

Come si può osservare nel grafico successivo, i lavoratori domestici italiani (19,4% del totale) hanno un orario medio settimanale più breve di quello degli stranieri: il 60% dei primi lavora al massimo fino a 24 ore, mentre solo il 27% degli stranieri ha un orario di questa durata (*figura 3.29 e tavola 3.6*). Occorre osservare che una quota molto elevata di stranieri (44,2%) lavora tra 25 e 29 ore la settimana perché per ottenere il rinnovo del permesso di soggiorno questi devono dimostrare di avere un contratto d'impiego di almeno 25 ore settimanali. I lavoratori stranieri che lavorano oltre questa soglia oraria sono il 28%, mentre gli italiani sono il 16%.

Figura 3.29 – Lavoratori domestici per orario medio settimanale – Anno 2012 (composizione percentuale)



3.1.4 I lavoratori domestici non regolari e le stime di crescita della domanda

Dai dati dei conti economici dell'Istat è possibile stimare la quota di lavoro non regolare nelle attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico⁴⁸ fino al 2012.

Complessivamente il numero di lavoratori domestici regolari e non regolari aumenta da 1,2 milioni di unità del 1999 a 1,7 milioni di unità del 2012, con una variazione del 53,6% (+578 mila unità) (*tavola 3.6 e figura 3.30*). Nello stesso periodo quello dei lavoratori in nero aumenta del 135,7% (+483 mila unità), mentre quello dei regolari del 13,1% (+95 mila unità).

Occorre osservare che la quota dei lavoratori non regolari sul totale diminuisce dal 67% del 1999 al 49,3% del 2012, probabilmente a causa delle regolarizzazioni dei lavoratori immigrati. La flessione più sostenuta si registra nel periodo che va dal 2007 al 2010, probabilmente anche per la concomitanza della crisi economica, mentre la crescita del loro numero riprende nel 2011 e nel 2012.

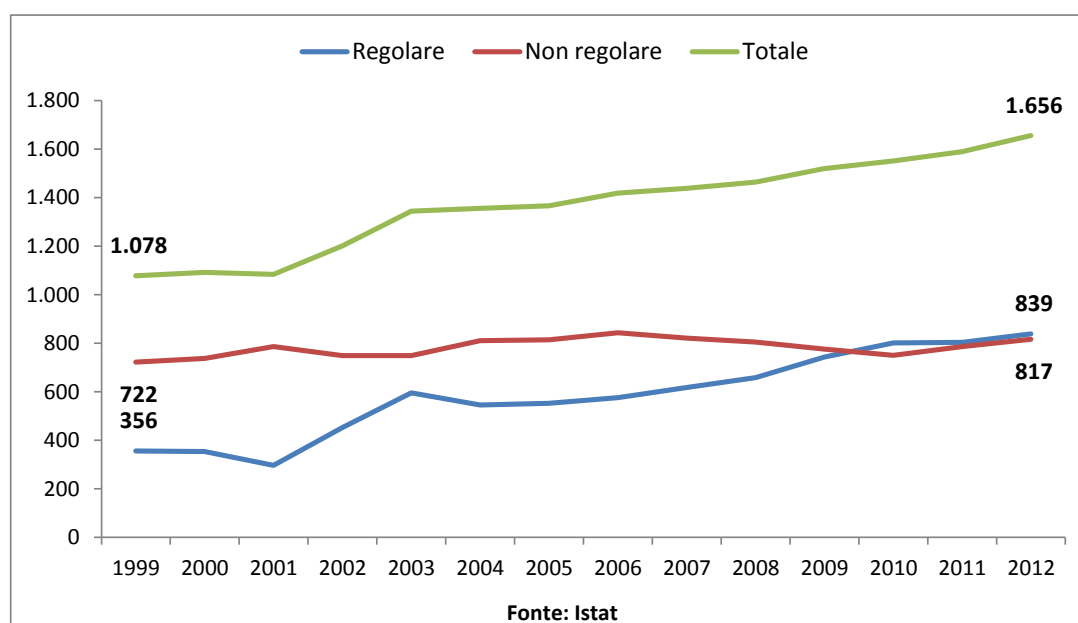
Tavola 3.6 – Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico per lavoro regolare/non regolare – Anni 1999-2012 (valori assoluti in migliaia)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Var. % 1999- 2012
Regolare	356	354	297	452	596	546	552	575	617	659	744	801	803	839	135,7
Non regolare	722	738	787	749	749	810	814	843	821	805	776	751	786	817	13,1
Totale	1.078	1.092	1.084	1.201	1.344	1.356	1.366	1.419	1.439	1.464	1.520	1.552	1.590	1.656	53,6
<i>Tasso d'irregolarità</i>	<i>67,0</i>	<i>67,6</i>	<i>72,6</i>	<i>62,3</i>	<i>55,7</i>	<i>59,8</i>	<i>59,6</i>	<i>59,5</i>	<i>57,1</i>	<i>55,0</i>	<i>51,1</i>	<i>48,4</i>	<i>49,5</i>	<i>49,3</i>	

Fonte: Istat (Conti nazionali – Occupazione per branca di attività economica NACE Rev. 2)

⁴⁸ Il settore ATECO lettera T comprende anche la produzione di beni e servizi indifferenziati per uso proprio da parte di famiglie e convivenze (ATECO 98).

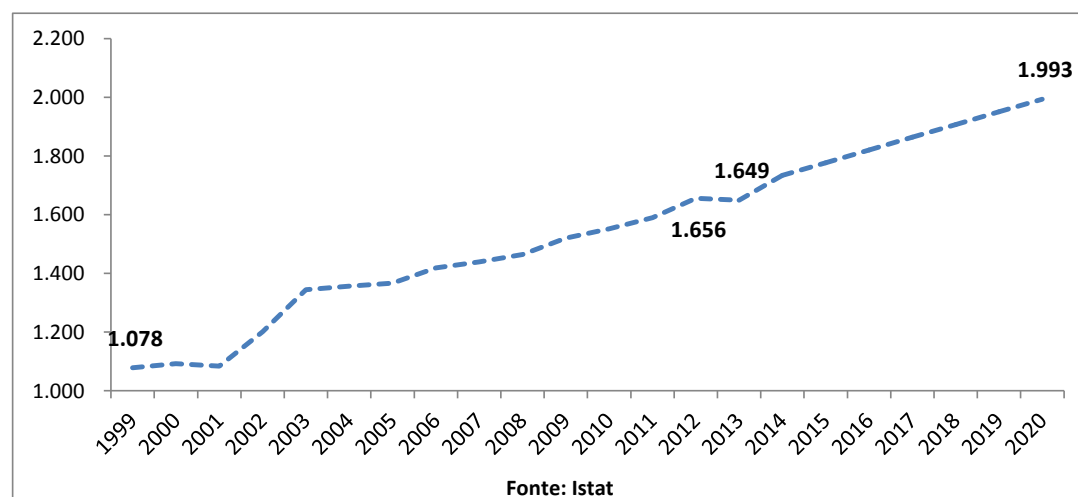
Figura 3.30 – Attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico per lavoro regolare/non regolare – Anni 1999-2012 (valori assoluti in migliaia)



Tenuto conto dei primi dati sugli occupati dei conti economici relativi al 2013 – che registrano una flessione di circa 7 mila unità dei collaboratori domestici nel 2013 rispetto all’anno precedente, probabilmente determinata dal perdurare della crisi economica che ha colpito le famiglie – il loro numero, comprensivo dei lavoratori non regolari, potrebbe aumentare sensibilmente anche nei prossimi sette anni (+20,9%), passando da 1,6 milioni di unità del 2013 a quasi 2 milioni del 2020 (*figura 3.31*).

L’aumento complessivo di questi lavoratori nel corso di vent’anni (dal 2000 al 2020) sarebbe pari all’84,9%.

Figura 3.31 – Lavoratori domestici (15 anni e oltre) – Serie storica dal 1999 al 2012 e tendenza⁴⁹ dal 2014 al 2020 (valori assoluti in migliaia)



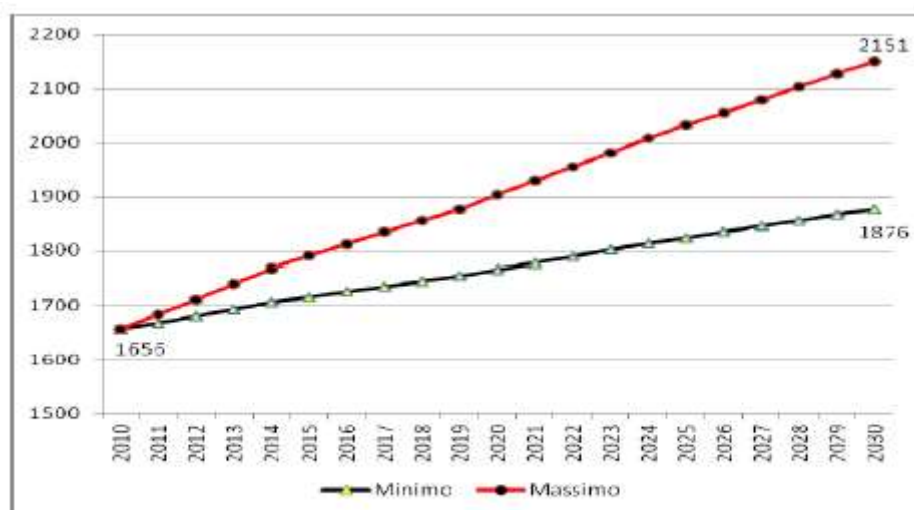
Il Censis e la Fondazione ISMU propongono, sulla base di un modello di previsione più complesso basato su due moduli di stima della domanda e dell’offerta aggiuntiva⁵⁰, una stima più prudente dell’aumento dei lavoratori domestici: “mantenendo stabile il tasso di utilizzo dei servizi da parte delle famiglie, la crescita della

⁴⁹ Tendenza calcolata mediante regressione lineare.

⁵⁰ Modulo offerta: previsioni del flusso di popolazione straniera in Italia negli anni 2011-2034; modulo domanda: stima del numero annuo di addetti a servizi di cura e assistenza domestica (ADF) necessari in via aggiuntiva nel periodo 2011-2030 sulla base delle previsioni di aumento della popolazione ultra65enne. Tale domanda viene quindi accresciuta della componente di utenti non anziani (minori di 65 anni di età: adulti disabili e/o non autosufficienti).

domanda porterà il numero degli attuali collaboratori da 1 milione 655 mila a 2 milioni 151 nel 2030, determinando un fabbisogno aggiuntivo complessivo di circa 500 mila unità”⁵¹ (figura 3.32).

Figura 3.32 – Stima del totale di assistenti domestici familiari per l'Italia negli anni 2010-2030 (valori assoluti in migliaia)



Fonte: elaborazioni Ismu, 2012

⁵¹ Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Elaborazione di un modello previsionale del fabbisogno di servizi assistenziali alla persona nel mercato del lavoro italiano con particolare riferimento al contributo della popolazione straniera*, cit., pp. 2 e 63-77.

4. Le politiche di promozione e valorizzazione dei servizi alla persona e alla famiglia in Europa

In questo lavoro i servizi alla persona e alla famiglia sono considerati parte integrante dei *white jobs* e si è scelto, per le ragioni descritte nella nota metodologica, di definirli sulla base di due soli settori: assistenza sociale non residenziale (ATECO 88) e attività di famiglie e convivenze come datori di lavoro per personale domestico (ATECO 97), pur consapevoli che in questo modo si sottostima il comparto, in particolare per quanto riguarda le altre attività di servizio per la persona (ATECO 96), che per il 13% possono rientrare fra i servizi alla famiglia (62 mila su 463 mila; vedi tavola 3.2).

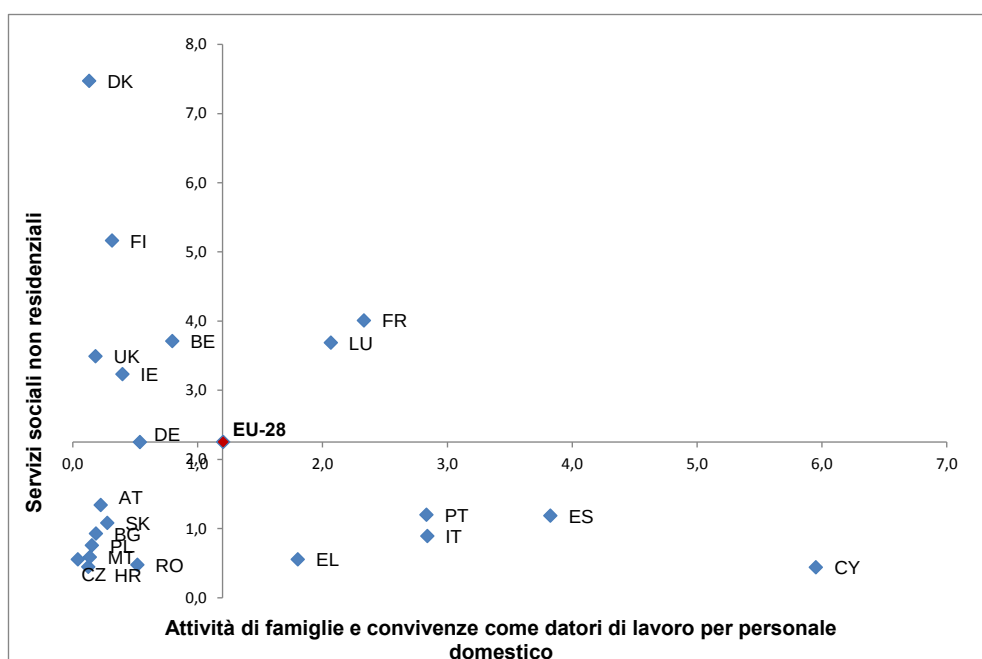
Le dinamiche dell'occupazione e del valore aggiunto negli *household services* sono stati esaminati nei capitoli precedenti, mentre in questo capitolo si analizzano le politiche più efficaci per promuovere e valorizzare i servizi alla persona.

È utile, in premessa, osservare i modelli dominanti dei servizi alla persona nei paesi europei.

Infatti, se si confronta il contributo al tasso di occupazione nei due settori dei servizi alla famiglia⁵² nei paesi europei per i quali sono disponibili i dati, si possono identificare quattro modelli (figura 4.1)⁵³:

1. nei paesi del Sud Europa come Cipro, Spagna, Portogallo, Italia e Grecia il modello dominante è quello dei servizi all'interno delle famiglie. Il maggiore contributo al tasso di occupazione proviene, infatti, dal settore del personale domestico, mentre è molto contenuto quello del settore dei servizi sociali non residenziali;
2. in cinque paesi del Nord Europa (Danimarca, Finlandia, Belgio, Regno Unito e Irlanda) prevale il modello basato sui servizi forniti da strutture pubbliche o private, mentre la quota degli occupati nelle attività del personale domestico è molto contenuta;
3. in due paesi (Francia e Lussemburgo) prevale un modello misto basato sia su servizi forniti da provider, sia da personale domestico;
4. in gran parte dei paesi dell'Europa centrale e orientale (Austria, Slovacchia, Bulgaria, Polonia, Romania, Repubblica Ceca e Croazia) e a Malta entrambi i settori sono poco sviluppati, dal momento che occupano meno dell'1% del totale dei lavoratori.

Figura 4.1 – Confronto del contributo al tasso di occupazione (15-64 anni) nei due settori dei servizi alla famiglia (servizi sociali non residenziali e attività del personale domestico) nei paesi dell'Unione europea – Anno 2011 (valori percentuali)



Fonte: Eurostat

⁵² Incidenza percentuale degli occupati nei due settori sul totale degli occupati.

⁵³ Cfr. Nicolas Farvaque, *op. cit.*, p. 20.

Più in generale le politiche per la promozione e la valorizzazione dei servizi alla persona e alla famiglia hanno obiettivi prioritari diversi per ciascun paese⁵⁴, ma si possono individuare tre finalità che sono comuni, in misura diversa, a tutti i paesi europei:

1. creare nuova occupazione, in particolare femminile;
2. fare emergere il lavoro non regolare;
3. elevare la qualità e la diffusione dei servizi per le persone non autosufficienti e per l'infanzia.

Per raggiungere i tre obiettivi, i paesi dell'Unione hanno attivato numerose politiche che possono essere raggruppate in quattro categorie⁵⁵:

- riduzione del prezzo dei servizi;
- semplificazione delle procedure e uso dei voucher;
- creazione di nuove tipologie di lavoro occasionale;
- promozione dell'offerta di servizi alla persona.

La riduzione del prezzo dei servizi è il primo obiettivo di molte politiche pubbliche perché incide sia sulla scelta di utilizzare o meno le attività produttive del sommerso economico, sia sulla decisione di esternalizzare il lavoro domestico, altrimenti svolto prevalentemente dalle donne, che aprirebbe loro la possibilità di entrare nel mercato del lavoro.

Il contenimento del costo dei servizi può essere realizzato attraverso molti meccanismi: la diminuzione dell'Iva, la riduzione del costo del lavoro con l'esenzione contributiva parziale o totale, le detrazioni e deduzioni fiscali dei costi dei servizi a favore delle famiglie o dei datori di lavoro che erogano servizi alle persona ai propri dipendenti.

Occorre osservare a questo proposito che in Italia più di 650 mila madri che si prendono regolarmente cura di figli minori di 15 anni, di adulti malati, disabili o di anziani, che sono inattive oppure occupate part-time a causa dell'inadeguatezza dei servizi di cura per l'infanzia e per le persone non autosufficienti, dichiarano che la maggiore inadeguatezza dei servizi è il loro costo e solo al secondo posto collocano la loro insufficiente diffusione nel territorio.

Di conseguenza, è possibile affermare che il principale motivo che spinge una quota significativa di madri italiane a non lavorare è razionale: quando il costo dei servizi sostitutivi del lavoro domestico e di cura dei bambini è superiore al salario atteso, non è conveniente lavorare. Le donne che si aspettano di guadagnare uno stipendio più alto delle spese che dovrebbero sostenere per i servizi sostitutivi del lavoro domestico e di cura dei familiari sono potenzialmente più propense a lavorare, viceversa alle donne meno istruite e con minori qualifiche professionali, che hanno un'aspettativa salariale più bassa, non conviene lavorare, dal momento che il costo dei servizi sostitutivi è più alto del salario che possono guadagnare⁵⁶.

La semplificazione delle procedure e l'uso dei voucher nei servizi non di cura sono stati sviluppati con maggiore successo in Francia e in Belgio con approcci molto diversi. Il voucher belga (*titres-services*) prevede un prezzo fisso, può essere utilizzato solo per il lavoro domestico e attraverso imprese accreditate che assumono gli assistenti familiari, mentre in Francia i *chèque emploi service universel* (CESU) possono essere utilizzati per un paniere più ampio di servizi di assistenza alla persona e le famiglie li possono utilizzare per pagare, come datori di lavoro, persone da loro assunte.

La chiave di successo è costituita dal costo per la famiglia che è inferiore a quello praticato nel mercato nero: per non aver rispettato questa regola, il voucher introdotto nel 2007 dall'Austria è fallito⁵⁷.

La regolamentazione del lavoro occasionale è stata realizzata soprattutto in Italia con i buoni lavoro per il lavoro accessorio e in Germania con i *Mini-Jobs*. Queste forme di lavoro consentono di semplificare le procedure di assunzione, riducono il costo del lavoro per gli utilizzatori e abbattano il prelievo fiscale per il lavoratore (in Italia il compenso per il lavoro occasionale di tipo accessorio è esente da qualsiasi imposizione fi-

⁵⁴ Cfr. Nicolas Farvaque, *op. cit.*

⁵⁵ *Ibid.*

⁵⁶ Cfr. Roberto CiccioMessere ed altri, *Uso efficace dei fondi comunitari per contribuire alla crescita dell'occupazione femminile*, Italia Lavoro, 2013.

⁵⁷ Cfr. Nicolas Farvaque, *op. cit.* p. 47. Il voucher dell'Austria (*dienstleistungsschecks*) non ha avuto successo perché il valore nominale è stato fissato a 10 euro, mentre il prezzo nel mercato nero dei servizi domestici è di 7 euro all'ora.

scales e non incide sullo stato di disoccupazione del prestatore). In Germania nel 2011 più di 240 mila *Mini-jobbers* prestano i servizi alla persona nelle famiglie su un totale di 892 mila lavoratori domestici⁵⁸.

Queste tipologie contrattuali sono espressamente finalizzate a far emergere quella parte del lavoro non regolare svolto occasionalmente nei lavori domestici, di *babysitting*, ma anche per le ripetizioni private, nella convinzione che sia preferibile per la collettività rinunciare a una quota del gettito fiscale in cambio della regolarizzazione di questi lavoratori che sono in ogni caso coperti da regimi assicurativi contro gli infortuni.

Ovviamente queste nuove tipologie di lavoro possono determinare una riduzione dei diritti dei lavoratori e un aumento della precarietà, se non sono circoscritte ai lavori occasionali.

Solo in Francia sono previste specifiche misure per incoraggiare l'imprenditorialità e lo sviluppo d'impresa profit e non profit per l'erogazione dei servizi alla persona. Queste politiche sono finalizzate sia a migliorare gli standard di qualità nell'offerta dei servizi, sia a far emergere attività svolte in nero.

Il sistema dei voucher, come si precisa anche in seguito, comprende in sé tutte le quattro tipologie di politiche ed è finalizzato a raggiungere contemporaneamente i tre obiettivi della riduzione del costo dei servizi, della loro qualificazione e dell'emersione del lavoro non regolare. Occorre ricordare a questo proposito che il documento di lavoro della Commissione europea già citato, che invita gli Stati membri a sfruttare il potenziale di occupazione offerto dai servizi per la persona e la famiglia⁵⁹, offre tre importanti spunti al fine di adottare le politiche più efficaci per raggiungere i tre obiettivi.

Innanzitutto afferma che il settore dei servizi alla persona – le attività che contribuiscono al benessere delle famiglie e delle persone a casa, quali servizi di assistenza e di lavoro domestico, svolti soprattutto da donne straniere – ha il maggiore potenziale di crescita e può contribuire all'aumento della popolazione attiva, in particolare della componente femminile.

Nel documento si fa riferimento ai "servizi per la persona e la famiglia" (PHS) che contribuiscono al benessere a domicilio delle famiglie e delle persone, all'assistenza ai bambini (CC) e all'assistenza a lungo termine (LTC) per gli anziani e per i disabili, a pulizia, sostegno scolastico, riparazioni domestiche, giardinaggio, sostegno informatico. Questi servizi contribuiscono a un migliore equilibrio tra la vita lavorativa e quella personale, alla creazione di opportunità lavorative per le persone relativamente poco qualificate e al miglioramento della qualità dell'assistenza.

Il secondo tema affrontato è quello dei voucher che, secondo la Commissione, sono uno strumento efficace per sostenere la crescita dei servizi alla persona e per promuovere l'emersione del lavoro nero, tanto diffuso in questo settore in tutti i paesi europei.

Il sistema dei voucher ha successo, soprattutto per quanto riguarda l'emersione del sommerso in questo settore economico, solo se la famiglia è messa nella condizione di pagare solo una parte del prezzo di mercato legale del servizio, pari a quello del mercato nero, mentre le autorità pubbliche devono coprire la differenza fra il prezzo legale e quello in nero. Solo in questo modo si realizza il contrasto d'interessi tra la famiglia e il fornitore del servizio non regolare, consentendo l'emersione di una significativa quota del lavoro nero, come è accaduto in Francia con i CESU.

Si tratta di uno strumento che migliora la solvibilità della domanda e si caratterizza per la flessibilità e la facilità di utilizzo. Quest'ultimo aspetto è particolarmente importante per gli anziani (dipendenti o no) che necessitano di assistenza domiciliare.

Nel terzo punto sottolinea che a fronte del costo dell'intervento pubblico lo Stato recupera risorse attraverso ulteriori imposte e contributi di sicurezza sociale, nonché riduzioni degli assegni di disoccupazione connessi alla creazione di nuova occupazione e alla emersione del lavoro nero, e grazie anche a ulteriori fattori esterni che riguardano l'aumento della domanda. Di conseguenza, il calcolo del costo effettivo dell'intervento pubblico deve essere il saldo fra il minor gettito determinato dalle agevolazioni fiscali a favore delle famiglie e le nuove entrate fiscali e contributive determinate dall'emersione dei lavoratori non regolari. Nella stima sviluppata nel documento della Commissione europea a proposito del voucher per i servizi in Belgio il costo netto per lo Stato è pari al 28% dello stanziamento.

Quest'ultimo punto riveste un interesse particolare alla luce dei costi elevati delle misure basate sul voucher: in Francia il costo complessivo del sistema basato sui CESU nel 2009 è stato di 6,6 miliardi di euro e in Belgio quello dei *titres-services* nel 2011 ha raggiunto 1,7 miliardi di euro.

⁵⁸ Ivi, p. 63.

⁵⁹ European Commission, *Staff working document on exploiting the employment potential of the personal and household services*, cit.

Di conseguenza, si esaminano nei paragrafi successivi i tre principali modelli europei basati sul voucher universale (Francia, Belgio e Regno Unito) e la proposta di legge italiana per l'istituzione del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia, con particolare attenzione alla stima dei costi e dei benefici di queste misure.

4.1 Francia: *Chèque emploi service universel* (CESU)

Il sistema dei *chèque emploi service universel* (CESU) è stato realizzato in Francia a partire dalla legge 841 del 26 luglio 2005.

Si basa su tre titoli di pagamento emessi da sei grandi società private e pubbliche (ACCOR Services, Sodexo, La Banque Postale, Chèque Domicile, Groupe DOMISERVE, Natexis Intertitres): il voucher bancario (*Cesu Déclaratif*) utilizzato dalle famiglie, il voucher pre-finanziato (*Cesu préfinancé*) o cofinanziato dalle imprese e il voucher sociale (*Cesu préfinancé social*) creato di recente.

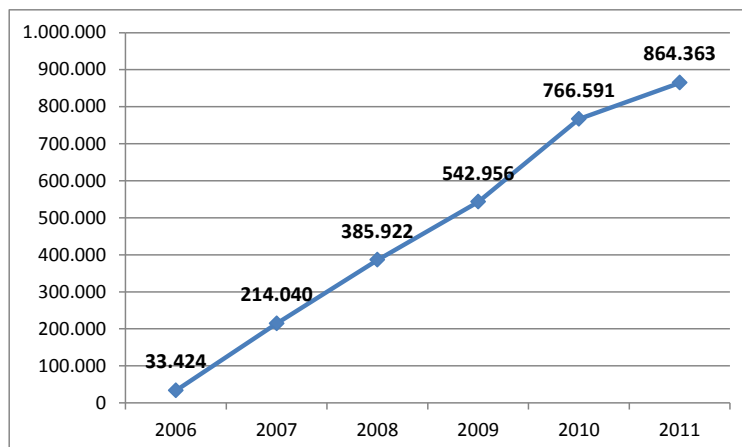
Il *Cesu Déclaratif* può essere usato solo per il pagamento di un collaboratore familiare a domicilio, mentre il *Cesu préfinancé* per tutti i servizi alla persona resi da dipendenti, imprese ed enti pubblici anche fuori dal domicilio.

Il Cesu bancario non ha un valore nominale prestabilito e l'importo viene indicato dal datore di lavoro, mentre il valore nominale del Cesu prefinanziato è predefinito e viene aggiornato periodicamente (attualmente è pari a 15 euro).

In seguito alla riforma dei CESU gli occupati nell'intero settore dei servizi alla persona in Francia sono nel 2011 oltre 2 milioni (330 mila nuovi occupati dal 2005), 4 milioni di famiglie utilizzano i voucher per i servizi alla persona (il 17% del totale), sono state accreditate quasi 29 mila imprese e associazioni fornitrici dei servizi e il valore aggiunto di questo settore è aumentato dell'11%⁶⁰.

Il *Cesu préfinancé* ha mobilitato nel 2011 circa 640 milioni di euro e i beneficiari sono aumentati da 33 mila del 2006 a 864 mila del 2011 (figura 4.2).

Figura 4.2 – *Cesu préfinancé*: numero di beneficiari – Anni 2006-2011 (valori assoluti)



Source: CNCESU.

Fonte: Nicolas Farvaque, *op. cit.*, p. 42.

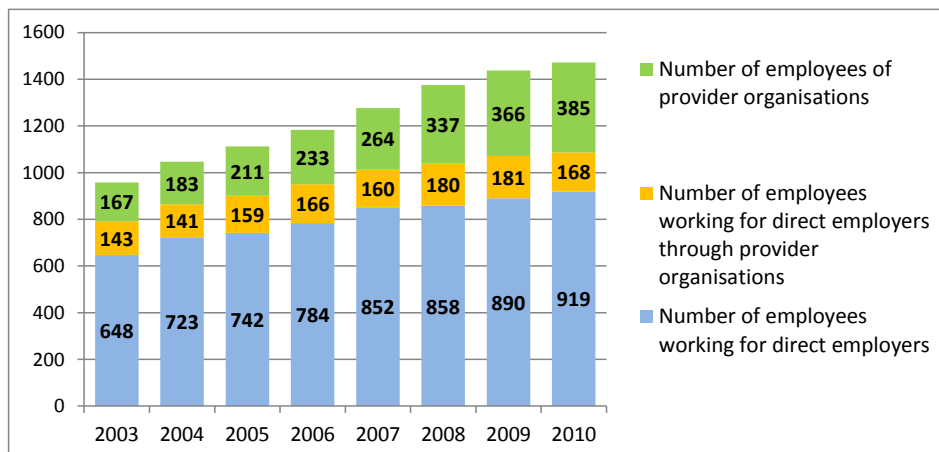
Il numero dei lavoratori dipendenti nei servizi alla persona è aumentato del 47% dal 2003 al 2010, con una crescita media annua del 6% (figura 4.3). Complessivamente circa 1,5 milioni di persone sono occupate in questo settore (500 mila ULA).

Dal grafico si può osservare che si registra dal 2003 al 2010 un aumento costante dei lavoratori assunti direttamente dal datore di lavoro (+41,8%): questi rappresentano nel 2010 il 62% del totale (919 mila unità).

I lavoratori che sono intermediati attraverso una società sono nel 2010 168 mila (l'11% del totale) e il loro numero è aumentato dal 2003 del 17,5%. Di conseguenza, i lavoratori alle dirette dipendenze delle famiglie sono quasi 1,1 milioni. I lavoratori somministrati da società e organizzazioni sono nel 2010 385 mila (26% del totale) e registrano il maggior aumento dal 2003 (130,5%).

⁶⁰ Agence national services à la personne (ANSP), [http://www.servicesalapersonne.gouv.fr/chiffres-cles-\(2064\).cml?](http://www.servicesalapersonne.gouv.fr/chiffres-cles-(2064).cml?)

Figura 4.3 – Numero dei dipendenti – Anni 2006-2011 (valori assoluti in migliaia)

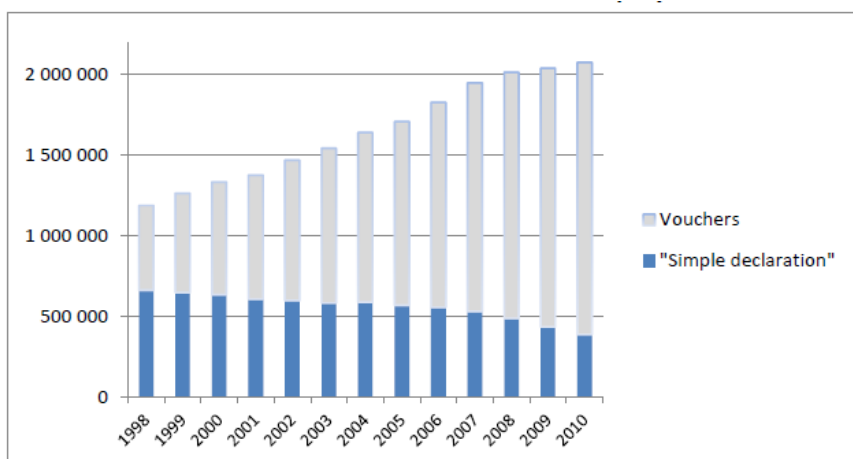


Source: DARES (childminders excluded)

Fonte: Nicolas Farvaque, *op. cit.*, p. 60.

Nel 2010 i datori di lavoro che hanno assunto direttamente lavoratori per i servizi alla persona sono circa 2,15 milioni e il loro numero è aumentato dal 2003 al 2010 del 63% (*figura 4.4*). La quota di questi datori di lavoro che utilizza il voucher è cresciuta costantemente dal 38% del 1998 al 75% del 2010.

Figura 4.4 – Numero dei datori di lavoro – Anni 2006-2011 (valori assoluti in migliaia)



Source: DARES (childminders excluded).

Fonte: Nicolas Farvaque, *op. cit.*, p. 61.

Occorre osservare che il numero di ore lavorate nei servizi alla persona è aumentato da 530 milioni del 1998 a 800 milioni nel 2008: circa due terzi di queste ore aggiuntive pagate regolarmente provengono dall'emersione di precedenti attività non regolari e un terzo da famiglie che per la prima volta hanno utilizzato questi servizi⁶¹.

I vantaggi fiscali del *Cesu Déclaratif* francese sono molto rilevanti perché devono rendere vantaggioso, o comunque neutro, non utilizzare personale non regolare. Consistono in un credito d'imposta pari alla metà della somma effettivamente spesa (salario più contributi sociali) per retribuire il lavoratore che fornisce i servizi a domicilio. I tetti massimi per il credito d'imposta variano a seconda del servizio acquistato: quelli relativi all'assistenza ai bambini, agli anziani e ai disabili raggiungono la somma di 6.000 euro. Il tetto massimo può essere aumentato di 1.500 euro per ogni bambino o ascendente di età superiore a 65 anni che vive nel nucleo familiare in cui viene acquistato il servizio. Il tetto massimo può essere innalzato fino a 20.000 euro l'anno per le persone con invalidità superiore all'80%. Se l'importo del credito fiscale è superiore all'importo delle imposte dovute, la somma eccedente è restituita in contanti. Inoltre, nel caso in cui l'utente

⁶¹ Cfr. Nicolas Farvaque, *op. cit.* p. 64.

scelga un servizio alla persona fornito da un'organizzazione accreditata, l'imposta sul valore aggiunto è ridotta al 5,5% (l'aliquota ordinaria è pari al 19,6%).

I vantaggi fiscali per il datore di lavoro francese che decida di finanziare in tutto o in parte il *Cesu préfinancé* sono due:

- non deve assoggettare a contribuzione obbligatoria fino a un tetto annuale di 1.830 euro le spese sostenute;
- gode di un credito d'imposta pari al 25% delle somme versate (fino al massimo di 500.000 euro per esercizio sociale).

In definitiva, su una spesa di 100 euro il datore di lavoro deduce in primo luogo la spesa in quanto voce di costo inerente, con un risparmio di 33 euro, e in secondo luogo beneficia di un credito d'imposta di 25 euro, per cui il risparmio fiscale complessivo è pari a 58 euro (42 euro è il costo netto del voucher, con un valore nominale di 100 euro).

I vantaggi per il lavoratore sono simili a quelli in vigore in Italia per il welfare aziendale: la somma finanziata dall'impresa non è imponibile ai fini dell'imposta sul reddito. A questo vantaggio si aggiunge la riduzione dell'aliquota dell'imposta sul valore aggiunto nel caso sia utilizzata un'organizzazione accreditata già prevista per il *Cesu Déclaratif*.

Il *Cesu préfinancé social*, introdotto recentemente, si differenzia dal precedente perché è utilizzato dai soggetti pubblici per erogare prestazioni sociali.

Secondo la Corte dei conti francese⁶², nel 2009 il costo complessivo per le finanze pubbliche francesi del sistema basato sui CESU è stato pari a 6,6 miliardi di euro, con un aumento del 39,8% rispetto al 2006 (4,7 miliardi di euro) (*tavola 4.1*). Nel 2007 la spesa per i servizi alla persona (5,8 miliardi) ha rappresentato poco più del 7% dell'intera spesa per promuovere l'occupazione (78 miliardi di euro).

La Corte dei conti precisa che è “un costo lordo che non tiene conto delle ricadute, difficili da valutare, quali la riduzione del lavoro nero (con conseguente aumento dei contributi sociali) e l'aumento dell'occupazione (riduzione dei sussidi di disoccupazione e aumento delle imposte sul reddito e dell'imposta sul valore aggiunto)”,⁶³

Due terzi di questa spesa (67,3%, pari a 4,4 miliardi di euro) derivano dalle agevolazioni fiscali delle quali hanno beneficiato circa 4 milioni di famiglie francesi e dalla esenzione dell'imposta sul valore aggiunto a favore dei servizi resi dalle associazioni; un terzo (32,4%) è stato assorbito dalle esenzioni contributive.

La Corte dei conti stima che il costo delle esenzioni a favore delle imprese che hanno finanziato il *Cesu préfinancé* sia stato di circa 60 milioni di euro.

L'agevolazione che ha pesato maggiormente è stato il credito d'imposta per l'impiego di un dipendente a domicilio, comprese le spese per la custodia di bambini sotto i sei anni (2,3 miliardi di euro).

Tavola 4.1 – Costo totale dei servizi alla persona in Francia – Anni 2006-2009 (milioni di euro)

	2006	2007	2008	2009
Réduction d'impôt au titre de l'emploi par les particuliers, d'un salarié à domicile	2.060	2.190	1.100	1.200
Crédit d'impôt au titre de l'emploi, par les particuliers, d'un salarié à domicile y compris pour frais de garde des enfants âgés de moins de six ans	350	780	2.340	2.340
Réduction d'impôt au titre de l'aide financière versée par l'employeur ou le comité d'entreprise en faveur des salariés afin de financer des services à la personne		7	16	25
Exonération de TVA pour les services rendus aux personnes physiques par les associations y compris les associations intermédiaires conventionnées	520	577	630	685
Taxation au taux réduit des associations conventionnées et des associations agréées, taux de 5,5 % pour les services d'aide à la personne fournis par les entreprises agréées	65	70	100	130
Crédit d'impôt bénéficiant aux entreprises préfinançant le CESU et impact sur l'impôt sur les sociétés du préfinancement du CESU	14	28	44	60
Total exonérations fiscales	3.009	3.652	4.230	4.440
Exonération (particulier employeur et structures agréées) de cotisations patronales des rémunérations des aides à domicile (enfants, personnes âgées et handicapées)	1.402	1.572	1.549	1.630

⁶² Cour des comptes, *La politique en faveur des services à la personne*, 2011, p. 518.

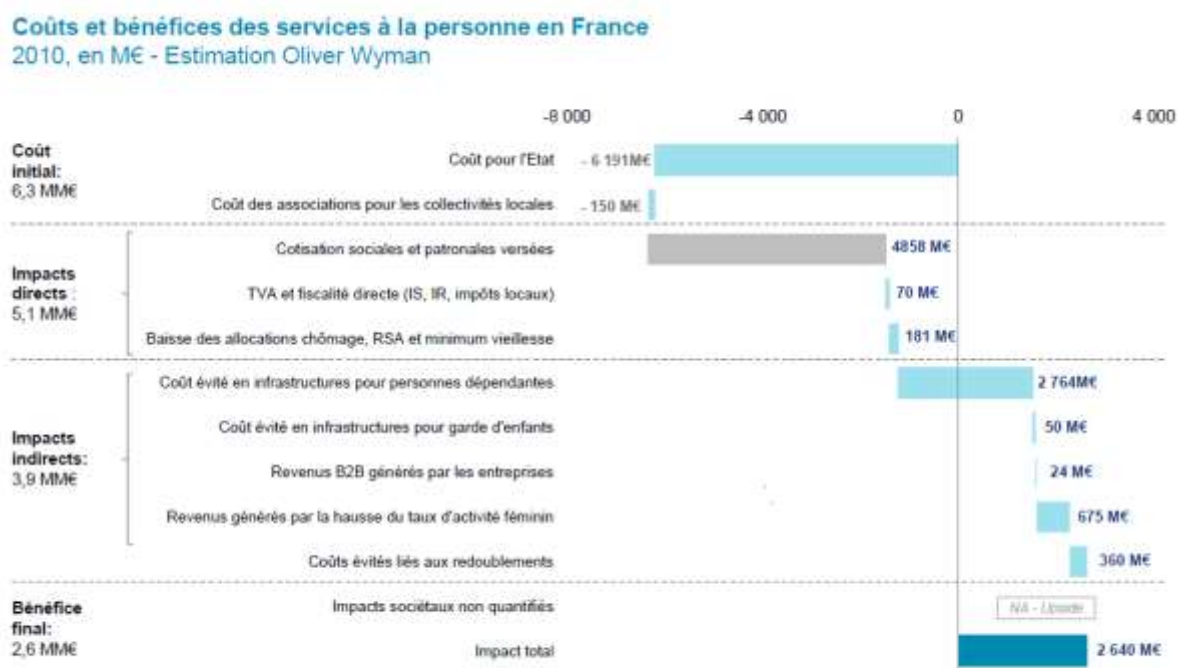
⁶³ Ivi, p. 517.

	2006	2007	2008	2009
Exonération de cotisations patronales	186	394	438	333
Exonération des associations intermédiaires	75	81	83	89
Aide financière des entreprises et des comités d'entreprises au CESU préfinancé	19	39	76	84
Total exonérations de cotisations sociales	1.682	2.086	2.146	2.136
TOTAL DES EXONERATIONS FISCALES ET SOCIALES	4.691	5.738	6.376	6.576
Subvention versée à l'ANSP	28	22	24	20
TOTAL GENERAL	4.719	5.760	6.400	6.596

Fonte: Cour des comptes, *La politique en faveur des services à la personne*, 2011.

Sulla questione sollevata dalla Corte dei conti della quota di costi a carico dello Stato francese per il sistema dei CESU, che sono compensati dai benefici diretti e indiretti di queste misure, uno studio realizzato nel 2012 dall'*Oliver Wyman Institute* per conto della federazione francese delle imprese del settore dei servizi alla persona⁶⁴ stima che il saldo tra uscite ed entrate dirette e indirette è largamente positivo per le finanze pubbliche. A fronte di un costo per lo Stato francese di 6,3 miliardi di euro nel 2010, i benefici diretti sono rappresentati da maggiori contributi sociali determinati anche dall'emersione del lavoro non regolare (4,8 miliardi di euro), imposta sul valore aggiunto e imposte sul reddito per le assunzioni aggiuntive e lo sviluppo di nuove imprese (70 milioni di euro) e una riduzione dei sussidi di disoccupazione (181 milioni di euro) (figura 4.5).

Figura 4.5 – Costi e benefici dei servizi alla persona in Francia – Anno 2010 (milioni di euro)



I benefici indiretti sono costituiti dalla riduzione della spesa pubblica per l'assistenza residenziale alle persone non autosufficienti e per gli asili nido (2,7 miliardi), dalle imposte sul reddito del maggior numero di donne occupate (circa 45 mila unità), stimate in 675 milioni di euro e dalla riduzione dei costi per il sostegno scolastico dei giovani con difficoltà d'apprendimento. Il saldo finale positivo sarebbe, di conseguenza, pari a 2,6 miliardi di euro.

⁶⁴ Oliver Wyman, *op. cit.*, p. 10.

A prescindere da alcune riserve sulla metodologia utilizzata dalla precedente stima avanzate da alcuni autori⁶⁵, è indubbio che il costo netto del sistema dei CESU in Francia è nettamente inferiore al costo lordo e questa evidenza, come sollecita la Commissione europea, deve essere tenuta presente dai decisori nazionali nella scelta delle misure per promuovere questo settore economico.

4.2 Belgio: *Titres-services pour les services et emplois de proximité*

Il sistema dei *titres-services* è entrato in vigore in Belgio il 1° gennaio 2004 per promuovere la creazione di posti di lavoro nei servizi alla persona e per far emergere il lavoro sommerso.

Il servizio permette alle famiglie di pagare con un voucher una società accreditata per i servizi alla persona e alla famiglia resi nell'abitazione dell'utente: pulizia della casa, lavanderia e stireria, piccoli lavori di sartoria, preparazione dei pasti, accompagnamento e il trasporto di persone con disabilità.

I servizi sono resi da lavoratori assunti da imprese accreditate dal governo federale.

Il sistema ha avuto un successo inatteso in Belgio: nel 2011 circa 835 mila persone hanno utilizzato almeno una volta i *titres-services* rispetto alle 99 mila del 2004, con un aumento del 745%; i lavoratori sono stati 150 mila (62 mila nel 2006); sono stati acquistati e rimborsati voucher per un valore di oltre 100 milioni di euro; le imprese accreditate sono state 2.700 (tavola 4.2).

Tavola 4.2 – Key indicators, *Titres-services*, 2004-2011

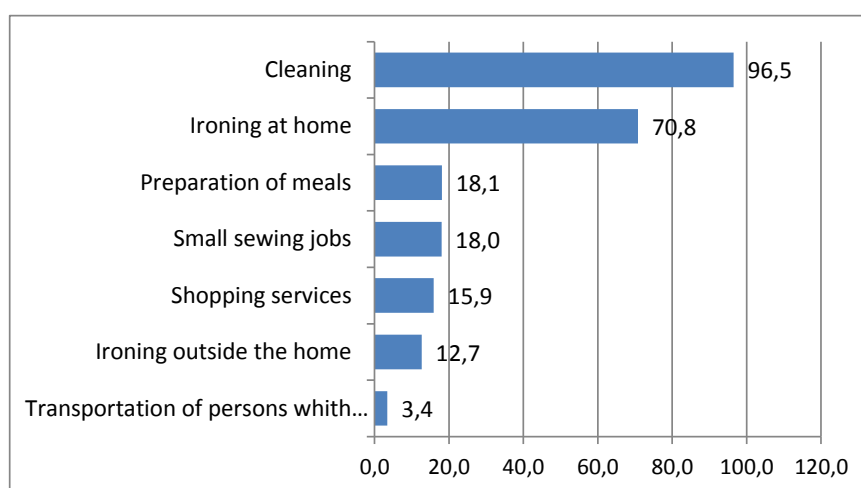
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Number of companies	504	840	1.163	1.504	1.892	2.292	2.576	2.708
Workers during the year			61.759	87.152	103.437	120.324	136.915	149.827
Users	98.814	190.734	316.101	449.626	557.482	665.884	760.702	834.959
Number of vouchers reimbursed (million)	6	17	32	49	65	79	95	105
Number of vouchers sold (million)	8	20	36	53	74	78	97	109

Source: IDEA Consult

Fonte: Nicolas Farvaque, *op. cit.*, p. 44.

La quasi totalità dei lavoratori ha effettuato lavori di pulizia (96,5%); la seconda attività più richiesta è stata la stiratura (70,8%) e gli altri servizi hanno interessato circa il 20% dei lavoratori (figura 4.6). L'8% dei lavoratori ha effettuato attività che non sono autorizzate dalla legge, come la cura dei bambini e degli anziani e lavori di giardinaggio.

Figura 4.6 – Tipologia di servizi erogati con i *Titres-services* nel 2011 (in percentuale dei lavoratori)



Source: IDEA Consult.

Fonte: Nicolas Farvaque, *op. cit.*, p. 44.

⁶⁵ Per esempio, Nicolas Farvaque (*op. cit.*) solleva riserve sul fatto che la stima degli effetti diretti dell'introduzione dei CESU si basi sull'ipotesi che tutti gli occupati aggiuntivi nel settore dei servizi alla persona siano dovuti alle agevolazioni fiscali e contributive.

In Belgio l'utente paga i servizi familiari (con i *titres-services*) 7,50 euro l'ora (5,95 euro dopo la deduzione fiscale⁶⁶), ma il valore rimborsato all'impresa di servizi ammonta a 20,80 euro per voucher: la differenza (13,30 euro) è finanziata dallo Stato.

Il numero massimo di buoni-servizio acquistabili in un anno da parte di un singolo utilizzatore è di 750 (5.625 euro), ma si può arrivare a 2.200 (16.500 euro) per determinate categorie di persone: famiglie mono-parentali, portatori di handicap, genitori di minorenni portatori di handicap, persone anziane titolari di indennità di accompagnamento.

I *titres-services* sono anche uno strumento di conciliazione tra vita professionale e vita familiare, attraverso il riconoscimento di buoni-servizio gratuiti (150 all'anno) alle lavoratrici autonome che riprendono a lavorare dopo la maternità.

Nel Belgio, che ha il più generoso e costoso sistema di voucher per i servizi alla famiglia, i ritorni economici si possono riassumere in tre gruppi⁶⁷:

- 1) effetti diretti: aumento del numero degli occupati nelle imprese che offrono servizi alla persona pagati con i voucher;
- 2) effetti indiretti di 1° livello: creazione di nuove imprese che erogano servizi alla persona e aumento del personale amministrativo;
- 3) effetti indiretti di 2° livello: diminuzione del numero dei disoccupati, aumento di quello delle persone che lavorano grazie al minor costo dei servizi di conciliazione, crescita di quello degli anziani non autosufficienti che possono restare più a lungo a casa in alternativa ai servizi di assistenza residenziali, maggiori consumi da parte dei lavoratori delle imprese di servizio.

Il costo netto annuale del sistema dei *titres-services* in Belgio nel 2011 è molto alto (superiore a quello sostenuto, in proporzione, in Francia per l'analogo sistema): 1.655,3 milioni di euro.

È costituito dalle seguenti voci di spesa:

- contributo statale sul valore dei voucher: 1.421,1 milioni di euro;
- amministrazione del sistema: 13,3 milioni di euro;
- deduzioni fiscali: 220,9 milioni di euro.

A questi costi si aggiunge la spesa per i buoni-servizio gratuiti alle lavoratrici autonome che riprendono a lavorare dopo la maternità.

Per quanto riguarda gli effetti diretti, la creazione di occupazione aggiuntiva determina tre effetti positivi sulla finanza pubblica:

- 1) riduzione dei costi dell'indennità di disoccupazione federale (-200,7 milioni di euro);
- 2) aumento dei contributi sociali (307,3 milioni di euro);
- 3) aumento dell'imposta sulle persone fisiche (148 milioni di euro).

Il ritorno economico degli effetti indiretti di primo livello è costituito da:

- 1) aumento delle imposte sulle società (34,3 milioni di euro);
- 2) aumento delle imposte sulle persone fisiche e dei contributi sociali del personale amministrativo delle nuove società di servizi (44,5 milioni di euro);
- 3) riduzione dell'indennità di disoccupazione del personale amministrativo delle nuove società di servizi (-9,2 milioni di euro).

Il ritorno economico degli effetti indiretti di secondo livello è costituito da:

- 1) riduzione dei costi delle indennità di disoccupazione per sostituzione dei posti precedentemente occupati (da -106,1 a -212,3 milioni di euro);
- 2) altre economie sulle indennità di disoccupazione (da -8,6 a -17,2 milioni di euro);
- 3) aumento dei consumi e dell'imposta sul valore aggiunto (da 9,8 a 34,3 milioni di euro);

⁶⁶ La deduzione fiscale non può superare 2.720 euro.

⁶⁷ Maarten Gerard, Inge Neyens, Daphné Valsamis, *Evaluation du régime des titres services pour les services et emplois de proximité 2011*, IDEA Consult, 2012.

- 4) aumento delle imposte sulle persone fisiche e dei contributi sociali degli utilizzatori dei servizi che, grazie al minor costo dei servizi di conciliazione, possono lavorare (259,5 milioni di euro).

Il saldo tra i costi e i recuperi derivanti dagli effetti diretti e indiretti del sistema dei *titres-services* in Belgio nel 2011 è pari a circa 911 milioni se non si prendono in considerazione gli effetti indiretti di secondo livello (55,1% del totale della spesa) e di circa 458 milioni (27,6% del totale della spesa) se si conteggiano anche questi effetti economici positivi.

Di conseguenza, il costo sostenuto dallo Stato per ciascuno dei 150 mila lavoratori presso le imprese che offrono servizi alla persona è pari a 3.520 euro. È un valore relativamente basso se si prendono in considerazione i valori medi degli incentivi all'assunzione che, peraltro, non sempre garantiscono una effettiva occupazione aggiuntiva.

Lo stesso rapporto sul sistema belga riporta le seguenti valutazioni conclusive sui punti di forza e di debolezza del sistema dei *titres-services*:

- il sistema dei voucher è un importante generatore di nuovi posti di lavoro, soprattutto per le persone non qualificate e gli stranieri (nel 2011 149.827 lavoratori erano attivi nel sistema);
- diminuisce, di contro, il numero di lavoratori svantaggiati assunti dalle imprese che forniscono servizi;
- il sistema dei voucher è radicato nelle abitudini degli utenti (nel 2011 834.959 persone hanno utilizzato quasi 110 milioni di voucher: 1 su 10 abitanti di età superiore ai 20 anni)
- il profilo degli utenti evolve nel corso degli anni: aumenta il numero delle persone anziane non autosufficienti;
- il mercato dei voucher si è stabilizzato, ma è sempre più caratterizzato dalla presenza di imprese private commerciali rispetto a quelle pubbliche;
- l'occupazione nel settore è stabile e non si prevede un'ulteriore crescita;
- la qualità dei posti di lavoro nel sistema aumenta di anno in anno (aumentano gli occupati a tempo indeterminato e pieno, i salari e la quota di lavoratori che hanno frequentato corsi di formazione);
- i lavoratori sono molto soddisfatti della loro occupazione;
- l'assenteismo è ancora un problema perché è superiore a quello che si osserva nello stesso settore, probabilmente a causa dell'invecchiamento dei lavoratori (quasi 2 lavoratori su 10 hanno più di 50 anni);
- le politiche delle imprese in caso di soppressione di una prestazione non sono molto trasparenti e alcune volte i lavoratori sono costretti a dimettersi;
- gli immigrati rappresentano la quota più importante dei lavoratori dei servizi;
- la qualità del lavoro varia notevolmente tra belgi e stranieri: i cittadini EU-27 sono meno qualificati di quelli belgi, ma i lavoratori extracomunitari hanno qualifiche più alte rispetto agli autoctoni;
- forme di discriminazione sono tuttavia presenti nel settore: il 16% degli utenti preferisce che un immigrato non lavori presso la propria casa, il 12% dei lavoratori non belgi sono stati rifiutati a causa della loro cittadinanza e il 10% di loro dichiara di essere stato trattato in modo ingiusto.

4.3 Regno Unito: *Childcare Vouchers*⁶⁸

Nel Regno Unito dall'aprile del 2005 i datori di lavoro possono offrire ai propri dipendenti tre tipi di servizio a supporto dell'infanzia che sono incentivati con specifiche esenzioni fiscali e che si adattano alle dimensioni e alle caratteristiche delle aziende britanniche⁶⁹:

1. *childcare vouchers* (buoni per i servizi all'infanzia);
2. *directly contracted childcare* (servizi forniti direttamente dal datore di lavoro attraverso un fornitore di servizi per l'infanzia);

⁶⁸ Cfr. Roberto CiccioMessere, *I Childcare Vouchers nel Regno Unito e il welfare aziendale in Italia. Il modello britannico dei voucher per i servizi all'infanzia e la possibilità d'introdurlo in Italia per offrire misure più diffuse e flessibili di welfare aziendale*, Italia Lavoro, 2012.

⁶⁹ HM Revenue & Customs, *Paying for childcare*, Getting help from your employer, www.hmrc.gov.uk, 2011.

3. *workplace nurseries* (asilo nido aziendale).

I datori di lavoro possono offrire i *childcare vouchers* per l'acquisto di servizi per l'infanzia presso fornitori accreditati (*childcare providers*) che sono autorizzati dalle autorità locali al fine di garantire servizi di qualità. Con i voucher possono essere pagati tutti i seguenti servizi rivolti ai bambini fino a 15 anni (16 se disabili):

- custodia di bambini;
- asili nido;
- scuole materne;
- centri gioco;
- circoli dopo-scuola;
- programmi di vacanze;
- baby-sitter e bambinaie qualificate.

I voucher sono emessi generalmente da grandi società private già specializzate nella emissione e distribuzione di ticket restaurant come Edenred, Sodexo, ma anche da organizzazioni non a scopo di lucro come *Employers for childcare*. I voucher possono essere elettronici o cartacei.

L'impresa che emette i voucher si assicura che gli adempimenti di legge siano rispettati e aiuta il datore di lavoro nella gestione dei *childcare vouchers*, sia all'interno dell'azienda dal punto di vista amministrativo e della comunicazione al personale, sia all'esterno, contattando i prestatori di servizi all'infanzia utilizzati dai dipendenti e registrandone i dati bancari per il rimborso dei voucher.

Su una quota della somma ricevuta in voucher il dipendente non paga né tasse né trattenute previdenziali, mentre il datore di lavoro risparmia i versamenti previdenziali.

In alternativa, le imprese britanniche possono offrire i *directly contracted childcare* e cioè negoziare un accordo diretto con un *childcare provider* che fornirà ai dipendenti i suoi servizi. Questi servizi beneficiano delle stesse esenzioni fiscali dei *childcare vouchers*.

La terza opzione, rivolta alle grandi imprese, è creare un asilo nido aziendale (*workplace nurseries*) anche in un locale esterno all'azienda. Il dipendente che utilizza l'asilo non dovrà pagare alcuna tassa o contributo su questo benefit.

I *childcare vouchers* sono utilizzati dalle imprese del Regno Unito per fidelizzare e trattenere i lavoratori, in particolare i migliori talenti, accrescere la soddisfazione delle risorse umane e migliorare il clima aziendale. Contribuendo ai costi per l'infanzia, vi è maggiore probabilità che i dipendenti tornino nel posto del lavoro dopo il congedo di maternità o di paternità.

In generale i voucher per i servizi all'infanzia hanno un impatto positivo sull'attaccamento dei lavoratori all'azienda, sulla produttività, sul tasso di assenteismo e sul turn-over, diminuendo così le spese per l'assunzione e la formazione di nuovo personale.

Il sistema dei *childcare vouchers* del Regno Unito è molto meno generoso rispetto a quello belga e francese. I lavoratori assunti prima del 5 aprile 2011 non pagavano né tasse né contributi per i voucher fino al valore di 55 sterline (66 euro) alla settimana o 243 sterline (292 euro) al mese. Per lo stesso valore il datore di lavoro non paga i contributi sociali.

Successivamente il governo è intervenuto, in seguito alla crisi economica, per ridurre i benefici fiscali per i *childcare vouchers*, rimodulandoli sulla base del reddito del beneficiario.

I lavoratori assunti dal 6 aprile 2011 possono ancora beneficiare della completa esenzione fiscale e contributiva per i voucher fino al valore di 55 sterline per settimana solo se la loro retribuzione è assoggettata fino al secondo scaglione d'imposta (*Basic tax rate*, fino a un reddito di 35.001 sterline - 42.000 euro).

Se il reddito è superiore (*Higher tax rate*, reddito da 35.001 a 150.000 sterline - 180.000 euro), la completa esenzione fiscale e contributiva si applica solo ai voucher di valore non superiore a 28 sterline (34 euro) alla settimana o 124 sterline (149 euro) al mese.

Se il reddito è ancora superiore (*Additional tax rate*, reddito superiore a 150.000 sterline), l'esenzione è applicabile solo ai voucher di valore non superiore a 22 sterline (26 euro) alla settimana o 97 sterline (116 euro) al mese.

Non vi sono limiti al numero di dipendenti che possono beneficiare dei *childcare vouchers*.

I voucher possono essere utilizzati anche in periodi successivi alla loro consegna e, nel caso in cui il costo del servizio sia superiore al valore del voucher, è possibile pagare la differenza al provider.

Ovviamente i voucher non possono essere venduti al provider, commercializzati o convertiti in denaro, neppure con il datore di lavoro. Se sono restituiti al datore di lavoro per fine rapporto, il pagamento del loro valore è sottoposto interamente al prelievo fiscale e contributivo come la normale retribuzione.

Occorre osservare che spesso nel Regno Unito i *childcare vouchers* sono concessi in sostituzione di aumenti salariali, ma anche in cambio di *salary sacrifices*⁷⁰ compensati dal valore dei voucher, sulla base di convenienze reciproche relative ai costi per i pagamenti dei servizi di cura dei bambini, dal momento che questi servizi non sono soggetti a esenzioni fiscali, mentre la parte di retribuzione erogata sotto forma di voucher è esente da imposte e da obblighi contributivi⁷¹. Questo scambio fra benefit e cash è più vantaggioso se il contratto di lavoro prevede il diritto a ripristinare le modalità di pagamento precedenti (solo cash) quando vengono a mancare le condizioni di convenienza⁷².

4.4 Italia: la proposta di legge per l'istituzione del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia

L'Istituto Luigi Sturzo ha dato vita a un gruppo di lavoro che ha elaborato le linee di una proposta di legge per l'*istituzione del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia* che s'ispira al modello francese dei CESU. Questa proposta è stata presentata con lo stesso testo al Senato della Repubblica e alla Camera dei deputati da parlamentari di molti gruppi politici⁷³.

Nelle linee guida per la riforma del terzo settore del Governo si prevede di dare stabilità e ampliare le forme di sostegno economico – pubblico e privato – degli enti del terzo settore, attraverso, tra l'altro, la disciplina sperimentale del “voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia”, come strumento di infrastrutturazione del “secondo welfare”⁷⁴.

La proposta di legge si propone di:

favorire la costruzione di un sistema di servizi alla persona e alla famiglia più efficiente, di qualità e con costi sostenibili che faciliti la conciliazione fra vita privata e attività professionale, al fine di contribuire alla crescita dell'occupazione femminile;

rendere sostenibile un moderno e più equo sistema di welfare a favore dell'infanzia e delle persone non autosufficienti, basato sui principi della sussidiarietà, attraverso la responsabilizzazione, il coinvolgimento e la valorizzazione di tutti i soggetti pubblici e privati del settore sociale e delle imprese, al fine di mobilitare risorse aggiuntive a quelle pubbliche;

promuovere la crescita dell'occupazione regolare e migliori condizioni di lavoro nel comparto degli *household services*, considerato dalla Commissione europea quello con il più elevato potenziale di aumento dell'occupazione e del valore aggiunto, anche a causa dell'invecchiamento della popolazione e della maggiore domanda di servizi di cura dell'infanzia da parte delle lavoratrici e dei lavoratori;

far emergere il lavoro nero, così diffuso fra i collaboratori domestici e gli assistenti personali, soprattutto quelli immigrati, anche per consentire il recupero di risorse aggiuntive da destinare ai servizi attraverso il maggior gettito contributivo determinato dall'aumento dell'occupazione regolare nel comparto dei servizi alla persona;

adottare un sistema universale e standardizzato di voucher per il pagamento dei servizi alla persona da parte delle famiglie, delle imprese e delle amministrazioni pubbliche, che sia flessibile, facile da utilizzare e che sia stato già sperimentato con risultati positivi in altri paesi.

⁷⁰ Secondo un'indagine del National Centre for Social Research, il 79% dei voucher sono utilizzati per *salary sacrifices*, la quota rimanente come salario aggiuntivo o benefit flessibile. Anne Kazimirski, Ruth Smith, Elvira Mogensen and Francesca Lemetti, *Monitoring of the Reform of the Income Tax and National Insurance Rules for Employer-Supported Childcare*, National Centre for Social Research, prepared for HM Revenue & Customs, 2006, p. 29.

⁷¹ Cfr. Italia Lavoro, *Benchmarking sui voucher e servizi alla persona in Europa: Regno Unito*, 2009.

⁷² HM Revenue & Customs, *Salary sacrifice: conditions for successful sacrifice: right to revert to original salary*, <http://www.hmrc.gov.uk/manuals/eimmanual/EIM42767.htm>

⁷³ Senato della Repubblica: disegno di legge n. 1535 del 17 giugno 2014 d'iniziativa dei senatori Giorgio Santini, Valeria Fedeli, Federica Chiavaroli e altri; Camera dei deputati: proposta di legge n. 2492 del 26 giugno 2014 d'iniziativa dei deputati Carlo Dell'Aringa, Edoardo Patriarca, Flavia Piccoli Nardelli, Maria Amato, Sofia Amodio e altri.

⁷⁴ Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Linee guida per una Riforma del Terzo Settore*, 2014, p. 6.

Nella relazione illustrativa si afferma che la creazione di un sistema unificato di voucher per i servizi alla persona e alla famiglia è, di conseguenza, l'occasione per rivedere in modo organico tutte le agevolazioni fiscali che riguardano questi servizi, alla luce non solo dell'utilità rilevante ai fini di una maggiore occupazione femminile che porta con sé una maggiore crescita del prodotto e della creazione di un mercato moderno e di qualità dei servizi alla persona ma anche dell'altra utilità connessa all'emersione del lavoro non regolare così diffuso in questo settore.

Più in generale, l'Italia si trova ad affrontare, come del resto tutti i paesi industrializzati, da una parte il problema della difficile conciliazione fra l'esigenza di contenere la spesa pubblica e di rendere sostenibile il sistema di welfare pubblico e dall'altra quella di tutelare i nuovi e maggiori rischi che derivano dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle spese sanitarie e dalla maggiore mobilità e flessibilità del mercato del lavoro.

Rischiano così di rimanere scoperti i bisogni di protezione sociale delle categorie più deboli come gli anziani, le donne, i giovani, i disabili e i lavoratori flessibili, che possono contare sempre meno sulla disponibilità di risorse pubbliche e che rischiano maggiormente di cadere sotto la soglia di povertà.

Una delle componenti di questo secondo pilastro della protezione sociale è il welfare aziendale, che può farsi carico di una serie di bisogni dei lavoratori che non possono essere soddisfatti dal welfare pubblico, che vanno dalla difficoltà di conciliazione fra responsabilità lavorative e familiari al sostegno del potere d'acquisto dei lavoratori più svantaggiati o con molte persone a carico.

L'esperienza di Luxottica e di altre imprese ha consentito di superare il vecchio modello di welfare aziendale come misura liberale e unilaterale del "buon" datore di lavoro, trasformandolo in uno strumento di contrattazione aziendale nel quale si realizza uno scambio virtuoso fra miglioramento del benessere e del reddito dei lavoratori e maggiore efficienza produttiva dell'impresa, riduzione dell'assenteismo e migliore qualità dei prodotti.

Attraverso il welfare aziendale si remunerano gli aumenti retributivi pagati in benefit con incrementi misurabili della produttività o di riduzione dei costi della "non qualità" come in Luxottica, senza un eccessivo impatto sul costo del lavoro per unità di prodotto, facendo fronte nel contempo a nuovi bisogni che il welfare pubblico non può garantire.

Il voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia s'ispira al modello di successo del *Chèque emploi service universel* (CESU), realizzato in Francia a partire dalla legge 841 del 26 luglio 2005.

Il modello francese dei CESU è stato adattato alle specifiche caratteristiche del sistema di welfare italiano e sono state ampliate alcune agevolazioni fiscali già esistenti nel nostro Paese.

In particolare sono stati unificati in un unico titolo di credito i tre tipi di *chèque* introdotti in Francia: il voucher bancario (*Cesu Déclaratif*) utilizzato dalle famiglie, il voucher pre-finanziato (*Cesu préfinancé*) o cofinanziato dalle imprese e il voucher sociale (*Cesu préfinancé social*) utilizzato dai soggetti pubblici per erogare prestazioni sociali. In tal modo il sistema è stato ulteriormente semplificato.

Gli altri due principali elementi di differenziazione sono l'estensione dell'utilizzo del voucher anche per l'acquisto di servizi erogati fuori dal domicilio della famiglia (asili nido, centri diurni per anziani, ecc.) e l'integrazione del voucher nell'ambito delle misure di welfare aziendale già esistenti, consentendo così un'ulteriore ampliamento dei servizi di assistenza offerti ai lavoratori, che non si limitano a favorire la conciliazione ma affrontano gli altri bisogni che si manifestano nel ciclo di vita.

La proposta di legge introduce agevolazioni fiscali innanzitutto a favore delle famiglie che utilizzano il *voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia* elencati nell'allegato A.

L'agevolazione fiscale prevista nell'articolo 3 della proposta di legge tiene conto che in Italia il costo del lavoro per un collaboratore familiare assunto regolarmente è superiore di circa un terzo a quello assunto in nero, perché alla retribuzione netta occorre aggiungere la tredicesima, i contributi sociali, il TFR e le ferie.

Di conseguenza, si propone sia per le colf che per le badanti, così come per l'acquisto di servizi erogati da strutture pubbliche o private solo se pagati con il *voucher*, una detrazione fiscale pari al 33% degli oneri sostenuti dal contribuente, per un importo massimo che va da 6 mila a 8 mila euro in relazione alla presenza di bambini e di persone disabili o di anziani non autosufficienti. Si prevede anche la corresponsione di un assegno per gli incapienti.

Nell'articolo 4 si prevede una maggiorazione delle detrazioni per le donne che svolgano un'attività di lavoro continuativa. Questa misura rappresenta un'ulteriore promozione dell'occupazione femminile, poiché è noto che l'offerta di lavoro femminile è più elastica dell'offerta di lavoro degli uomini, dal momento che quella della donna è più sensibile alle variazioni del salario. L'elasticità dell'offerta di lavoro degli uomini è pari

quasi a zero, considerato che la maggior parte lavora a tempo pieno. Inoltre l'elasticità della forza di lavoro femminile è maggiore per le donne con basso livello d'istruzione e reddito.

Le agevolazioni fiscali per l'utilizzo del voucher non sono cumulabili con quelle già previste per le colf e le badanti, che continueranno a valere per coloro che non utilizzeranno il nuovo sistema di pagamento dei servizi alla persona e alla famiglia.

Per quanto riguarda i voucher erogati dalle imprese a favore dei propri dipendenti, non si prevede alcuna norma aggiuntiva, ma s'interviene semplicemente stabilendo che le agevolazioni fiscali già previste a favore delle misure di welfare aziendale si applicano anche quando i benefit sono erogati dal datore di lavoro attraverso il *voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia*.

Nella proposta di legge si prevede anche di adeguare il valore della soglia del benefit concesso ai dipendenti che non concorre a formare reddito imponibile (258,23 euro), come è previsto dal comma 9 dello stesso articolo 52, che prevede la possibilità di rivalutare questo come gli altri importi al tasso d'inflazione.

Si prevede infine la soppressione della previsione che i benefit debbano essere sostenuti dal datore di lavoro "volontariamente", escludendo così il vantaggio fiscale se il beneficio è contemplato da un accordo collettivo, come accade sempre più frequentemente anche in base all'accordo interconfederale del 2009.

Inoltre, la proposta di legge prevede:

- che il voucher sia nominativo e non possa essere ceduto o utilizzato per l'acquisto di servizi diversi da quelli previsti dalla proposta di legge;
- che il sistema telematico di amministrazione del voucher debba consentire ai datori di lavoro e ai lavoratori di gestire tutte le operazioni e le incombenze amministrative esclusivamente online;
- la creazione di un apposito sportello presso i servizi per il lavoro al quale possano rivolgersi sia i collaboratori disoccupati che le famiglie che cercano personale domestico;
- la certificazione della qualità dei servizi offerti dalle imprese, organizzazioni non a scopo di lucro e associazioni abilitate a erogare servizi alla persona e alla famiglia, attraverso il riconoscimento di un marchio di qualità.

In particolare i servizi che possono essere acquistati con il voucher sono quelli elencati nell'allegato A e si riferiscono alle attività effettuate dal lavoratore nel domicilio del datore di lavoro e fuori dall'abitazione e i servizi forniti in strutture esterne che riguardano l'infanzia e le persone non autosufficienti. A questi si aggiungono le più ampie prestazioni assistenziali erogate ai dipendenti come misure di welfare aziendale e tutte le altre prestazioni assistenziali previste autonomamente dalle Regioni.

Il sistema del *voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia* definito con questa proposta di legge si basa sostanzialmente su tre pilastri, ciascuno dei quali contribuisce in diversa misura a ridurre il costo dei servizi per la famiglia attraverso un unico titolo di credito:

1. le famiglie che acquistano a costo agevolato i servizi;
2. le imprese che erogano a costi agevolati prestazioni di welfare aziendale ai propri dipendenti o le banche in favore dei propri clienti;
3. le amministrazioni regionali e locali che erogano servizi alla persona a favore di persone bisognose e svantaggiate o servizi di conciliazione ai destinatari delle politiche del lavoro attraverso i servizi pubblici e privati del lavoro.

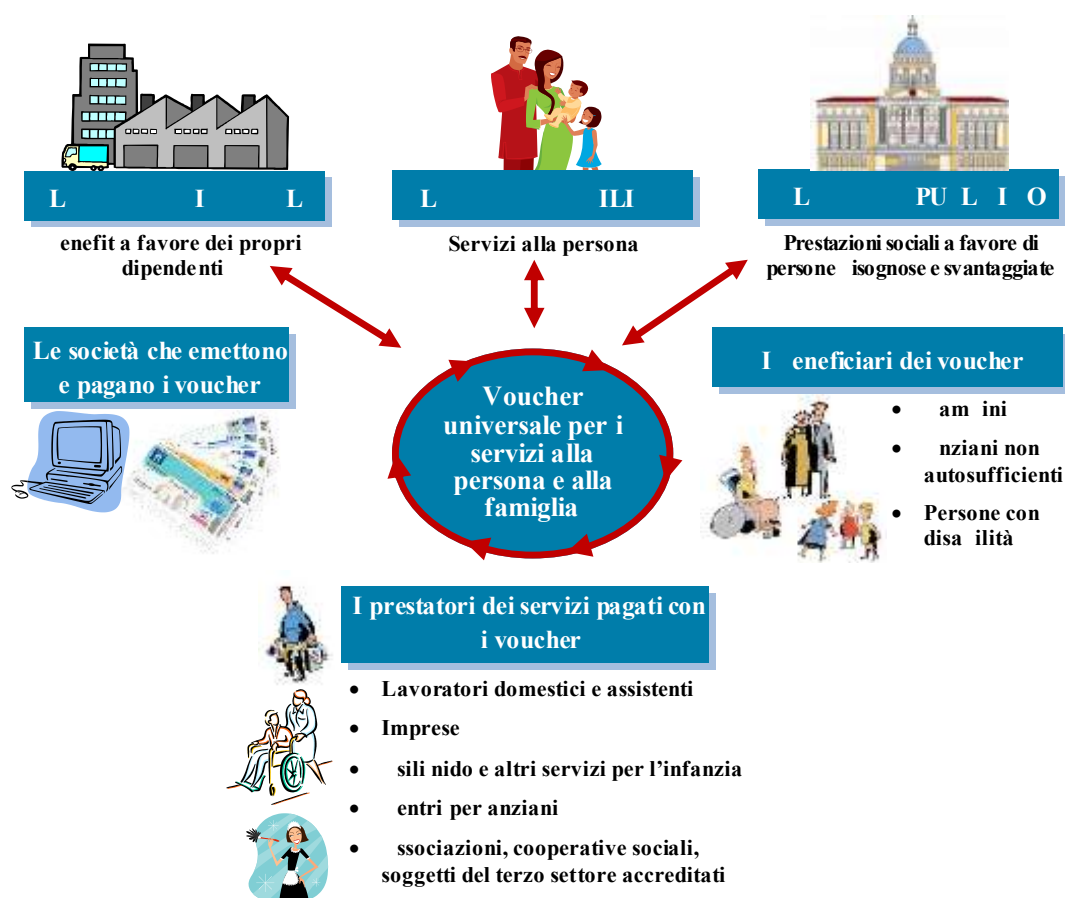
Il flusso per l'utilizzazione del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia è relativamente semplice, così come il ruolo dei soggetti della filiera definito dalla proposta di legge: i *voucher* emessi dalle società concessionarie sono acquistati dalle famiglie o sono ricevuti dai dipendenti delle imprese e dai destinatari dei servizi di protezione sociale, per acquistare servizi di cura dei bambini, degli anziani non autosufficienti o delle persone con disabilità.

I voucher possono essere finanziati o cofinanziati dalle imprese per servizi a favore dei propri dipendenti nell'ambito delle misure di welfare aziendale, dalle banche e assicurazioni a favore dei propri clienti, dalle amministrazioni regionali e locali per l'erogazione delle prestazioni sociali o dagli operatori pubblici e privati per i servizi di conciliazione a favore delle donne coinvolte in percorsi di ricollocamento.

I servizi sono resi da lavoratori, imprese, asili nido, centri per anziani o associazioni e organizzazioni del terzo settore e di volontariato accreditati.

I voucher vengono pagati alle imprese, organizzazioni e associazioni che hanno reso le prestazioni, da parte delle società emettitrici, mentre i dipendenti (collaboratori domestici e assistenti personali) possono riscuotere i voucher presso istituti bancari convenzionati.

Figura 4.7 – I tre pilastri del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia



Allegato A – I servizi alla persona e alla famiglia

A1 – Attività effettuate dal lavoratore nel domicilio del datore di lavoro :
Cura della casa e lavori domestici
Piccoli lavori di giardinaggio
Piccoli lavori di riparazione e di bricolage
Custodia dei bambini
Sostegno scolastico e corsi a domicilio
Assistenza informatica e Internet
Assistenza amministrativa
Assistenza, anche specialistica, alle persone anziane e non autosufficienti, con l'esclusione delle attività mediche
Assistenza, anche specialistica, alle persone disabili, comprese le attività d'interpretazione del linguaggio dei segni
Sorveglianza dei malati con l'esclusione dei trattamenti medici
Cure fisioterapiche ed estetiche per le persone non autosufficienti
Manutenzione e vigilanza temporanea dell'abitazione, anche secondaria
A2 – Attività effettuate dal lavoratore anche fuori dal domicilio del datore di lavoro:
Preparazione dei pasti, comprensiva della spesa
Consegna dei pasti o della spesa
Raccolta e consegna dei vestiti stirati

Aiuto alla mobilità e al trasporto di persone non autosufficienti
Guida del veicolo delle persone non autosufficienti per il trasferimento dal domicilio al lavoro, al luogo di vacanze e per gli obblighi amministrativi
Accompagnamento dei bambini, degli anziani e dei disabili fuori dal domicilio (passeggiate, accompagnamento ad asili nido, scuola materna o attività sportive, mezzi di trasporto, ecc.)
Cura e passeggio degli animali domestici con esclusione delle attività veterinarie
A3 – Attività effettuate in strutture esterne:
Asilo nido o nido d'infanzia (compresa mensa)
Nido condominiale o familiare (compresa mensa)
Scuola dell'infanzia (compresa mensa)
Spazio gioco per bambini
Centro infanzia e atelier (attività ricreative e formative per bambini fino a 6 anni)
Doposcuola e centro culturale e ricreativo per bambini fino a 14 anni
Centro sportivo per bambini da 3 a 14 anni
Centri diurni per anziani, anche non autosufficienti
Centri sportivi e fisioterapici per anziani, anche non autosufficienti

4.4.1 L'impatto economico, occupazionale e sulla finanza pubblica del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia

Il Censis ha sviluppato un modello per stimare l'impatto economico e sull'occupazione della proposta di legge per l'istituzione del *voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia* promossa dall'Istituto Luigi Sturzo⁷⁵.

Il modello di stima degli oneri per la spesa pubblica derivanti dall'introduzione del "voucher universale" riguarda il primo anno di introduzione e l'impatto a regime a cinque anni dall'avvio (gli effetti del provvedimento relativi al numero di beneficiari, all'emersione del lavoro irregolare e all'occupazione aggiuntiva si dispiegano gradualmente nel tempo). Gli oneri per lo Stato sono pari al saldo fra i minori introiti tributari (oneri stimati per l'introduzione del voucher meno oneri da detrazioni/deduzioni già esistenti per la stessa tipologia di servizi) e le maggiori entrate per effetto dei:

- benefici diretti (emersione del lavoro irregolare, nuova occupazione, minor impiego dell'ASPI);
- benefici indiretti (occupazione in altri settori, IVA su consumi familiari, imposte su utili d'impresa).

Il modello ha stimato l'interdipendenza fra detrazioni sulla spesa familiare, welfare aziendale e utilizzo del voucher per servizi pubblici, per definire la minore spesa per la famiglia che può acquistare i voucher, ma anche riceverli dal proprio datore di lavoro o dall'assistenza pubblica.

Non sono stati stimati gli altri benefici che prevedibilmente posso derivare, per esempio, dalla deospedalizzazione per i "cronici degeneri".

Secondo le stime effettuate dal Censis, emerge la sostenibilità del provvedimento in termini di oneri per la spesa pubblica soprattutto se si tiene conto che il costo dell'analogo sistema francese dei CESU è pari a circa 6,6 miliardi di euro.

Per il primo anno il costo per lo Stato ammonterebbe a circa 1,3 miliardi di euro (*tavola 4.3*). Tale costo si riduce a circa 640 milioni di euro grazie ai benefici diretti, in particolare per il maggior gettito fiscale determinato dall'emersione del lavoro non regolare (305 milioni di euro).

Gli oneri si riducono ulteriormente a 273 milioni di euro in considerazione dei benefici indiretti: gettito fiscale derivante dall'occupazione attivata in settori collegati (128 milioni di euro) e per l'IVA sui consumi aggiuntivi delle famiglie e dei lavoratori (187 milioni di euro) per l'utilizzo del minor onere tributario per acquisti.

⁷⁵ Censis, *L'impatto economico, occupazionale e sulla finanza pubblica del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia*, in corso di pubblicazione, 2014.

È considerata anche la disponibilità dei fondi strutturali europei per un importo indicativo di 470 milioni di euro per misure utilizzabili per la “promozione dell’occupazione femminile” e la realizzazione di “servizi di cura per l’infanzia e la non autosufficienza”.

Il sistema a regime avrebbe un costo di circa 3,6 miliardi di euro, che si riduce a 1,9 miliardi tenuto conto dei benefici diretti e a 700 mila euro se si considerano anche quelli indiretti.

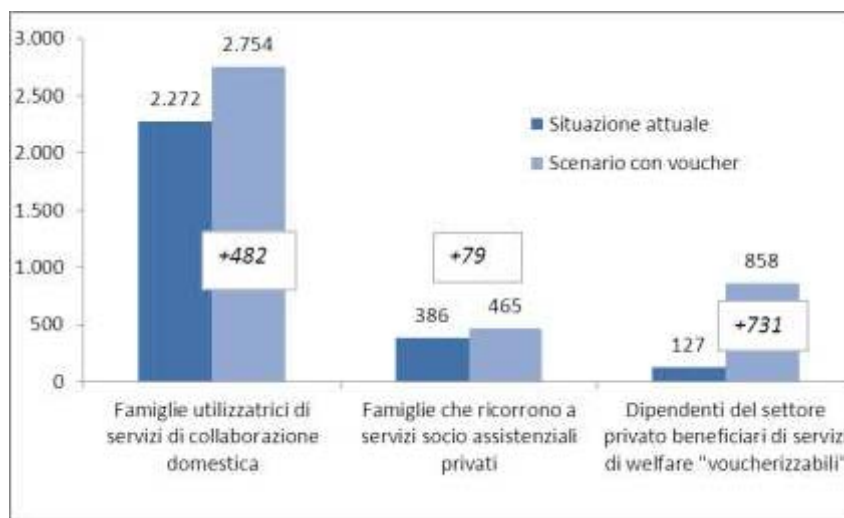
Tavola 4.3 – Effetti diretti e indiretti e saldo per lo Stato, derivanti da introduzione del voucher, al primo anno e con sistema a regime (milioni di euro)

	Anno 1	Sistema a regime
COSTO STATO	1.295,0	3.565,0
COSTO STATO CON BENEFICI DIRETTI		
Benefici diretti	654,1	1.652,2
- Gettito fiscale da nuova occupazione	166,0	553,3
- Gettito fiscale da occupazione emersa	304,6	1.015,5
- Riduzione costi pagamento Aspi	183,5	83,3
Saldo costo Stato	640,8	1.912,9
COSTO STATO CON BENEFICI DIRETTI E INDIRETTI		
Benefici indiretti	367,3	1.224,4
- Gettito fiscale da nuova occupazione in altri settori	128,5	428,4
- Riduzione costi pagamento Aspi	19,4	64,5
- Imposta su maggiori profitti imprese	12,7	42,5
- Iva recuperata da risparmio famiglie destinato ai consumi (90%)	187,5	625,0
- Gettito fiscale da nuova occupazione femminile	19,2	64,0
Saldo costo Stato	273,5	688,5

Fonte: stima Censis

La ricerca del Censis considera anche i positivi effetti sociali che comporta l’introduzione del voucher: dopo cinque anni la platea di famiglie in grado di accedere ai servizi socio-assistenziali crescerà di 482 mila, in coerenza con gli accresciuti bisogni di assistenza connessi con l’invecchiamento della popolazione. I lavoratori beneficiari del welfare aziendale saliranno da 127 mila a 858 mila, con enormi vantaggi sia per i dipendenti che per la produttività aziendale (figura 4.8).

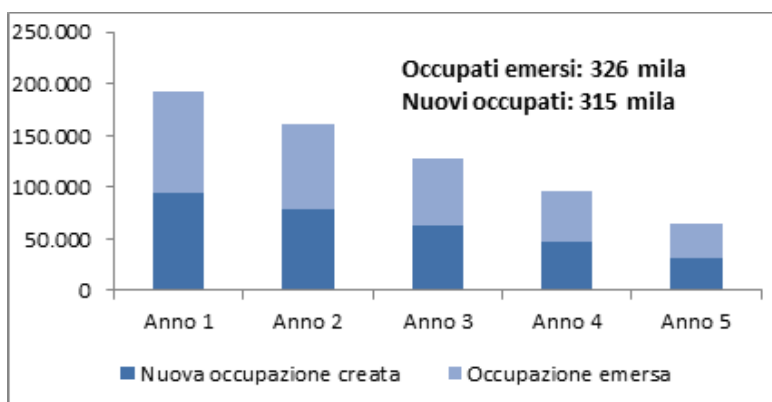
Figura 4.8 – Impatto del voucher sulla domanda di servizi da parte delle famiglie (valori assoluti, in migliaia)



Fonte: elaborazioni e stime Censis su dati di fonte varia

Si stima che l'emersione del lavoro irregolare nel periodo di messa a regime raggiungerà le 326 mila unità, mentre l'occupazione aggiuntiva è valutabile in 315 mila nuovi occupati fra diretti (assistenza domiciliare) e indiretti (settori collegati) (*figura 4.9*).

Figura 4.9 – Nuovi occupati e lavoratori emersi ogni anno, nei primi cinque anni dall'introduzione del voucher (valori assoluti in migliaia)



Fonte: stima Censis

5. L'assistenza tecnica di Italia Lavoro per lo sviluppo del welfare aziendale

5.1 Premessa: il progetto LaFemMe

In seguito all'Avviso Comune del 7 marzo 2011 *Azioni a sostegno delle politiche di conciliazione tra famiglia e lavoro*, sottoscritto dal governo e le parti sociali, Italia Lavoro ha avuto in affidamento dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali l'incarico di realizzare l'intervento denominato "La.Fem.Me. – Lavoro Femminile Mezzogiorno" volto a favorire l'aumento della partecipazione femminile al lavoro. L'intervento non prevede misure dirette rivolte alle donne, ma mette a disposizione servizi rivolti alle aziende, al sistema degli operatori del mercato del lavoro e alle amministrazioni regionali dal momento che dalle analisi empiriche emerge che la maggiore criticità è rappresentata dalla insufficiente domanda di lavoro regolare femminile, soprattutto nel Mezzogiorno e all'insufficienza e all'eccessivo costo dei servizi di conciliazione lavoro-famiglia. Una linea di attività specifica, invece, è dedicata alla promozione dell'occupazione femminile e giovanile nei settori della green economy.

Nella primo anno di attività (2011-2012) il progetto è stato impegnato nelle quattro Regioni del Sud (Calabria, Sicilia, Puglia e Campania), successivamente (2013-2014) le attività sono state ampliate anche alle Regioni del Centro Nord dove maggiore è la richiesta di supporto da parte delle aziende.

Per quanto riguarda l'impostazione, il progetto è partito dall'ipotesi, confermata in questi anni di esperienza, che la questione legata alla difficile conciliazione lavoro-famiglia non costituisce solo un "prezzo" pagato dalle donne (in termini di mancata partecipazione al lavoro), ma anche un "costo" a carico delle aziende, in termini di perdita di risorse e professionalità, assenteismo, clima aziendale ostile, scarsa motivazione, rigidità organizzative. Ciò induce a valorizzare l'ipotesi secondo la quale il difficile equilibrio tra vita e lavoro non sia del tutto slegato da considerazioni legate alla produttività e alla competitività aziendale. Normalmente le esigenze di conciliazione lavoro-famiglia sono percepite come contrapposte alle esigenze di produttività aziendale. Tuttavia, come hanno dimostrato diverse esperienze, se si riesce a trovare "l'incastro positivo" tra le esigenze dei lavoratori e delle lavoratrici e le esigenze di produzione, si possono ottenere vantaggi per tutti, duraturi nel tempo. D'altro canto, nelle aziende in cui sono state adottate misure di ri-organizzazione della produzione e soluzioni di flessibilità oraria, gli effetti positivi sono ampiamente documentati sia in termini economici (quali la riduzione dei tassi di assenteismo e di turnover, la riduzione degli scarti di produzione, la riduzione dei tempi di lavorazione, ecc.) sia in termini di benessere dei lavoratori e lavoratrici (maggiore soddisfazione, maggiori opportunità di scelta nell'orario di lavoro, maggiore autonomia). Senza dimenticare che in molti casi le misure di organizzazione interna si accompagnano a piani di welfare che sono generalmente ricchi di misure e servizi a favore delle famiglie (dai contributi per asili nido, all'organizzazione dei centri estivi durante la chiusura delle scuole, alle borse di studio, ecc.).

Includere questo tema nell'ambito delle politiche economiche, di promozione della crescita e del recupero di produttività aziendale consentirebbe di dare nuovo impulso alla questione dell'equilibrio dei tempi di vita e di lavoro, troppo spesso considerata quasi esclusivamente nell'ambito delle esigenze femminili e affrontata prevalentemente con misure di tutela e di lotta all'esclusione sociale.

Il progetto ha attivato quattro principali servizi che proseguono nel 2014:

Un servizio di informazione e consulenza on-line

I servizi web messi a disposizione dal progetto La.Fem.Me. - Lavoro Femminile Mezzogiorno, sono accessibili dal portale istituzionale Cliclavoro (<http://www.cliclavoro.gov.it/>) e dai servizi di Italia Lavoro (www.italialavoro.it/lafemme). Il servizio promuove e supporta la domanda di soluzioni di flessibilità oraria e organizzativa, welfare aziendale e territoriale, misure di accompagnamento alla maternità, contrattazione decentrata, e permette di usufruire gratuitamente di una rete di consulenti (fiscalisti, esperti di welfare aziendale, esperti di organizzazione, etc.). Il portale è stato impostato sulla base dei principi di Open Data indicati dalle "Linee Guida per i siti Web della PA" per garantire trasparenza e accesso alle informazioni e alle esperienze realizzate nel corso del progetto.



Un servizio di formazione e consulenza alle aziende

I percorsi di formazione e i laboratori di consulenza si rivolgono a imprenditori, direttori del personale, contrattualisti e referenti del sistema di consulenza alle aziende (consulenti del lavoro, commercialisti, agenzie per il lavoro, ecc.) con l'obiettivo di supportare l'attivazione di iniziative di flessibilità organizzativa e oraria, misure di accompagnamento alla maternità e piani di welfare aziendale e territoriale. Formazione e consulenza vengono erogate gratuitamente, attraverso l'attivazione di una rete di consulenti con rilevanti esperienze di consulenza di direzione sulle differenti tematiche. Per la promozione dei servizi di formazione e consulenza e per la divulgazione dei temi del progetto sul territorio è stata realizzata un'attività di marketing e di sensibilizzazione attraverso percorsi formativi, road show tematici, seminari interregionali, focus group. Queste iniziative hanno già visto il coinvolgimento di oltre 500 persone tra referenti aziendali, sindacali e operatori del mercato del lavoro.

Il percorso di formazione ha una durata variabile, è organizzato in seminari tematici (innovazione organizzativa, flessibilità degli orari, percorsi maternità, welfare aziendale) volti a valorizzare la dimensione operativa e l'approfondimento delle esperienze. Questo consente alle aziende di "immaginare" le implicazioni sulla propria attività produttiva derivanti dall'adozione delle misure e di facilitare in questo modo l'avvio dei laboratori di consulenza personalizzata e attività di sperimentazione nelle singole aziende.

L'attività di consulenza si concretizza in un accompagnamento della direzione aziendale, spesso d'intesa con i referenti sindacali nell'individuazione della soluzione più adeguata rispetto alle esigenze di riorganizzazione e recupero di produttività dell'impresa. L'esperienza sta dimostrando che c'è una grande esigenza di consulenza da parte delle aziende su questi temi, motivata dalla necessità di innovare, recuperare punti di produttività e competitività e nello stesso tempo dalla volontà di garantire ai propri lavoratori e lavoratrici condizioni migliori e benessere.

A due anni dall'attivazione del servizio di formazione e consulenza aziendale, dopo aver realizzato 25 percorsi di formazione (12 al sud, 13 al nord) che hanno visto il coinvolgimento di 957 persone tra referenti aziendali, sindacali e operatori del mercato del lavoro sono state raccolte oltre 80 manifestazioni di interesse a realizzare interventi di innovazione organizzativa e conciliazione lavoro-famiglia da parte di aziende. Le richieste di consulenza hanno riguardato le seguenti tipologie di azione:

- organizzazione del lavoro (piano di formazione/ riqualificazione, team working, ridefinizione di ruoli e funzioni, ecc.)
- flessibilità oraria (revisione degli orari, part time, introduzione di maggiore flessibilità in entrata e uscita, banca ore e uso del tempo, lavoro agile, ecc.)
- welfare aziendale (definizione di un piano di welfare, valorizzazione e razionalizzazione del piano esistente, definizione di accordi aziendali)

- accompagnamento alla maternità
- welfare territoriale (analisi preliminare per predisporre un accordo territoriale)

L'attività di consulenza è gratuita e costituisce il punto più importante del progetto LaFemMe. Si tratta di un'azione di accompagnamento, nell'arco di alcuni mesi, della direzione aziendale o dei referenti sindacali, nell'individuazione delle soluzioni più adeguate rispetto alle esigenze espresse. Naturalmente viene data priorità alle realtà produttive con una presenza significativa di donne.

Il percorso di consulenza segue diversi step a complessità crescente in relazione alle domande/richieste dell'azienda, andando da un iniziale check up fino ad un vero e proprio supporto ai processi di cambiamento all'interno dell'organizzazione.

Anche il coinvolgimento dell'azienda, in termini di informazioni e risorse rese disponibili alle attività di progetto, aumenterà in relazione alla tipologia di consulenza

Un servizio di assistenza tecnica alle Regioni per lo sviluppo di interventi a favore della partecipazione delle donne al lavoro

Il servizio di assistenza tecnica alle Regioni è finalizzato a rafforzare l'attenzione e le risorse delle amministrazioni regionali sui temi della promozione dell'occupazione femminile, del potenziamento dei servizi di cura familiare e del supporto alle aziende per rendere i luoghi di lavoro più produttivi e più flessibili.

Il progetto ha realizzato un lavoro di sistematizzazione e di elaborazione di standard di qualità di carattere trasversale capaci di portare i servizi di cura a considerare adeguatamente nella prestazione le esigenze di conciliazione lavoro-famiglia. Si fa riferimento, ad esempio, a standard legati alla flessibilità degli orari dei servizi, alla gestione delle emergenze e di interventi di supporti straordinario, alla previsione di misure per favorire la condivisione tra partner, alla gestione del senso di colpa delle madri, alla personalizzazione del servizio e alla partecipazione. L'assistenza tecnica alle Regioni nei prossimi mesi sarà altresì funzionale alla preparazione della prossima programmazione dei fondi strutturali, che, per quanto riguarda il FSE, ad esempio, prevede di sviluppare azioni specifiche al fine di aumentare la partecipazione sostenibile e i progressi delle donne nel settore dell'occupazione con particolare attenzione a promuovere la ri-conciliazione tra vita professionale e vita privata per gli uomini e per le donne.

Ad oggi le Regioni con le quali è stato avviato un confronto e sono state elaborate delle proposte di interventi: Lazio, Sicilia, Puglia, Campania, Lombardia, Calabria, Abruzzo, Molise e Basilicata.

Un servizio di orientamento per i giovani e le giovani alle professioni nei settori della cosiddetta green economy

Infine, è stato avviato un servizio sperimentale di azioni di orientamento rivolte a studenti e studentesse delle scuole e degli istituti secondari superiori. L'attività di orientamento verte sulla presentazione delle novità e delle opportunità che possono (e potranno) essere colte nella cosiddetta economia verde, raccontando in modo semplice ed efficace, in che cosa consistono i green jobs e quali percorsi formativi e professionali è utile seguire per inserirsi in questo promettente spaccato del mercato del lavoro. L'azione di orientamento presenta un taglio di genere.

È stato predisposto un Kit multimediale di orientamento per le professioni verdi accessibile anche on-line sul portale del Ministero del Lavoro Cliclavoro⁷⁶. Il kit fornisce gli elementi di conoscenza necessari per supportare le scelte professionali e lavorative dei ragazzi e delle ragazze, è integrato da moduli di approfondimento sulle prospettive di sviluppo e i relativi percorsi formativi dei diversi settori.

1. la produzione di energia da fonti rinnovabili
2. l'edilizia sostenibile
3. lo smaltimento dei rifiuti e il riciclo
4. la mobilità sostenibile e i trasporti
5. l'agricoltura sostenibile e le agro-energie
6. la gestione del territorio e il turismo sostenibile

⁷⁶ http://www.cliclavoro.gov.it/Progetti/Green_Jobs/Pagine/default.aspx

Nel corso del 2014 il Kit è stato integrato con le informazioni sui settori delle eco-innovazioni e della chimica verde, della smart cities e della gestione delle bonifiche. I

Il servizio offre anche la possibilità alle scuole di realizzare seminari di orientamento. Ad oggi ne sono stati realizzati 7 e hanno visto il coinvolgimento di esperti di testimoni (persone che realizzano le professioni di cui si parla nel kit) riscontrando un grande interesse da parte dei ragazzi e delle ragazze che poco conoscono delle prospettive di questi settori di sviluppo.

5.2 Il modello di assistenza tecnica alle imprese promosso dal progetto

Come si è visto sopra, il progetto risponde alla grande esigenza di aiuto che viene da parte delle aziende sui temi dell'innovazione tecnica-organizzativa ma offre interventi caratterizzati da un taglio molto particolare. Da un lato, infatti, la consulenza consente alle aziende di eliminare sprechi e costi inutili e di acquisire flessibilità funzionale e degli orari in modo da migliorare la performance e la competitività sui mercati. Dall'altro, e nello stesso tempo, la consulenza suggerisce i modi con cui l'azienda può migliorare le condizioni di lavoro, la conciliazione tra lavoro e famiglia, il benessere e il potere d'acquisto per i propri dipendenti.

Gli interventi di consulenza sono principalmente diretti alle imprese di dimensione medio-piccola – quelle cioè che avrebbero più difficoltà ad acquistare autonomamente servizi di consulenza dal mercato – anche se non manca qualche caso interessante di imprese di dimensioni maggiori che ha voluto partecipare a questa esperienza. Gli interventi si concretizzano in un accompagnamento della direzione aziendale e/o dei referenti sindacali nell'analisi-diagnosi delle esigenze di ri-organizzazione e nella individuazione di soluzioni possibili per recuperare produttività nell'impresa e per rispondere ai bisogni di qualità della vita dei dipendenti. In alcuni casi la riorganizzazione proposta comporta già di per sé un miglioramento delle condizioni di lavoro: per esempio, una maggiore flessibilità degli orari, la razionalizzazione degli schemi di part time o anche la possibilità di scelta nel proprio orario di lavoro (**orari a menù**), l'introduzione di squadre di lavoro dotate di una certa autonomia anche nella gestione del tempo, etc. Altre volte l'intervento di riorganizzazione propone semplicemente una razionalizzazione dei processi e dei costi. In questo caso, tra gli obiettivi dell'intervento vi è quello di recuperare risorse da destinare ad iniziative di welfare aziendale – dalla creazione di servizi aziendali alla messa a disposizione di pacchetti di benefits – per migliorare qualità della vita e potere d'acquisto dei dipendenti.

Schema consulenza e quantificazione intervento *



5.3 Un aspetto particolare della assistenza tecnica alle imprese: i supporti al welfare aziendale

Al terzo anno dal suo avvio, il progetto La.Fem.Me. può contare su una vasta attività di informazione, formazione, disseminazione e consulenza - alle imprese e agli attori del mercato del lavoro e delle relazioni di lavoro - sul tema “produttività e conciliazione”. Tra questi non sono pochi i progetti strutturati di accompagnamento all’innovazione realizzati all’interno delle aziende e in parte minore anche in Laboratori destinati a specifici attori delle relazioni di lavoro, come consulenti del lavoro, sindacalisti, gestori delle risorse umane, agenzie per il lavoro. Anche limitandosi ai soli progetti di consulenza nelle aziende, una parte significativa di questi – circa il cinquanta per cento – possono essere a tutti gli effetti considerati casi di successo.

Tra questi è utile qui prendere in considerazione quelli in cui la riorganizzazione, il taglio degli sprechi e in generale i guadagni di produttività sono stati almeno in parte utilizzati per la distribuzione di benefit di welfare aziendale.

Il supporto alle aziende per l’introduzione di piani di welfare

Numerose indagini – da quella di McKinsey per Valore D, – testimoniano il crescente interesse delle aziende ad adottare schemi di welfare aziendali. Questo orientamento delle direzioni d’impresa è funzionale alla esigenza di creare all’interno e all’esterno del luogo di lavoro un clima di benessere che aumenti la motivazione dei dipendenti e la loro lealtà all’azienda per cui lavorano. Per le imprese si tratta comunque anche della scelta di dare un riconoscimento allo sforzo dei dipendenti sotto forma di beni e servizi – dai prodotti alimentari, alle convenzioni per le cure odontoiatriche, ai servizi per i bambini, a convenzioni con palestre, cinema e ristoranti - traducibili in un aumento del loro potere d’acquisto. Anche in considerazione del fatto che, in questi anni di crisi, non sempre per le imprese è stato possibile premiare il contributo dei dipendenti attraverso aumenti salariali.

In questo quadro si colloca l’obiettivo del progetto La.Fem.Me. di supportare “tecnicamente” l’introduzione di piani di welfare aziendale agendo su più livelli: la rilevazione dei bisogni, l’analisi dei vantaggi fiscali, l’orientamento alla scelta dei servizi da includere nel pacchetto, il bilanciamento dei diversi servizi in modo da coprire tutta la popolazione aziendale, etc.

Come anche nel caso degli interventi sui processi produttivi e sulla organizzazione del lavoro, questi interventi di La.Fem.Me. hanno avuto come principali destinatari le imprese minori: la ragione è che queste sono meno attrezzate a comprendere i vantaggi di questo tipo di premialità (per esempio rispetto alla corresponsione di tradizionali premi retributivi), meno in grado di orientarsi tra i diversi regimi fiscali e anche meno competenti in materia di stipula di convenzioni con le aziende fornitrici o di rendicontazione. Gli interventi di La.Fem.Me. in termini di consulenza sul welfare aziendale hanno riguardato sia aziende di produzione che di servizi, nei settori più diversi (dai servizi per l’infanzia, al commercio, alla comunicazione, alla produzione industriale, alla distribuzione organizzata (di piccole dimensioni), in aziende a maggioranza femminile e con visibili bisogni di conciliazione ma anche in aziende a maggioranza maschile. In questo modo confermando come la creazione di welfare aziendale sia trasversalmente sentita come una opportunità per i dipendenti, alla stessa stregua – o addirittura più favorevolmente – delle politiche retributive aziendali. La sfida della consulenza è stata in questo caso quella di aiutare le aziende innanzitutto a recuperare risorse da piani di taglio degli sprechi e di aumento della produttività e poi ad utilizzare queste risorse per comporre un piano di welfare per i dipendenti, ottimizzato sotto il profilo fiscale e capace di fornire il valore massimo in servizi con il minimo costo per l’organizzazione.

Riportiamo qui di seguito le schede di tre dei progetti realizzati, che danno conto della diversità dei piani welfare possibili:

Farmacia

Si tratta di un farmacia di 10 dipendenti, in larga misura donne con impegni di cura, guidata da una titolare donna.

L’azienda ha chiesto un intervento di consulenza sia per il miglioramento del sistema degli orari di lavoro (che è stato realizzato attraverso la creazione di una banca delle ore), sia l’introduzione di un piano di welfare aziendale. Quest’ultimo è realizzato nella forma del “on-top”, ovvero basato su un budget figurativo massimo per ogni dipendente di 600,00 euro annui decisi sulla base di una liberalità aziendale. Secondo il sistema dei flexible benefits, il pacchetto prevede tra principali voci di benefit che possono essere scelti da ciascun dipendente:

- servizio sostitutivo di mensa aziendale presso un bar della piazza secondo un valore massimo giornaliero di euro 5,29;
- rimborso spese per istruzione per colonie climatiche per i figli dei dipendenti;
- servizi in convenzione per cure dentarie; visite, servizi diagnostici e di analisi cliniche;
- visite e trattamenti presso un centro fisioterapico.

Network di nidi per l'infanzia

Fondato da una donna consapevole delle necessità di conciliazione delle donne che lavorano, è presente dal 2002 con 50 strutture operative sul territorio nazionale, in parte gestite direttamente in parte in franchising. Il 99% dei dipendenti sono donne.

L'intervento di consulenza si è concentrato sulla sostenibilità dei servizi di welfare, dato che nel 2012-2013, l'azienda aveva avuto dalla Regione un finanziamento per il welfare aziendale poi venuto a termine. Sono stati effettuati una serie di colloqui per comprendere i principali bisogni dei dipendenti. Ai dipendenti viene messo a disposizione un wallet individuale (da 258 a 600 euro) e un paniere di benefits tra cui scegliere – in modo che vi siano servizi appetibili per tutti e non solo per chi ha bambini - in base ad una convenzione con un portale che permette a ciascuno di scegliere direttamente tra:

- abbonamenti per il trasporto pubblico locale
- agevolazioni per l'iscrizione al nido happy child
- istruzione
- sport e cultura
- cura della famiglia
- card e cofanetti Wonderbox
- buoni viaggio

Azienda chimica lombarda

Si tratta di una azienda di 63 dipendenti, il 40% donne .

Si è proceduto inizialmente attraverso un questionario ai dipendenti destinato a ricostruire il profilo sociale dei dipendenti (sesso, età, numero ed età dei figli, familiari anziani o non autosufficienti, orario di lavoro, distanza da casa e mezzi utilizzati per lo spostamento casa-lavoro) e ad individuare i principali bisogni in relazione ai possibili benefits di welfare. In generale, come temi di particolare interesse per la conciliazione e la qualità della vita sono emersi: telelavoro, convenzioni di acquisto prodotti&servizi, servizi aziendali, asilo nido, mutui agevolati. Sono stati espressi anche bisogni specifici tra cui: abbonamenti attività sportive, dispenser di acqua gratuita in azienda, servizio di pagamento dei bollettini, camp estivi per i figli, baby sitter, servizio di tintoria, abbonamento Sky, etc.

Sulla base di questa indagine è stato stilato il piano di welfare che comprende un set articolato di innovazioni organizzative, servizi aziendali, benefits prestati direttamente dall'azienda o in convenzione:

- Telelavoro: test pilota su n.1 risorsa dell'ufficio amministrativo (in modo da capirne la modalità di attuazione più opportune);
- Apertura della azienda alle famiglie una volta all'anno;
- Dispenser acqua: valutare preventivo come altri costi del personale;
- Maggiordomo aziendale: preventivo con una cooperativa, che già fornisce il servizio fattorino per l'azienda, per ampliare il servizio rivolto ai dipendenti (pagamento bollettini, etc.);
- Servizio tintoria: convenzione per ritiro e consegna indumenti a condizioni agevolate per i dipendenti;
- Convenzioni esterne (da valutare): nell'ambito di palestre e centri benessere, negozi, ristoranti per il week end;
- Ticket restaurant: aumento dell'importo a 7 euro;

L'assistenza del consulente del lavoro, supportato dallo staff di LaFemMe, è stato prezioso sia per attivare il dialogo coi dipendenti, sia per aiutare l'azienda ad orientarsi sui costi generali, sui vantaggi fiscali e nella stipula delle convenzioni.

Il supporto alle aziende fornitrici di servizi per la messa a punto di una offerta mirata alle aziende che vogliono introdurre piani di welfare

Il supporto del progetto LaFemMe nell'ambito del welfare aziendale ha anche preso in considerazione l'opportunità di aiutare le aziende fornitrici – per esempio i consorzi di cooperative sociali – a mirare meglio la loro offerta di servizi alle esigenze delle aziende che intendono introdurre piani di welfare aziendale. Anche in questo caso l'obiettivo è soprattutto quello di dare una mano alle aziende minori, che fanno spesso fatica ad orientarsi nella scelta del welfare aziendale: non sempre sono in grado di esprimere una domanda sufficientemente consapevole dei bisogni più importanti per i loro dipendenti, non sempre sono in grado di decifrare le opportunità di costo legate ai regimi fiscali connessi ai diversi servizi, non sempre sono in grado di garantire un mix sufficientemente equilibrato di benefits rispetto alle esigenze dei diversi gruppi della popolazione aziendale.

Un consorzio di cooperative sociali nell'area milanese

5.000 tra soci-lavoratori, dipendenti e collaboratori coinvolti, in larga misura donne (OSS e educatrici).

Emblematica in questo senso l'esperienza di consulenza che il progetto LaFemMe ha dedicato alle Cooperative di questo Consorzio, tenendo conto che esse sono interessate al tema nella duplice veste di soggetti erogatori di servizi e datori di lavoro dei potenziali fruitori (da parte dei soci lavoratori).

Si è trattato di un ampio piano di formazione/laboratorio che ha avuto come principale obiettivo quello di aiutare le cooperative ad organizzare al meglio la loro offerta di servizi secondo la nuova domanda che viene da quelle aziende che intendono proporre piani di welfare ai propri dipendenti. Contemporaneamente, però, l'intervento rappresenta per le cooperative un'occasione per potenziare il proprio business, proponendosi come fornitori anche nelle fasce di mercato più competitive e profittevoli, e rispondendo così alle trasformazioni che hanno interessato il sistema regionale dei servizi.

Il percorso prevede innanzitutto di procedere all'analisi di tutti i servizi quotidianamente erogati dalle cooperative (servizi domiciliari di cura degli anziani e di disabili, servizi per l'infanzia, servizi di doposcuola e di animazione estiva per ragazzi, centri vacanze residenziali, etc.) e alla valutazione della applicabilità, per ciascuno di essi, delle norme di agevolazione fiscale del welfare aziendale (artt. 51 e 100 del TUIR). Capire quale regime fiscale sia applicabile ai singoli servizi (secondo la tipologia di servizio, le modalità di erogazione, i destinatari etc.) e comprendere anche le concrete modalità di rendicontazione da parte delle aziende è funzionale a strutturare una offerta di servizi alle aziende più consapevole e anche in grado di orientare efficacemente la scelta delle aziende-clienti. Un esempio tra tutti: l'attività di un centro estivo residenziale potrà essere proposta alle aziende per i figli dei dipendenti in quanto assoggettabile al regime fiscale agevolato previsto per le spese per colonie climatiche dall'art. 51 del TUIR.

5.4 L'esperienza di le.fem.me. nel welfare aziendale e l'utilità del voucher

L'utilità del voucher universale per potenziare il sistema di welfare aziendale

Come abbiamo visto c'è interesse da parte delle imprese – anche da quelle minori - a introdurre piani di welfare aziendale. L'esperienza di consulenza di LeFemMe – tuttora in corso – testimonia questo interesse. Tuttavia nel rispondere alla domanda di supporto da parte delle imprese risultano evidenti le difficoltà delle direzioni a muoversi in un territorio dove esiste una legislazione poca chiara e una somma di incentivi fiscali diversi, a tratti contraddittori, ma sostanzialmente inadeguati. Questa difficoltà è, nella esperienza LeFemMe, particolarmente evidente per le piccole aziende che non sono in grado di muoversi bene nella scelta tra beni e servizi per i dipendenti individuando quelli sottoposti a regimi fiscali più favorevoli, fanno fatica a valutare adeguatamente i costi benefici dei loro piani e sono scoraggiate dal rischio di incorrere in interpretazioni errate della legge e inadempienze nei confronti delle autorità fiscali.

La messa a disposizione di un sistema di “voucher universali per servizi alla persona e alla famiglia” permetterebbe di bypassare molte di queste difficoltà. Soprattutto per le piccole imprese, infatti, aiuterebbe le aziende a semplificare la corresponsione di benefit di welfare ai dipendenti (si limiterebbero ad erogare un corrispettivo in voucher del valore in welfare stabilito) attraverso un sistema di pagamento dei servizi pratico e agevolato fiscalmente in modo chiaro (come potrebbe essere a valle di una revisione organica e coerente di tutto il sistema di agevolazioni). Come si è visto nel caso del Consorzio di cooperative sociali, inoltre, la

possibilità di acquistare voucher da parte delle imprese per i loro piani di welfare aziendali contribuirebbe alla creazione di un sistema di servizi per la conciliazione più strutturato ed efficiente.

5.5 La domanda di servizi da parte dei lavoratori

E' utile analizzare quali tipologie di servizi sono maggiormente richieste dai lavoratori al fine di allocare in modo ottimale il budget sul paniere di benefit messo a disposizione dei dipendenti.

Italia Lavoro, con la collaborazione di "Muoversi" e "Willis" ha analizzato, in forma anonima, le scelte di benefit effettuate dai dipendenti, con la sola esclusione dei dirigenti, in alcune aziende di diversi comparti.

Il campione è costituito da 50 mila dipendenti di 42 aziende che operano in diversi settori economici e che offrono volontariamente piani di welfare. Il paniere dei benefit messo a disposizione dalle aziende ai propri dipendenti è riportato nel riquadro successivo.

I budget assegnati erano pari a 250 euro per gli operai, 550 euro per gli impiegati e 850 euro per i quadri.

- Contributi al fondo pensione - Assistenza domiciliare - Baby-sitting - Check-up - Abbonamento ai mezzi pubblici - Buoni spesa	- Corsi non professionali - Palestre e circoli sportivi - Ingressi al cinema - Biglietti per eventi culturali - Viaggi - Centri benessere - Attività per bambini	- Rimborso spese per educazione e libri di testo - Massimali per spese mediche - Lenti e occhiali - Cure dentarie - Visite specialistiche
--	--	---

Circa un terzo dei lavoratori (dal 35% dei quadri al 31% degli operai), senza significative differenze per la qualifica, ha richiesto il rimborso spese per i libri di testo e l'educazione dei propri figli (rette universitarie, libri di testo, asili nido, rette scolastiche in generale). Il rimborso delle spese per gli asili nido sono state pari a circa un terzo della voce "educazione" e sarebbe stata anche superiore se non ci fossero dubbi interpretativi sulla possibilità di far rientrare nelle agevolazioni fiscali anche le scuole per l'infanzia.

La seconda scelta, che è stata espressa da circa un quarto dei dipendenti, soprattutto impiegati (28%) e operai (27%), riguarda il rimborso delle spese sanitarie del nucleo familiare (occhiali, cure dentarie e visite specialistiche).

Le attività ricreative (viaggi, biglietti per spettacoli, attività per bambini, ecc.) state scelte dal 19% dei quadri, dal 12% degli impiegati e solo dal 6% degli operai. I buoni spesa sono stati richiesti soprattutto dagli operai (22%) e in misura minore dagli impiegati (14%) e dai quadri (7%).

Una quota modesta dei dipendenti (1%), senza distinzione di qualifica, ha chiesto servizi di assistenza domiciliare (babysitter, badanti e infermieri a domicilio).

Scelte per inquadramento contrattuale (2013)

Area	Quadri	Impiegati	Operai
Salute	22%	28%	27%
Educazione	35%	32%	31%
Pensione	3%	2%	4%
Buoni spesa	7%	14%	22%
Mutui	6%	5%	2%
Sport & fitness	6%	3%	2%
Mobilità	1%	2%	4%
Attività ricreative	19%	12%	6%
Assistenza domiciliare (anziani + baby sitter)	1%	1%	1%
Check-up	1%	1%	1%

Le richieste di servizi per la salute diminuiscono con l'aumentare dell'età (dal 35% al 19%) perché i quadri e i dirigenti beneficiano di polizze sanitarie integrative e di conseguenza hanno minore esigenza di ricorrere ai servizi di welfare aziendali.

La richiesta di assistenza domiciliare secondo l'età rimane marginale e intorno all'1% e solo per la fascia dei 31-40enni, nella quale si concentra la nascita dei figli per le donne⁷⁷, aumenta di un punto percentuale.

Scelte per età (2013)

Area	Fascia 20-30	Fascia 31-40	Fascia 41-50	Fascia 51-65
Salute	35%	27%	25%	19%
Educazione	22%	33%	36%	35%
Pensione	1%	2%	3%	4%
Buoni spesa	19%	14%	12%	11%
Mutui	1%	6%	4%	2%
Sport & fitness	5%	2%	3%	2%
Mobilità	2%	2%	3%	3%
Attività ricreative	13%	11%	12%	15%
Assistenza domiciliare (anziani + baby sitter)	1%	2%	1%	1%
Check-up	1%	1%	1%	1%

Fonte: estrazione piani Willis - MUOVERSI dicembre 2013

⁷⁷ L'età media delle donne al primo figlio nel 2012 è di circa 31 anni. Fonte: Istat, *Tendenze demografiche e trasformazioni sociali*, in "Rapporto annuale 2014".

Bibliografia

- Angermann Annette, Eichhorst Werner, *Who Cares for You at Home? Personal and Household Services in Europe*, IZA Policy Paper No. 71, 2013.
- Barbetta Gian Paolo, Canino Paolo, Cima Stefano, *Censimento dell'industria e dei servizi 2011. Istituzioni non profit. Crescita occupazionale e nuove istituzioni*, Istat, convegno "Il non profit in Italia. Quali sfide e quali opportunità per il Paese", 16 aprile 2014.
- Barbetta Gian Paolo, *Terzo settore sotto la lente d'ingrandimento*, lavoce.info, 25 maggio 2014.
- Bettio Francesca, Simonazzi Annamaria, *Curiamo la disoccupazione con i lavori di cura*, www.ingenere.it, 24 febbraio 2011.
- Censis, *L'impatto economico, occupazionale e sulla finanza pubblica del voucher universale per i servizi alla persona e alla famiglia*, in corso di pubblicazione, 2014.
- Cicciomessere Roberto e altri, *Uso efficace dei fondi comunitari per contribuire alla crescita dell'occupazione femminile. Promozione dell'occupazione femminile sostenibile, contrasto delle discriminazioni nel lavoro, nelle retribuzioni e nella carriera delle lavoratrici e parità di genere*. Contributo di Italia Lavoro/LaFemMe al confronto partenariale per la predisposizione dei documenti di programmazione operativa dei fondi comunitari 2014-2020, Italia Lavoro, Mimeo, 2013.
- Cicciomessere Roberto, *Ecco tutti i vantaggi del welfare aziendale*, in "Welfare: dalla crisi alle opportunità", AREL monografie, 2013.
- Cicciomessere Roberto, *I Childcare Vouchers nel Regno Unito e il welfare aziendale in Italia. Il modello britannico dei voucher per i servizi all'infanzia e la possibilità d'introdurlo in Italia per offrire misure più diffuse e flessibili di welfare aziendale*, Italia Lavoro, 2012.
- Cicciomessere Roberto, *Le donne inattive per motivi familiari*. Le complesse e inattese ragioni che spingono le donne che diventano madri o che devono prendersi cura dei figli o di adulti non autosufficienti a non entrare nel mercato del lavoro, Italia Lavoro, 2012.
- Cour des comptes, *La politique en faveur des services à la personne*, 2011.
- Direction Générale de la Compétitivité, de l'Industrie et des Services (Dgcis), *Étude sur les services à la personne dans sept pays européens*, 2011.
- European Commission (Francesca Bettio and Alina Verashchagina), *Long-Term Care for the elderly. Provisions and providers in 33 European countries*, 2010.
- European Commission (Paola Annoni and Lewis Dijks), *l'EU Regional Competitiveness Index 2013*.
- European Commission, *Annual Growth Survey 2012*, COM(2011) 815 final, Brussels, 23.11.2011.
- European Commission, *Commission staff working document on exploiting the employment potential of the personal and household services*, SWD(2012) 95 final, Strasbourg, 18.4.2012.
- European Commission, *Summary of consultation responses – to the question raised in the Commission staff working document on "Exploiting the employment potential of personal and household services"*, 2012.
- European Commission, *The 2012 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU27 Member States (2010-2060)*, Joint Report prepared by the European Commission (DG ECFIN) and the Economic Policy Committee (AWG), 2012.
- Farvaque Nicolas, *Developing personal and household services in the EU. A focus on housework activities*, Report for the DG Employment, Social Affairs and Inclusion. Orseu, 2013.
- Ferrera Maurizio e Maino Franca., *Il "secondo welfare" tra nuovi bisogni sociali ed esigenze di contenimento della spesa: quale ruolo per le Fondazioni?*, in "Risorse. Rivista della Fondazione Cassa di Risparmio di Cuneo", n. 17, pp. 12-13, luglio 2012.
- Ferrera Maurizio, Jessoula Matteo, Carlo Roberto, *Alle radici del welfare all'italiana*, Marsilio, 2012.
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, *Migrants in an irregular situation employed in domestic work: Fundamental rights challenges for the European Union and its Member States*, 2011.

Gerard Maarten, Neyens Inge, Valsamis Daphné, *Evaluation du régime des titres-services pour les services et emplois de proximité 2011*, IDEA Consult, 2012.

HM Revenue & Customs, *Paying for childcare*, Getting help from your employer, www.hmrc.gov.uk, 2011.

Istat, *9° Censimento dell'industria e dei servizi e Censimento delle istituzioni non profit. Primi risultati*, 2013.

Istat, *Inclusione sociale delle persone con limitazioni dell'autonomia personale*, 2012.

Istat, *Rapporto annuale 2014 – La situazione del Paese*, 2014.

Istat, *Rapporto sulla competitività dei settori produttivi*, Edizione 2014 (Settore Q), 2014.

Italia Lavoro, *Benchmarking sui voucher e servizi alla persona in Europa: Regno Unito*, 2009.

Italia Lavoro, *Lo sviluppo dei servizi alla persona e il lavoro accessorio. Ipotesi e prospettive*, II Conferenza europea servizi alla persona, Roma 15-16 ottobre 2009.

Kazimirski Anne, Smith Ruth, Mogensen Elvira and Lemetti Francesca, *Monitoring of the Reform of the Income Tax and National Insurance Rules for Employer-Supported Childcare*, National Centre for Social Research, prepared for HM Revenue & Customs, 2006.

Leonardo da Vinci, MIUR, MLPS, *Green Job& White Job. Il contributo del programma Leonardo da Vinci allo sviluppo dei green e white jobs nei progetti multilaterali di trasferimento dell'innovazione*, 2010.

Maino Franca. e Mallone Giulia, *Secondo welfare e imprese: nesso e prospettive*, in “la Rivista delle Politiche Sociali”, n. 3, pp. 195-212, 2012.

Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Elaborazione di un modello previsionale del fabbisogno di servizi assistenziali alla persona nel mercato del lavoro italiano con particolare riferimento al contributo della popolazione straniera*, a cura di Censis e Fondazione ISMU, 2013.

Ministero del Lavoro e delle politiche sociali, *Il lavoro nel settore dei servizi sociali e le professioni sociali*. Rapporto a cura del FORMEZ, Febbraio 2009.

Morel Nathalie, *Servants for the knowledge-based economy? The politics of domestic services in Europe*, Paper presented at the annual Espanet Conference in Poznań/Poland, 2013.

Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Linee guida per una Riforma del Terzo Settore*, 2014.

Sansoni Anna Maria, *Limits and potential of the use of vouchers for personal care services: an evaluation of titres-services in Belgium and the CESU in France*, ETUI Working Paper 2009-06, Brussels, 2009.

SEOR, TNO, ZSI, *Investing in the Future of Jobs and Skills, Scenarios, implications and options in anticipation of future skills and knowledge needs. Sector Report, Health and Social Services*, External report commissioned under the European Community Programme for Employment and Social Solidarity – Progress (2007-2013), 2009.

Simonazzi Annamaria (a cura di), *Questioni di genere, questioni di politica. Trasformazioni economiche e sociali in una prospettiva di genere*, Carocci, Milano, 2006.

Simonazzi Annamaria, *Reforms and job quality. The case of the elder-care sector*, “Work Organisation Labour and Globalization”, 2010, n. 4, pp. 41-56.

Stula Sabrina, *Living in Old Age in Europe – Current Developments and Challenges*, Working Paper No. 7 of the Observatory for Sociopolitical Developments in Europe, 2012.

UniCredit Foundation, *Indagine sull'assistenza familiare in Italia: il contributo degli immigrati*, 2013.

UniCredit Foundation, *Ricerca sul valore economico del Terzo Settore*, 2012.

Villante Claudia, *Invecchiamento attivo, professionalità di cura e validazione delle competenze*, in “osservatorio Isfol”, 2/2012.

World Health Organization, *Human resources for health, Toolkit on monitoring health systems strengthening*, 2009.

Wyman Oliver, *Services à la personne: bilan économique et enjeux de croissance*, Marsh & McLennan Companies, 2012.

